

Vergaderjaar 2007–2008

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 68

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2008

Inleiding

Tijdens de begrotingsbehandeling in november 2007 heb ik u toegezegd voor de zomer 2008 te komen met een plan voor dementiezorg. De aanleiding voor dit plan is tweeledig. In de eerste plaats eindigt eind van dit jaar het Landelijk Dementie Programma (LDP). Al uit de tussenevaluatie¹ bleek dat het noodzakelijk is de resultaten die met dit programma zijn bereikt te borgen en een voortzetting van de verbetertrajecten mogelijk te maken. Ten tweede presenteerde het Tweede Kamerlid Wolbert (PvdA) afgelopen herfst het Deltaplan dementie en deed daarmee een oproep om de zorg voor mensen met dementie te verbeteren. Hiertoe werd door uw Kamer ook een motie van die strekking aangenomen².

In de genoemde tussenevaluatie van het LDP schetste ik u al de aanleiding van dat programma. Het LDP heeft veel enthousiasme, energie en perspectief bij zorgverleners en vrijwilligers van de Stichting Alzheimer Nederland opgeroepen. Ik wil de resultaten van het LDP borgen en verdere verbetering van de zorg voor mensen met dementie en hun naasten stimuleren.

Omvang van de doelgroep

Iemand met dementie wordt geconfronteerd met toenemende afhankelijkheid en afnemende mogelijkheden om deel te nemen aan sociale activiteiten. Hij raakt langzaam maar zeker het contact met het heden geheel kwijt en hij verliest het vermogen om dingen, situaties en mensen te herkennen, zelfs degenen die hem het dierbaarst zijn. Dit proces is, zeker in het beginstadium als ook voor de patiënt nog duidelijk is wat hij niet meer kan, zeer emotioneel en moeilijk te verwerken. Op dit moment zijn er 200 000 mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld. Gemiddeld zijn 3,7 personen betrokken bij de informele zorg voor een oudere tussen 75 en 95 jaar³. Dit betekent dat dus ook 740 000 partners, kinderen, andere familieleden en vrienden direct betrokken zijn bij de zorg voor mensen

¹ TK 2006–2007, 25 424, nr. 66

² TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 51.

³ SCP-publicatie 2007/5 «Verschillen in verzorging», met bewerking door Alzheimer Nederland.

met dementie. En dan heb ik het nog niet over de talloze professionals die zorg verlenen aan mensen met dementie en hun naasten. Het belang van ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten mag niet onderschat worden. Enkele weken geleden heb ik tijdens een werkbezoek de gelegenheid gehad te spreken met mantelzorgers van mensen met dementie. De inzet van de mantelzorgers en de emoties die het ziekteproces, zowel voor de patiënt als zijn omgeving, met zich brengt, hebben diepe indruk op mij gemaakt.

Ervaringen met het Landelijk Dementie Programma

Het Landelijk Dementie Programma (LDP) is in 2004 gestart en eindigt aan het einde van dit jaar. Gedurende de looptijd werken projectteams, bestaande uit verschillende zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers, in 57 regio's (in principe twee per zorgkantorregio) aan de verbetering van de dementiezorg. De regio's zijn in vijf tranches gestart. Het projectteam bepaalt welke onderwerpen in een bepaalde regio als eerste worden opgepakt op basis van cliëntenraadplegingen. Tijdens de uitvoering van het LDP is veel duidelijk geworden over wat goede dementiezorg inhoudt en wat nodig is om deze zorg structureel te kunnen aanbieden. Deze kennis is echter nog geen gemeengoed.

De heer Dubbelman zegt tegen zijn zoon Frans: «Je moeder is zo vergeetachtig. Ze vraagt dingen drie, vier keer en weet niet dat ik al antwoord heb gegeven. En bij het koffie zetten vergeet ze vaak de koffie in de filter te doen.» Zelf vindt Frans dat het wel meevalt.

