

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

3329

Vragen van het lid **Bergkamp** (D66) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat Amsterdam geen specifieke opvang heeft voor dementerende, dwalende ouderen terwijl deze wel vaker worden aangetroffen* (ingezonden 15 juli 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 8 september 2015) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 2976

Vraag 1, 2 en 3

Wat vindt u van het bericht «Demente moet soms slapen bij de politie»?¹ Is er volgens u in Amsterdam een probleem met de beschikbaarheid van spoedplekken in verpleeghuizen? Zo nee, waarom niet? Wat is uw reactie op de stelling van Cliëntenbelang Amsterdam dat dit soort situaties regelmatig voorkomt? Ziet u dit als een incident of bent u van mening dat het beleid of de uitvoering verbeterd moet worden?

Hoe zit het met de beschikbaarheid van dit soort spoedplekken in de sector verpleging en verzorging voor heel Nederland? Kunt u de Kamer, uitgesplitst naar zorgkantoor-regio, informeren over de bezettingsgraad en of het aantal spoedplaatsen toereikend is? Is er volgens u een probleem en zo ja, wat gaat u daar aan doen?

Antwoord 1, 2 en 3

Het artikel in het Parool vind ik een serieus te nemen signaal dat kan duiden op structurele problemen met de beschikbaarheid van noodzakelijke zorg in Amsterdam. Ik stel met instemming vast dat dit signaal in de regio voortvarend is opgepakt (zie hierna).

Voor zover mij bekend zijn er geen landelijke gegevens over de beschikbaarheid van spoedplekken en over de bezettingsgraad. Ik heb echter geen indicaties dat er wat betreft de beschikbaarheid van spoedplaatsen sprake is van een landelijk probleem. En waar zich toch problemen voordoen, zijn de organisaties op regionaal niveau aan zet.

Vraag 4 en 5

Zijn er extra spoedplaatsen ingekocht als gevolg van de wijzigingen (extramuralisering) in de zorg? Zo nee, waarom niet?

¹ Het Parool, 10 juli 2015

Klopt het dat de inkoop en beschikbaarheid van dit soort spoedplekken een verantwoordelijkheid is van het zorgkantoor, ook wanneer mensen nog thuis wonen (bijvoorbeeld met een volledig of modulair pakket thuis), geen Wlz-indicatie hebben, of een AWBZ-indicatie hebben met een lage zorgzwaar-
tepakket (zpz)? Zo nee, waar ligt de verantwoordelijkheid voor de inkoop van deze zorg dan?

Antwoord 4 en 5

Er zijn meerdere regelingen op grond waarvan een patiënt kortdurend in een verpleeg- of verzorgingshuis geplaatst kan worden. Voor patiënten met een Wlz-(of AWBZ) indicatie is er een recht om (acuut) opgenomen te worden in een instelling. In de Zvw is er geriatrische revalidatiezorg, die omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. Geriatrische revalidatiezorg volgt op voorgaand medisch specialistisch handelen in een ziekenhuis. Voor medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg bestaat er het eerstelijns verblijf. Daarnaast bestaan ook nog de ziekenhuis verplaatste zorg. Het is aan het zorgkantoor en de zorgverzekeraar om met de inkoop te zorgen voor passende capaciteit waar het gaat om Wlz- respectievelijk Zvw-zorg. Verder bestaat er voor de ontlasting van de mantelzorg het kortdurende verblijf in de Wmo, onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

Het feit dat een groter aantal mensen thuis zorg ontvangt, hoeft overigens niet één op één te leiden tot een grotere behoefte aan meer spoedplaatsen. Met integrale zorg en ondersteuning en begeleiding van cliënten en hun mantelzorgers kan het risico op het ontstaan van een crisissituatie sterk worden verminderd.

Naar aanleiding van de door u genoemde signalen werkt SIGRA (Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam) aan verbeteringen. Dit heeft onder andere geresulteerd in een vernieuwde regeling crisiszorg op basis van regionale afspraken. Deze regeling zorgt ervoor dat patiënten in een crisissituatie thuis, binnen 24 uur een opname hebben in een verpleeghuis voor maximaal 2 weken. In die tijd wordt er gezocht naar een vaste plek en waar nodig een Wlz- indicatie aangevraagd. Bij de doorstroming naar instellingen voor verpleging en verzorging ontstaan regelmatig onduidelijkheden over waar verantwoordelijkheden liggen. Ook dit signaal wordt door SIGRA opgepakt door een integrale routing te ontwikkelen. Hiermee zijn verwijzers (huisartsen, wijkverpleegkundigen en ziekenhuizen) in staat een patiënt binnen de juiste regeling voor tijdelijk verblijf te plaatsen. Daarnaast wordt een plan voor 24/7 bereikbaarheid van een plek in een instelling voor verpleging en verzorging voor alle patiënten die met spoed een (tijdelijke) opname nodig hebben, uitgewerkt. Alle organisaties voor verpleging en verzorging die in Amsterdam crisiszorg aanbieden, inventariseren in de komende tijd de resterende knelpunten om te bezien of aanvullende verbeteringen nodig zijn.