Vergeetachtig was moeder al jaren en als ze bij hem thuis was, leek alles normaal. Als steeds meer mensen zeggen dat er iets niet klopt, gaan ze naar de huisarts. Daar houdt moeder vol dat er niets aan de hand is. Onverrichter zake gaan ze terug naar huis. De situatie verergert. Moeder loopt 's-nachts in haar nachthemd over straat. Een paar keer is de hele familie haar uren aan het zoeken. Ook overdag vertoont ze toenemend vreemd gedrag. Na herhaaldelijk aandringen verwijst de huisarts mevrouw Dubbelman naar de neuroloog in het ziekenhuis. Na drie maanden kan zij terecht. Omdat zij niet wil meewerken aan verschillende onderzoeken, duurt het nog eens vier weken voordat de neuroloog de diagnose ziekte van Alzheimer in verder gevorderd stadium mededeelt. Hij adviseert de familie voor nadere informatie op internet te kijken.

De zoektocht op internet levert meer vragen dan antwoorden op en de familie Dubbelman heeft eigenlijk geen idee hoe ze met de ziekte moet omgaan. Ook mevrouw Dubbelman heeft grote moeite met het feit dat ze steeds afhankelijker wordt van vooral haar man. In huis kan ze steeds minder en ook uitstapjes met haar vriendin zijn steeds vaker een drama. In toenemende mate zoekt zij letterlijk steun bij haar man. De heer Dubbelman raakt overbelast door het claimende gedrag van zijn echtgenote. Hij kan haar geen moment alleen laten. Als hij ten einde raad de huisarts raadpleegt, stelt deze voor thuiszorg te regelen. Door de komst van deze voor haar onbekende persoon raakt mevrouw Dubbelman volkomen in paniek. Een crisisopname is het gevolg. Mevrouw Dubbelman krijgt erg veel last van bijwerkingen van de antipsychotica. Zij kan niet meer terug naar huis.

Ontkenning en onvoldoende informatie

Zowel de persoon met symptomen van dementie als zijn omgeving onderkennen de problemen niet altijd. Of zij willen/durven dit niet. Er rust, onterecht, een taboe op dit onderwerp en daarom wordt er vaak over gezwegen. Terwijl juist als in bredere kring bekend is dat iemand aan dementie lijdt, er meer steun aan de patiënt en zijn naasten geboden kan worden. Ook duidelijke informatie over de aandoening is niet altijd makkelijk te krijgen. Dementie moet beter bespreekbaar worden gemaakt en duidelijke informatie moet makkelijker beschikbaar worden gemaakt.

Diagnostiek/behandeling

De diagnose dementie wordt vaak pas na enkele jaren «tobben» gesteld. Ook blijken huisartsen wel een vermoeden van dementie te hebben, maar delen dat niet met de patiënt «omdat er toch niets aan te doen is». Over medicatiemogelijkheden is nog weinig bekend.

Zowel de directe omgeving als de professional heeft regelmatig problemen met het omgaan met mensen met dementie, vooral als zij «moeilijk gedrag» vertonen. Zo krijgen dementerende bewoners van verpleeghuizen als zij angstig gedrag vertonen soms medicatie voorgeschreven terwijl geruuststellende aandacht van verzorgenden minstens zo effectief kan zijn¹. Mantelzorgers kunnen gebaat zijn bij gedragsadviezen bij de omgang met hun naaste.

De zorg voor jong dementerenden stelt andere eisen aan de zorgverleners dan voor ouderen. Het ziekteproces gaat meestal veel sneller. Door hun leeftijd hebben jong dementerenden nog een actieve rol in de maatschappij, die zij niet gemakkelijk opgeven. Gevoelens van machteloosheid en frustratie zijn daarom veel heftiger.

De kennis over diagnostiek en behandeling voor beide groepen moet worden verbeterd en deze kennis moet breder worden verspreid.

Kennisoverdracht

Het LDP hanteert het principe «laat 100 bloemen bloeien». Elke regio zoekt een eigen oplossing voor de in die regio meest urgente probleemvelden. Hierdoor is een scala aan innovatieve aanpakken ontstaan, die echter vaak buiten de regio niet bekend zijn. Ook de buiten het LDP opgedane ervaringen met dementiezorg worden weinig verspreid. Kortom, de kennisoverdracht tussen professionals moet worden verbeterd.

Mantelzorger

Uit onderzoek van Nivel² blijkt dat twintig procent van de mantelzorgers van dementiepatiënten ernstig overbelast is. Eerder onderzoek in het kader van het LDP gaf aan dat voor 67% van de mantelzorgers de hulp tekortschiet. Mantelzorgers hebben behoefte aan meer informatie, advies en zorgcoördinatie door een vaste, deskundige en onafhankelijke begeleider. De mantelzorger moet dus meer en beter worden ondersteund bij zijn activiteiten. De positieve effecten van goede ondersteuning heb ik zelf mogen vernemen tijdens mijn gesprekken met mantelzorgers.

Indicatiestelling

Zowel cliënten als zorgverleners ervaren de noodzakelijke indicatiestelling als omslachtig, tijdrovend en bureaucratisch. De noodzaak van herindicatie wordt vaak niet begrepen. Deze klacht is niet uniek voor dementie maar wordt ook geuit bij zorgbehoefte door andere aandoeningen. De indicatiestelling kan meer gestroomlijnd worden.

Bestuurlijk draagvlak/financiering

De regio's uit de eerste tranches van het LDP zetten hun activiteiten nu om in structurele activiteiten voor dementiezorg. Niet elke regio is daarin even succesvol. Veel regio's hebben moeite met het creëren van voldoende bestuurlijk draagvlak (zowel binnen de eigen organisatie als bij lokale overheden) voor goed op elkaar afgestemde zorg die tegemoet komt aan de behoefte van de cliënt. Ook een structurele financiering voor de organisatie van deze samenhangende zorg door de (gezamenlijke) zorgaanbieders is niet altijd vanzelfsprekend. Gevolg hiervan is dat in veel regio's van de eerste LDP-tranches de aandacht voor dementiezorg verwatert en

¹ Neuropsychiatric symptoms in Dutch nursing home patients with dementia, Sytse Zuidema, Nijmegen, 2007.

² Factsheets LDP-monitor, José Peeters, Sandra van Beek, Anneke Francke, NIVEL 2007.

de met de projecten bereikte resultaten verloren gaan. Borging is dus noodzakelijk.

Samenhang in de zorg

De zorgverleners werken in een organisatorische context waarbij zij los van elkaar slechts naar een deel van de problemen van de cliënt kijken. De cliënt krijgt hierdoor het gevoel dat hij niet voldoende geholpen wordt en «van het kastje naar de muur» gestuurd wordt. Te weinig wordt de afweging gemaakt welke combinatie van zorg uit het cure, care en maatschappelijk domein tot het beste resultaat voor de betrokkenen leidt.

De heer en mevrouw De Graaf, beiden 73 jaar, wonend in Deventer. Mevrouw de Graaf vertrouwt het niet. Haar man zegt soms onbegrijpelijke dingen, heeft moeite met alledaagse handelingen en wordt af en toe zomaar agressief. In het wijkcentrum liggen folders over dementie en na lezing krijgt zij het vermoeden dat haar man dementeert. Tegen de huisarts zegt de heer de Graaf dat hij zich prima voelt en dat er niets aan de hand is. De huisarts prikt echter door zijn verhaal heen en weet de heer de Graaf zo ver te krijgen dat hij de volgende dag gaat praten met de sociaal geriater in hetzelfde gezondheidscentrum. Na onderzoek volgt een gesprek waarin de diagnose dementie wordt meegedeeld. Zij worden direct in contact gebracht met een ouderenvpleegkundige, Maaïke, die hen waar nodig zal bijstaan. Tijdens het eerste huisbezoek beantwoordt Maaïke de vragen die inmiddels gerezen zijn. Ook observeert zij de thuissituatie. Voorlopig hebben de heer en mevrouw de Graaf voldoende aan informatie over dementie. De heer de Graaf heeft veel moeite om te accepteren dat hij niet in orde is. Door de adviezen die Maaïke geeft, kan mevrouw de Graaf daar redelijk mee omgaan. Elke paar maanden informeert Maaïke naar het welzijn van de heer en mevrouw de Graaf. Naarmate het ziekteproces voortschrijdt, neemt de behoefte aan hulp en de bemoeienis van Maaïke toe. Door de regelmatige contacten, op initiatief van zowel Maaïke als het echtpaar de Graaf, kan goed ingeschat worden hoe de zorgvraag zich ontwikkelt en kunnen tijdig maatregelen genomen worden. Bij het verlenen van de zorg wordt uitgegaan van de wensen van het echtpaar de Graaf. Uiteindelijk komt het moment dat de heer de Graaf 24 uur per dag zorg nodig heeft. De verschillende mogelijkheden om hierin te voorzien worden op een rij gezet: een zorghuis, een kleinschalig wonen-unit, een zorgwoning, de eigen woning met het volledig pakket thuis. In onderling overleg wordt een oplossing gevonden die voor alle partijen bevredigend is. Op 79-jarige leeftijd overlijdt de heer de Graaf, omringd door vertrouwde mensen en in een vertrouwde omgeving.