Vraag 6 en 7

Hoe vaak komt het voor dat dementerende of verwarde ouderen terechtkomen bij crisisdiensten, bijvoorbeeld van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)? Kunt u deze cijfers geven voor de jaren 2013, 2014 en 2015?

Hoe vaak komt het voor dat dementerende of verwarde ouderen de nacht in een politiecel moeten doorbrengen en hoe vaak moet de politie dit soort taken oppakken? Wat is uw reactie hierop?

Antwoord 6 en 7

Voor zover mij bekend zijn over deze onderwerpen geen landelijke gegevens beschikbaar. De volgende regionale, respectievelijk minder specifieke gegevens kan ik hier wel noemen. In Amsterdam verbleven (bij benadering en retrospectief) in de periode van 1 januari tot 1 juli 2015 10 mensen langer dan 4 uur in de Spoedeisende Psychiatrisch Observatie Ruimte (SPOR) en zijn 23 mensen met dementie, bij wijze van noodoplossing, tijdelijk opgenomen in de psychiatrie op de Kliniek of Tijdelijke Overbruggings Afdeling (TOA) (Bron: SIGRA, in overleg met GGZ).

De politie registreert incidenten met demente personen meestal onder de maatschappelijke klasse overlast door verward/overspannen persoon. Dat is een verzamelterm, mensen met dementie worden niet apart geregistreerd. In de Eenheid Rotterdam is recent dossieronderzoek gedaan naar de groep Verwarde Personen. In het dossieronderzoek kwam naar voren dat in 13% van alle geregistreerde incidenten met verwarde personen sprake is van dementie of verwarde ouderen, al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen.

In geen van de gevallen werden deze situaties als acuut beoordeeld, en dus zijn deze niet overgedragen aan een GGZ instelling of meegenomen naar het bureau. De betreffende mensen kregen vervolgens zorg en ondersteuning langs andere kanalen, bijvoorbeeld via familie of lokale zorgnetwerken. Uit onderzoek «Politie en «verwarde personen» van DSP-groep (bron: Wetenschappelijke onderzoek- en documentatiecentrum, Ministerie van VenJ, 2014) blijkt dat een politiefunctaris gemiddeld één keer per maand te maken heeft met een verward persoon met dementie al dan niet in combinatie met psychische of psychiatrische stoornissen.

Het onderzoek DSP sluit aan bij de bevindingen van het dossieronderzoek in de Eenheid Rotterdam, namelijk dat incidenten met dementerenden voorkomen, maar minder vaak. Uit de onderzoeken komt dus niet naar voren dat verwarde ouderen of mensen met dementie in een politiecel zijn terechtgekomen. Dat wil overigens nog niet zeggen dat de situatie geen aandacht vraagt. In de brief «Samenleven met dementie» van 7 juli 2015 heb ik maatregelen aangekondigd onder andere om het maatschappelijk bewustzijn over dementie en het vermogen om hier goed mee om te gaan te vergroten.

Vraag 8 en 9

Wat is uw reactie op het bericht dat het voor huisartsen soms niet duidelijk is waar ze cliënten kunnen onderbrengen, omdat ze niet goed op de hoogte zijn waar nog ruimte is in verpleeghuizen?

Bent u bereid om ervoor te zorgen dat er een landelijke database (bijvoorbeeld een website of iets vergelijkbaars) wordt gemaakt, zodat verwijzers te allen tijde heldere en actuele informatie hebben over de beschikbaarheid van spoedplaatsen (ook buiten hun eigen regio) en cliënten niet meer gedupeerd worden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8 en 9

Voor de informatievoorziening ten behoeve van een tijdige verwijzing vind ik een landelijke database geen geschikt instrument. Dat de informatie verwijzers tijdig bereikt, hoort binnen regio's en tussen regio's te worden geregeld in aansluiting op de informatievoorziening in het zorgproces. Door de bovengenoemde verbeteractie van SIGRA is dit in Amsterdam gerealiseerd door een verduidelijking van de regionale routing voor crisiszorg en overige tijdelijke opnamen in een instelling voor verpleging en verzorging, zoals Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg. In de regeling Crisiszorg Wlz van de regio Amsterdam is de organisatie voor verpleging en verzorging waar de cliënt wordt aangeboden verantwoordelijk voor plaatsing. Wanneer dit niet lukt binnen de eigen locatie/organisatie wordt door deze organisatie contact opgenomen met de andere locaties voor verpleging en verzorging die crisiszorg bieden in Amsterdam. Het is de verantwoordelijkheid van de organisatie waar de cliënt wordt aangeboden om de verwijzer terug te bellen en hem of haar te informeren waar opname mogelijk is. In Groot Amsterdam is per september een capaciteitsmodule beschikbaar in het overdrachtssysteem van de ziekenhuizen en de V&V, waarmee voor verwijzers en V&V-instellingen actueel inzichtelijk is waar beschikbare plaatsen voor (tijdelijke) opnamen zijn.

Op soortgelijke wijze kunnen ook andere regio's de routing voor crisiszorg aan (dementerende) cliënten vormgeven.