Doelen plan voor dementiezorg

De ervaringen met het LDP hebben aangetoond dat de zorg voor mensen met dementie verbeterd kan worden. Zo is in de LDP-regio's samenwerking met «nieuwe» partners tot stand gebracht, zijn er samenwerkingsafspraken en -structuren tot stand gebracht en wordt er structureel aandacht besteed aan het cliëntperspectief. Ik wil zorgen dat de tijdens het LDP opgebouwde expertise niet verloren gaat en dat goede dementiezorg voor iedere mens met dementie beschikbaar komt.

Hoofddoelen

Daartoe stel ik mij als hoofddoelen dat de kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hun naasten verbetert en dat de professional over voldoende instrumenten beschikt om goede dementiezorg te geven.

Dit wil ik bereiken door:

1. *Een samenhangend zorgaanbod te creëren dat overeenkomt met de behoeften en wensen van de cliënt.*
 - a. Hiervoor wil ik dat uiterlijk in 2011 het aanbod van samenhangende

dementiezorg en de bijbehorende AWBZ-inkoop praktijk is in heel Nederland.

- b. uiterlijk eind 2009 zijn best practices van dementiezorg voor alle betrokken zorgverleners beschikbaar, zowel in boekvorm als via internet, bijvoorbeeld Zorg voor Beter.
2. *Volgende begeleiding en ondersteuning voor de mens met dementie en zijn naasten te bieden.*
Uiterlijk in 2011 maakt (een vorm van) casemanagement deel uit het totale aanbod van samenhangende dementiezorg.
 3. *Jaarlijks de kwaliteit van dementiezorg te meten.*
In aanvulling op het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg is uiterlijk in 2010 een set indicatoren voor samenhangende dementiezorg landelijk bruikbaar en geven de zorgaanbieders inzicht in de kwaliteit van de door hen geboden dementiezorg.

Activiteiten plan voor dementiezorg

Om mijn doelen te bereiken, initieer ik de volgende activiteiten.

1. Samenhangend zorgaanbod overeenkomstig de behoeften en wensen van de cliënt

- a. Inkoop van samenhangende zorg
Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland en VWS werken samen in het programma Ketenzorg Dementie. Doel van het programma is te komen tot een inkoopleidraad voor vraaggerichte ketenzorg en een eerste implementatie van dit model bij de zorginkoop 2009. Hiervoor wil ik afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieders in minstens tien koploperregio's. Op basis van de ervaringen die deze regio's opdoen met de inkoopleidraad wordt deze zo nodig aangepast en vervolgens ter beschikking gesteld aan de overige regio's. Uiterlijk in 2011 moet het aanbod van samenhangende dementiezorg en de AWBZ-inkoop daarvan praktijk in heel Nederland zijn. De inkoopleidraad bevat tevens een overzicht van de mogelijkheden voor de financiering van dementiezorg. Ook bij het verder ontwikkelen van deze leidraad zal er blijvende aandacht aan dit onderwerp zijn. Specifiek voor de financiering van casemanagement verwijs ik naar het hieronder bij dit onderwerp gestelde.
Inkopers van AWBZ-zorg vragen zorgaanbieders om samenhangend aandoeninggerelateerd aanbod in plaats van losse onderdelen uitgaand van zorgvorm. Kwalitatief goed aanbod kan door de inkopers beloofd worden in de vorm van een hogere vergoeding voor de gecontracteerde zorg. De vraag om samenhangend aanbod gecombineerd met deze financiële prikkel zal bestuurders stimuleren meer aandacht te hebben voor ketenzorg dementie.
- b. Verspreiding van praktijkvoorbeelden
De ervaringen in de LDP-regio's worden gebundeld tot praktijkvoorbeelden en in de tweede helft van 2008 in ieder geval via internet beschikbaar gesteld aan zorgaanbieders. Mede op basis van de eindvaluatie van het LDP (in tweede kwartaal 2009 beschikbaar) worden hier best practices uit gedestilleerd. Bezien wordt hoe andere praktijkvoorbeelden hierin betrokken kunnen worden. Naast de boekvorm is ook de kennisbank van Zorg voor Beter een verspreidingsmiddel van deze praktijkvoorbeelden.
- c. Stroomlijning indicatiestelling
Voor de AWBZ is het beleid erop gericht het proces van de indicatiestelling vergaand te vereenvoudigen. Vermindering van bureaucratie

komt ten goede aan de cliënt, de zorgprofessional, de zorgaanbieder en ook de indicatiesteller zelf. Het CIZ heeft op mijn verzoek in het najaar van 2007 een aantal pilots gestart in het kader van eenvoudig en beter indiceren. Ik heb u daarover bij brief van 12 oktober 2007 (Kamerstukken II, 2007/08, 26 631, nr. 227) geïnformeerd. Ik zal u binnenkort over de uitkomsten van de pilots, voorzien van mijn beleidsstandpunt, informeren.

Het gaat in deze fase met name over de pilots:

- transferpunten (detachering CIZ medewerkers) in de grote(re) gezondheidscentra;
- indicatiestelling door huisartsen en praktijkondersteuners;
- flexibilisering van de werkprocessen (FWP) bij het CIZ.

Deze pilots zijn niet specifiek toegespitst op de situatie van dementerende ouderen, maar kunnen ook voor dementerende ouderen een verlichting betekenen van het administratieve proces. De overige pilots, ontwikkeling risico- en cliëntprofielen en ontwikkeling zelf-indicatie voor cliënten, kennen een langere tijdshorizon en worden in het najaar gestart. Met name in de pilot cliëntprofielen kan ook voor de doelgroep dementerenden worden gezien of een op maat gesneden indicatieproces tot de mogelijkheden behoort.

2. Voldoende begeleiding en ondersteuning voor de mens met dementie en zijn naasten

a. Informatie

De confrontatie met dementie en gevolgen van de aandoening zijn voor de patiënt en zijn naasten zeer ingrijpend. Vaak gaat dit gepaard met veel emoties. Uit onderzoek¹ blijkt dat de cliënt en zijn naasten veel behoefte hebben aan informatie en begeleiding. Informatie niet alleen als de diagnose dementie is gesteld, maar ook voor de diagnose, als het «niet pluis-gevoel» de kop opsteekt. In het begin van het ziekteproces overheerst bij de cliënt en zijn naasten een gevoel van onbehagen en onduidelijkheid over wat er aan de hand is. Men vermoedt misschien dementie of twijfelt daaraan. Het is ook soms lastig om bepaalde signalen te onderscheiden van gewone ouderdomsverschijnselen. De cliënt onderkent niet altijd wat er aan de hand is. Gerichte informatie kan meer duidelijkheid geven. Deze informatie zou voor een ieder makkelijk bereikbaar moeten zijn. Alzheimer Nederland heeft een taak bij het verspreiden van algemene informatie over dementie in zijn verschillende verschijningsvormen. De gemeenten hebben ook een belangrijke rol. Zij zijn op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning verantwoordelijk voor het ondersteuningsbeleid van mantelzorgers. In mijn beleidsbrief *Voor Elkaar*² heb ik aangekondigd dat ik een richtinggevend kader aan gemeenten zal bieden waarin een aantal basisfuncties voor het ondersteuningsaanbod zijn benoemd. Kern is dat het evenwicht tussen draaglast en draagkracht bij de mantelzorger in stand blijft. Dit vraagt maatwerk: uit een totaalpakket aan functies kiest de mantelzorger zijn ondersteuning, bijvoorbeeld informatie en advies, financiële ondersteuning, respijtzorg, praktische ondersteuning etc.

b. Casemanagement

Het LDP definieert casemanagement als volgt: «het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van «niet pluis» of de diagnose tot aan opname of overlijden».

¹ Factsheets LDP-monitor, José Peeters, Sandra van Beek, Anneke Francke, NIVEL 2007.

² TK, 2007–2008, 30 169, nr. 11.

Tijdens een werkbezoek dat ik onlangs bracht aan een instelling die casemanagement biedt voor mensen met dementie is mij extra duidelijk geworden wat de begeleiding door een casemanager kan betekenen voor deze mensen. Een dergelijk bezoek zegt meer dan het dikste rapport. De diagnose dementie roept bij de cliënt veel vragen op. In de eerste plaats ligt hier een taak bij de arts die de diagnose stelt. Tijdens het consult waarin de diagnose wordt meegedeeld mag verwacht worden dat hij antwoord geeft op de gestelde vragen. Ook geeft hij informatie over dementie mee. Dit is tevens het moment waarop de arts de cliënt in contact kan brengen met een persoon die ook op een later tijdstip vragen kan beantwoorden en de cliënt en zijn naasten kan bijstaan bij de verwerking van het bericht. Naarmate het ziekteproces vordert, zal de behoefte aan hulp en begeleiding toenemen.

Uit onderzoek¹ blijkt dat veel mensen, zowel de cliënt als zijn mantelzorgers, baat hebben bij een vorm van casemanagement. Uit een advies van het LDP blijkt dat op basis van een inventarisatie van voorbeeldprojecten, evaluatiestudies en cliëntonderzoek de volgende effecten van casemanagement zijn te verwachten:

- de tevredenheid over de zorg en begeleiding bij de cliënt en zijn naasten zal stijgen;
- minder (over)belaste of depressieve mantelzorgers;
- mantelzorgers kunnen beter omgaan met probleemgedrag van de dementerende;
- ontlasting van huisartsen door ondersteuning door de casemanager;
- minder crisisopnamen;
- uitstel van opname in zorghuizen;
- meer efficiënte inzet van middelen.

In de loop der tijd zijn in Nederland verschillende vormen van casemanagement ontwikkeld. Binnen het LDP hebben 52 van de 57 regio's gekozen voor een verbeterproject rond casemanagement. Regionaal zijn er verschillen bij de invulling van deze functie. Deze verschillen kunnen recht doen aan de specifieke kenmerken van de regio (stedelijk of platteland, bevolkingssamenstelling). Ook de persoon die de rol van casemanager vervult, kan verschillen. Bijvoorbeeld een praktijkondersteuner bij de huisarts, een wijkverpleegkundige, een ouderenverpleegkundige, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of iemand die zich specifiek toelegt op casemanagement voor mensen met dementie. Daarom wil ik geen vaste invulling van de functie casemanagement opleggen en acht ik het ook niet zinvol om casemanagement als aparte functie in de AWBZ te regelen. Om effectief te zijn moet casemanagement wel aan minimumeisen voldoen.

Deze zijn:

- de functie is een natuurlijk aanspreekpunt binnen de regionale zorg- en ondersteuningsstructuur die naast care ook welzijn en cure omvat;
- de casemanager heeft kennis van dementie- en mantelzorgproblematiek en is goed op de hoogte van de sociale kaart;
- de casemanager is onafhankelijk in die zin dat waar daar behoefte aan of noodzaak voor is, de casemanager voor de cliënt zorg kan regelen buiten het samenwerkingsverband;
- de casemanager is in principe een vast persoon;
- vanaf het moment van de diagnose tot de opname in een zorghuis of overlijden in de thuissituatie is voor de cliënt casemanagement beschikbaar.

Het is wenselijk dat de cliënt en zijn naasten begeleiding kunnen

¹ «Casemanagement bij Dementie», S. Ligthart, Landelijk Dementie Programma, 2006; «Evaluatieonderzoek van de pilot casemanagement Dementie in de regio Delft Westland Oostland», H. Groenewoud ea., Hogeschool Rotterdam/Kenniskring Transitie in de Zorg, 2008.

krijgen van een casemanager die aan deze minimumeisen voldoet. Belangrijk is dat het ketennetwerk in de regio hierop inspeelt. In de periode voor en rond de diagnose heeft de cliënt veelal geen aanspraak op AWBZ-zorg. Sommige gemeenten blijken bereid te zijn case-management vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) te financieren. Ook kan het op dat moment meer voor de hand liggen een beroep te doen op de Zorgverzekeringswet (ZVW). Binnen de ZVW hangt het af van wie het meest frequent contact heeft met de cliënt en zijn omgeving. Dit kan de huisarts zijn of de praktijkverpleegkundige van de huisarts. Dit kan ook de geestelijke gezondheidszorg zijn met casemanagement via de DBC-GGZ dementie. Binnen de AWBZ-financiering is een aandachtspunt voor zorgaanbieders dat (een deel van) de activiteiten binnen de functie casemanagement in de reguliere financiering vergoed worden. Bij de inkoop van samenhangende dementiezorg zullen de zorgkantoren het bieden van casemanagement als voorwaarde stellen. De zorgkantoren krijgen de mogelijkheid een extra vergoeding toe te kennen aan zorgaanbieders die overeenkomstig de inkoopleidraad ketenzorg dementie (AWBZ) hoogwaardige dementiezorg, inclusief casemanagement, bieden. Dit biedt extra financiële ruimte voor zorgaanbieders. Daarbij kan het zorgkantoor voor de gebieden waar het zorgkantoor niet zelf bevoegd is om iets te regelen, de AWBZ-zorgaanbieders aanspreken op verbindingen. Bijvoorbeeld voor communicatie met de eerstelijnszorg, of het regelen van WMO-voorzieningen als de cliënt daarop is aangewezen.

3. Kwaliteitsmeting met behulp van indicatoren dementiezorg

Het kwaliteitskader «Verantwoorde Zorg, Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg)» is vastgesteld door de stuurgroep «Verantwoorde Zorg.» Deze stuurgroep bestaat uit cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties, brancheorganisaties, de IGZ, Zorgverzekeraars Nederland en VWS. Het doel van de stuurgroep is het beschikbaar maken van kwaliteitsgegevens van zorginstellingen in de Verpleging Verzorging en Thuiszorg (VV&T). Deze transparantie van gegevens moet cliënten helpen kiezen, verzekeraars ondersteunen in het contracteren, de IGZ ondersteunen in hun toezicht en interne kwaliteitsverbetering stimuleren. Op basis van een indicatorenset die bestaat uit 35 indicatoren onderverdeeld in tien thema's¹ wordt de informatie verzameld. Het betreft hier het meten van veelal generieke (dus niet ziektespecifieke) gegevens. Ketenzorg is een van de tien benoemde thema's. Dit is echter nog in ontwikkeling. Doel is te komen tot goede afspraken tussen de zorgorganisatie en andere zorgorganisaties/zorgverleners, zodat de cliënt geen last heeft van schotten in de zorg en aanpalende sectoren.

Specifiek voor ketenzorg dementie wordt een beperkte set indicatoren ontwikkeld, die kunnen worden gezien als een aanvulling op de indicatorenset van het kwaliteitskader. Deze laatste set vraagt bijvoorbeeld naar de ervaring van cliënten met het zorg/leefplan. De indicatoren ketenzorg dementie gaan vervolgens dieper in op de inhoud van het zorgplan. Naar verwachting is op korte termijn de eerste conceptversie van de indicatoren dementiezorg gereed. De zorgaanbieders in de koploperregio's voor de inkoop van samenhangende dementiezorg kunnen dan worden gevraagd als eersten een praktijktest met deze indicatoren uit te voeren. Als de indicatoren definitief vastgesteld zijn, kunnen de zorgaanbieders de door hen geboden kwaliteit in de dementiezorg meten en aantonen.

Aanvullende activiteiten

Voldoende kennis om tijdig een diagnose te kunnen stellen/voldoende kennis over behandel mogelijkheden, ook in relatie tot eventuele multimorbiditeit

¹ Thema's voor verantwoorde zorg

1. Zorg(behandel)-/leefplan
2. Communicatie en informatie
3. Lichamelijk welbevinden
4. Zorginhoudelijke veiligheid
5. Woon- en leefomstandigheden
6. Participatie en sociale redzaamheid
7. Mentaal welbevinden
8. Veiligheid wonen/verblijf
9. Voldoende en bekwaam personeel
10. Samenhang in zorg

Een van de «geriatric giants» in het Nationaal Programma Ouderenzorg¹ is dementie. Onderzoek en experimenten op het terrein van dementie vergroten de kennis over diagnostiek en behandeling. Binnen dit programma is ook de verspreiding van de opgedane kennis voorzien. Samenwerkingsverbanden kunnen gebruik maken van de mogelijkheid om binnen dit programma experimenten en onderzoeksprojecten op het terrein van dementie uit te voeren.

Een patiënt die met het vermoeden van dementie of met op dementie lijkende klachten bij zijn huisarts komt, mag van die huisarts verwachten dat deze voldoende kennis heeft om de klachten te herkennen. Dit betekent dat de huisarts weet wanneer door te verwijzen naar tweede lijn (geheugenpoli e.d.). En dat hij weet welke ondersteuning geboden kan worden. Hiervoor maakt hij gebruik van de beschikbare professionele standaarden (zoals de NHG Standaard Dementie, de LESA Dementie en de richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling dementie) en de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS). De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de huisartsenpraktijk c.q. het samenwerkingsverband.

Verdere professionalisering

Het bieden van samenhangende zorg op basis van de behoeften en wensen van de cliënt vergt een andere instelling van de zorgverleners dan nu het geval is. Het is in de eerste plaats een taak van de beroepsorganisaties om hier aandacht aan te besteden.

Wonen

Ook voor de mensen met dementie is een goede woonomgeving van groot belang. Daarop kom ik terug in de notitie over kleinschalig wonen, die ik u binnen enkele maanden verwacht toe te zenden.

Consultatiebureau voor ouderen

In het Visiedocument van Kenniscentrum Vilans worden een vijftal functies van het consultatiebureau voor ouderen onderscheiden. Zowel toen ik met u debatteerde over het Ouderenbeleid in januari 2008 als toen ik het Visiedocument in april 2008 in ontvangst nam, heb ik de meerwaarde van deze functies aangegeven, bijvoorbeeld voor preventie en voor de noodzakelijke verbinding tussen welzijn en zorg. Ik vind dat de functies van het consultatiebureau moeten worden ingebed in bestaande initiatieven. In het kader van dementie zijn mogelijk de functies: «vroegsignalering en casefinding» en «verbindende schakel» relevant. Voorwaarde daarvoor is wel dat deze functies onderdeel zijn van een georganiseerd netwerk in een bepaald gebied. Van belang in dit netwerk is dat deze twee functies voldoende zijn geoperationaliseerd en er precieze afspraken zijn gemaakt over de verbindingen en doorverwijzingen.

Financiën

Voor de uitvoering van dit plan zijn geen extra middelen begroot. Financiering vindt plaats uit bestaande budgetten, zoals het Nationaal Programma Ouderenzorg (2008–2011: totaal budget ongeveer € 80 miljoen), de regelingen rond bouw en kleinschalig wonen (2009–2011: totaal budget € 80 miljoen), het budget voor ontwikkeling van indicatoren dementiezorg (2008: € 40 000) en innovatiegelden care (2009: totaal budget € 15 miljoen). Bij de besteding van de innovatiegelden zal bijzondere aandacht aan dementie besteed worden. Bij de voorbereiding van de inkoop van samenhangende dementiezorg door de zorgkantoren is zowel voor de zorgaanbieders als de zorgkantoren begeleiding in de vorm van procesmanagement beschikbaar.

¹ TK 2007–2008, 29 549, nr. 12.

Met de uitvoering van dit plan zet ik een belangrijke stap ter realisering van cliëntgerichte samenhangende dementiezorg, die van invloed kan zijn op de hele zorgsector.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker