

Vergaderjaar 2016–2017

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 366**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 27 juni 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 7 juni 2017 overleg gevoerd met de heer Van Rijn, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 september 2016 inzake verlenging onderzoeksprogramma Memorabel tegen dementie (Kamerstuk 25 424, nr. 329);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2016 inzake voortgang actieplan casemanagement bij dementie (Kamerstuk 29 689, nr. 780);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 inzake stand van zaken moties en toezeggingen (voor wat betreft de onderdelen die betrekking hebben op dit AO) (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 129);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 april 2017 inzake voortgang actieplan casemanagement dementie (Kamerstuk 29 689, nr. 816).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

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

**Voorzitter: Van Toorenborg**  
**Griffier: Post**

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Bergkamp, Dik-Faber, Ellemeet, Gerbrands, Hermans, Keijzer, Marijnissen, Sazias, Van der Staaij en Van Toorenborg,

en de heer Van Rijn, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 13.33 uur.

**De voorzitter:**

Ik open hierbij het algemeen overleg over dementie. We zitten vanwege de pilot in een bijzondere zaal om te bekijken of we een tussenvorm kunnen bedenken tussen het zitten in een halfroed in de andere zalen, zoals we gewend zijn als we een algemeen overleg hebben, en een soort debatvorm waarbij de sprekers staan. Iedereen is hierin nog een beetje onwennig, maar we gaan het vandaag gewoon weer proberen. We hebben al een aantal debatten op deze manier gevoerd. Het is wat onhandiger om het ding omhoog en naar beneden te zetten door de microfoon, maar daar komen we ook wel uit. Ik stel voor dat we het op deze manier doen.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Voorzitter. Ik hoop dat dit gaat lukken. Ik heb hier geen stopwatch en ik had mijn tekst met een iets groter lettertype mogen printen, maar ik ga mijn best doen. In het afgelopen jaar is er door alle ketenpartners hard gewerkt aan het Actieplan casemanagement dementie. Helaas hebben de cliënten en de mantelzorgers hier nog te weinig van gemerkt. De Staatssecretaris erkent dit ook. Ik constateer dat het afgelopen jaar vooral is gebruikt om de problemen in kaart te brengen, maar dat een gezamenlijke kwaliteitsstandaard nog altijd ontbreekt en dat er nog geen eenduidig inkoopbeleid van zorgverzekeraars is. Kortom, de oplossingen voor de grootste problemen zijn nog niet gevonden. Ondertussen vallen regionale dementieketens uit elkaar. Het aantal ketens is gedaald van 88 naar 54. Verder is er nog veel versnippering in de wijze waarop thuiszorgorganisaties casemanagement dementie organiseren en staan er nog veel te veel cliënten op een wachtlijst voor casemanagement. Schokkend is ook de conclusie van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) in de Monitor contractering wijkverpleging 2017 dat er geen tot beperkt inzicht is in de inzet van casemanagement dementie vanaf 2015. Ondanks het feit dat door heel veel partijen is samengewerkt om dementiezorg te verbeteren, krijgen we er blijkbaar nog steeds onvoldoende grip op, laat staan dat er inzicht is in de kwaliteit van de geleverde dementiezorg. Is de Staatssecretaris bereid om de inzet van casemanagement dementie te laten monitoren, zodat we dit beeld wel krijgen?

In de rest van mijn bijdrage wil ik een aantal specifieke punten bespreken. Ik begin met de inkoop van casemanagement dementie. De mede door mij ondertekende motie-Bruins Slot c.s. spreekt uit dat casemanagement een aparte aanspraak moet worden in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De NZa stelt in haar memo van september 2016 dat hiervoor geen draagvlak is bij de partijen die betrokken zijn bij het actieplan en dat deze partijen andere oplossingen denken te kunnen vinden die hetzelfde effect bereiken. Ondertussen zijn we weer negen maanden verder. Uit de monitor over de contractering blijkt dat zorgaanbieders de wijze waarop casemanagement dementie in rekening kan worden gebracht onduidelijk vinden. Een aparte prestatie of aanspraak kan dit probleem oplossen. Casemanagement dementie is een specialistische zorgvorm die niet past

onder verpleging of verzorging. Welke oplossing ziet de Staatssecretaris? Wanneer komt er eindelijk duidelijkheid?

Zorgverzekeraars blijken in de praktijk vaak zeer krappe tarieven te hanteren voor casemanagement dementie. Het gaat om tarieven die dicht tegen het uurtarief voor persoonlijke verzorging aan liggen. Volgens de NZa is dit een mogelijk risico, omdat voor deze zorgvorm een hoog deskundigheidsniveau vereist is. Het kan niet zo zijn dat casemanagement dementie bijna gelijk wordt gesteld aan verzorging. Dan nemen we de dementiezorg niet serieus. Zorgverzekeraars moeten nu echt hun verantwoordelijkheid nemen en naast verpleging en verzorging ook voldoende casemanagement dementie inkopen tegen reële tarieven. Is de Staatssecretaris bereid om dit punt met de zorgverzekeraars te bespreken, zodat dit bij de contractering voor 2019 en misschien zelfs nog voor 2018 kan worden meegenomen?

Door de versnippering zien mantelzorgers door de bomen het bos niet meer. Zorgaanbieders hanteren wel veertien verschillende modellen. In de praktijk leidt dit maar al te vaak tot halfslachtige oplossingen, die niet voldoen aan de Zorgstandaard Dementie en die onvoldoende kwalitatief goede dementiezorg garanderen. Wanneer verwacht de Staatssecretaris dat er een heldere standaard met bijbehorend functie- en competentieprofiel is ontwikkeld waaraan de modellen kunnen worden getoetst? Leidt deze standaardisering er ook toe dat het aantal varianten drastisch wordt ingeperkt, zodat cliënten en mantelzorgers weten waar ze aan toe zijn? Ik herhaal graag mijn vraag van vanmorgen. Hoe kan het dat maar 20% van de mensen met dementie bereikt wordt door casemanagement?

Er is nog veel werk aan de winkel om de dementiezorg te professionaliseren en daarmee de kwaliteit van leven van mensen te verbeteren. Mijn fractie pleit daarom voor een verlenging van het actieplan en van de aanstelling van de projectleider. Juist in de komende fase komt het erop aan en moeten cruciale knopen worden doorgehakt. Wil de Staatssecretaris dit toezeggen?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Door deze nieuwe opstelling vergeet ik helemaal mevrouw Dik-Faber te interrumpen.

Voorzitter. Uit de stukken voor dit algemeen overleg kreeg ik de indruk dat alles in kannen en kruiken was. Er zijn allerlei werkgroepen en er lopen allerlei onderzoeken. Tegelijkertijd ontvang ik echter veel signalen van dementerenden en hun familie dat al dit goeds en die resultaten hen nog te weinig bereiken. Ik hoor veel verhalen van dementerende mensen en van familieleden over het feit dat ze eigenlijk vastzitten in het oerwoud van regels, in plaats van dat ze echt profiteren van hetgeen er gaande is. Het is steeds ingewikkelder geworden.

Ik begin met het belangrijkste onderwerp van vandaag. Dat is het casemanagement dementie. Hiermee is veel aan de hand. Mevrouw Dik-Faber gaf al aan dat het een specialistische vorm van zorg is. Volgens mij erkennen we dit allemaal. Vroeger was het helder waaraan een casemanager moest voldoen. Hij of zij had een volle workload, heel veel mensen en het specialisme werd erkend. Het was een fulltime job. Nu is er versnippering en doen verschillende zorgprofessionals dit werk, of doen functionarissen het erbij. Dat is jammer en brengt ook risico's met zich mee. Zo blijkt uit onderzoek dat het ontbreken van een intensieve vorm van casemanagement kan leiden tot bijvoorbeeld versnelde opname in het verpleeghuis of een groter beroep op de mantelzorger. Hierover hebben we vanochtend een debat gehad. Ik reken dit de Staatssecretaris aan. De Kamer heeft hem hiervoor gewaarschuwd: houd dat wat we hebben in stand in plaats van de zorg te versnipperen. Ik ben benieuwd hoe de Staatssecretaris terugkijkt op de ontwikkeling van casemanagement dementie in de afgelopen periode.

Ons verhaal wordt bevestigd door de NZa. De NZa ziet ook knelpunten in de financiering. Als een aanbieder conform de Zorgstandaard Dementie zorg aanbiedt, snijdt hij in zijn eigen vlees. De tarieven voor casemanagement liggen namelijk dicht bij het tarief voor de persoonlijke verzorging, terwijl deze zorgvorm een hoog deskundigheidsniveau vraagt, hbo-niveau. Ik hoor hierop graag de reactie van de Staatssecretaris. Ook blijkt dat er beperkt toezicht is op de inzet van casemanagement. Wil de Staatssecretaris dit monitoren en de Kamer hierover rapporteren? Op welke manier monitoren we? Kan de Staatssecretaris aangeven hoe de zorg op dit moment wordt ingekocht? Wordt er voldoende ingekocht? Wordt daarbij gekeken naar kwaliteit, deskundigheid en continuïteit? Mijn fractie heeft ook zorgen over de praktijk. Bij casemanagement dementie is van belang dat men de zorg tijdig inzet. Dit hebben we geleerd van Alzheimer Nederland en andere organisaties. Men moet er eigenlijk al mee starten op het moment dat iemand in de omgeving het niet-pluis-gevoel heeft, aan het begin van de ziekte. Het moet niet pas als iemand al verder in het proces is. Welke rol speelt de gemeente hierin? Heeft de gemeente hierover voldoende kennis in huis? Eigenlijk zien we dat het casemanagement door de versnippering niet transparant is. Ik maak me hierover grote zorgen. Op dit moment ontbreken exacte cijfers over de wachtlijsten. Op welke manier tracht de Staatssecretaris die cijfers boven tafel te krijgen? We tasten een beetje in het duister. Het oplossen van de wachtlijsten is maatwerk, maar op welke termijn moeten ze zijn weggewerkt? Tot slot heb ik twee financiële vragen. Hoe zit het met de budgetplafonds voor de wijkverpleging? We krijgen verschillende signalen dat de budgetten op zijn, dat er wordt doorverwezen, dat dit in de praktijk niet goed loopt. Op welke wijze heeft dit invloed op het casemanagement? Is bekend waarom verzekeraars de ketenprestatie voor dementiezorg steeds minder inkopen? Hoe kan op korte termijn worden gestuurd op de gezamenlijke inkoop?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Dit debat over dementie is een mooi vervolg op het debat van vanochtend over mantelzorg. Het heeft alles met elkaar te maken. GroenLinks is blij dat afgelopen zomer de brede aanpak rondom dementie echt van start is gegaan. We zijn des te blijer omdat we zien dat wordt gekozen voor een bredere aanpak. Daar waar de aandacht eerst vooral leek te liggen op de medische kant van dementie, is er nu meer aandacht voor de sociale en psychische aspecten van het vraagstuk. Kan de Staatssecretaris nader toelichten op welke manier hij de wisselwerking tussen de medische kant, de sociale kant en de psychische kant, die allemaal een rol spelen bij dit vraagstuk, wil onderzoeken? Wil hij bezien met welke oplossingen we kunnen komen om de kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hun mantelzorgers te verbeteren? Ondanks het feit dat er heel veel in gang is gezet, moet ik helaas constateren dat er ook nog dingen misgaan. Ik schrok van de resultaten van de enquête over het inkoopbeleid van casemanagement dementie, die afgelopen februari is gedaan door de NZa. Hieruit blijkt dat maar liefst 65% van de ketenregisseurs ontevreden is over het inkoopproces. Dit zijn schokkende cijfers. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris deze negatieve respons en hoe wordt hieraan gevolg gegeven? Als ik het goed begrijp, moesten de zorgverzekeraars afgelopen april met een voorstel komen voor de inkoop van casemanagement dementie. Is dit voorstel er inmiddels? Dat is mij namelijk niet geheel duidelijk. Hoe verhoudt dit voorstel zich tot de enquête en de grote ontevredenheid die er nu is? Ziet de Staatssecretaris met dit voorstel, als dat er is, substantiële verbeteringen of mogelijkheden voor verbetering voor de toekomst? Mijn fractie ziet hier grote noodzaak toe.

We spraken vanochtend over de forse werkdruk en de bijbehorende overbelasting van mantelzorgers. Dit is een groot probleem waarvoor ik ook in dit algemeen overleg aandacht wil vragen, want zorg bij dementie vraagt van mantelzorgers zo mogelijk nog meer dan bij sommige andere ziektebeelden. Het is immers een progressieve ziekte, waarvoor je als naaste steeds opnieuw zorg moet organiseren. Als eindelijk genoeg uren thuiszorg of dagbesteding zijn geregeld, doet de situatie zich vaak voor dat er meer uren nodig zijn en dat er nieuwe zorg aangevraagd moet worden. Dat brengt allerlei bureaucratie met zich mee. We willen mantelzorgers niet te veel met de bureaucratische kant van de zorg belasten. Ziet de Staatssecretaris mogelijkheden om de bureaucratie rondom dementie te verminderen en zeker de mantelzorgers hier minder mee te belasten?

Ook de problematiek van de huidige tekorten aan zorgmedewerkers speelt een rol. Wordt hier in het Deltaplan Dementie voldoende rekening mee gehouden? Zijn er oplossingen te bedenken waarbij zorgmedewerkers van niveau 1 en 2 gemakkelijk kunnen instromen om zorg te verlenen aan dementerenden? GroenLinks wil hier echt meer werk van maken, omdat we met het oog op de toekomst meer stappen moeten zetten om te komen tot een dementievriendelijke samenleving. Op die manier zetten we talent in van niveau 1 en 2-zorgmedewerkers en ontlasten we mogelijk mantelzorgers. Deelt de Staatssecretaris deze mening? Zo ja, hoe maakt het kabinet hier werk van?

Tot slot blijkt dat aanbieders amper kunnen onderhandelen over het integrale tarief vanuit het budget Wijkverpleging. Er werd in 2017 voor ongeveer 300 miljoen euro minder dan het beschikbare budget gecontracteerd voor wijkverpleging. Dit is wat ons betreft heel onwenselijk. Geld dat voor de zorg beschikbaar is, moet daar ook voor gebruikt worden, zeker omdat blijkt dat de nood hoog is en ook de wijkverpleging voor dit integrale tarief voor de dementie ingezet kan worden. Hoe zorgt de Staatssecretaris ervoor dat dit in de praktijk wordt opgelost, zodat er voldoende zorg is en dat het budget dat we ervoor gereserveerd hebben ook echt ingezet en gebruikt wordt?

**De voorzitter:**

Ik wijs de leden erop dat op dit moment in de plenaire zaal een VAO gaande is. We zullen op enig moment moeten stemmen.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Het worden snelle commissievergaderingen, want iedereen vergeet te interrumperen.

Voorzitter. Het begint met vergeetachtigheid, maar ja, dat hoort erbij als je ouder wordt. Langzaam wordt het erger. Je kunt je niet meer herinneren wat je kortgeleden hebt gedaan en je kunt je moeilijker oriënteren. Aanpassen aan nieuwe omstandigheden wordt moeilijker. Steeds vaker weet je de juiste woorden niet te vinden. Na een lange tijd van aanmodderen is daar dan de genadeslag van de arts: u hebt Alzheimer. Meestal gevolgd door de mededeling: we kunnen niet veel meer voor u betekenen. En dan volgt een zwart gat. Steeds vaker gaat het niet om hoogbejaarden, steeds vaker gaat het ook om mensen van vijftig, zestig of zelfs al van in de dertig. Dit is ontzettend ontgoochelend voor de patiënten zelf en ook voor hun omgeving. Wat dan niet kan, is gesteggel over een casemanager die niet wordt ingekocht of waarvoor wachtlijsten bestaan. Wat dan moet, is dat er een casemanager komt die directe ondersteuning biedt die noodzakelijk is, en die ook de familie en de mantelzorgers ondersteunt. Wat dan moet, is dat de Staatssecretaris niet alleen roept dat de casemanager belangrijk is en voor iedereen beschikbaar moet zijn, maar dat hij dit ook regelt. Wat nu moet, is dat hij toegeeft dat er casemanagers zijn ontslagen en dat er nu een tekort is door de bezuinigingen. Wat nu moet, is dat er naast het actieplan dat

voornamelijk over inhoud en kwaliteit van de functie gaat, gezorgd wordt voor een goede financiering.

Als iemand denkt dat hij dit verhaal eerder heeft gehoord, dan klopt dat. Dit was de inbreng van mijn collega Agema op 6 juli vorig jaar. Er is dus nog helemaal niets veranderd. Het enige wat er gebeurd is, is dat we er weer een team bij hebben. We hebben regietafels, we hebben overlegtafels, we hebben aanjaagteams en we hebben nu ook een signaalteam voor de casemanager dementie. Ondertussen worden nog steeds ervaren casemanagers dementie ontslagen, groeien de wachtlijsten en vallen mensen met dementie en hun familie tussen wal en schip. Zorgaanbieders draaien verlies en willen er zelfs de brui aan geven. Het is eigenlijk heel verdrietig dat de financiering van de casemanagers dementie al vele jaren niet van de grond komt. Ze leveren niet alleen een zo welkome bijdrage aan de zorg voor mensen met dementie en hun naasten, maar bovendien is gecijferd dat ze de zorgkosten met zo'n 100 miljoen kunnen laten dalen. Als we deze zorg overlaten aan de zorgverzekeraars, dan gebeurt er niets en bezuinigen we. Vanaf 1 juni krijgen VGZ-klanten van Brabantzorg een factuur, een factuur voor verzekerde zorg waarvoor ze verplicht verzekerd zijn en dus verplicht betalen via de Zorgverzekeringswet. En dat terwijl er een forse onderbesteding is op het macrobudget van de wijkverpleging. Wat gaat hier mis? Extra ergerlijk is het dat deze ongein een elk jaar terugkerend fenomeen is, zelfs daar waar het stervenszorg betreft. De PVV zegt altijd dat de zeven treden van de ouderenzorg in één hand geregeld moeten zijn, zoals dit tot 2007 geregeld was onder de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Ook de casemanager zou hieronder moeten vallen. Zolang dit niet geregeld is, moet er een hoger tarief komen als we eindelijk naar dat ene tarief gaan. Het moet een vastgesteld tarief zijn, dat niet te korten is door de zorgverzekeraars.

We hebben al jaren ervaring met het werk van de casemanager, dus hoezo zijn er vragen over de invulling van taken, scholing en expertise? Hoezo registraties en datasets? Er zijn nota bene opleidingen tot casemanager. Doen ze daar dan maar wat? Hoezo kan een wijkverpleegkundige dit werk er wel even bij doen? Het is onbestaanbaar dat de zorgverzekeraars iemand een casemanager kunnen ontzeggen, laat staan dat er halverwege het traject wordt gezegd dat het budget op is en dat men de rekening voortaan zelf krijgt of dat men een andere aanbieder moet zoeken. Dit is toch niet de dementievriendelijke samenleving waar deze Staatssecretaris voor staat?

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Voorzitter. Vandaag spreken we over dementie. Wij maken ons veel zorgen over de zorg voor mensen met dementie, omdat wij veel signalen krijgen dat die de afgelopen tijd flink is verslechterd. Het zijn bijvoorbeeld verhalen van mensen die een naaste in een verpleeghuis hebben en zien dat er simpelweg te weinig zorgmedewerkers zijn om adequate en goede zorg te leveren aan een geliefde, vaak met dementie. Voor mensen met dementie die thuis wonen, is het er ook niet altijd beter op geworden. Mensen wonen langer thuis, maar tegelijkertijd zijn de tekorten in de wijkverpleging opgelopen en is de dementiezorg versnipperd. Ketens om goede dementiezorg te waarborgen zijn opgehouden te bestaan of zijn zelfs uiteengevallen. Mensen weten hierdoor vaak niet meer welke ondersteuning ze kunnen krijgen als ze de diagnose dementie hebben gekregen. Nu ligt er een mooi actieplan, maar zoals een aantal van de voorgaande sprekers al zei, is een actieplan alleen papier dat niets verandert. We zijn erg benieuwd naar hetgeen de Staatssecretaris van plan is concreet te doen.

**De voorzitter:**

Ik waarschuw de commissie als we gaan stemmen, maar dat is nu nog niet. Ik controleer het even.

**Mevrouw Marijnissen (SP):**

De NZa stelt in de Monitor contractering wijkverpleging 2017 dat er 300 miljoen te weinig is besteed aan wijkverpleging. Dit is echt een alarmerend bericht voor mensen die langer thuis blijven wonen en daarmee niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Mevrouw Gerbrands refereerde er al even aan en we hebben vorige week geprobeerd om een debat aan te vragen over het feit dat een zorginstelling, in dit geval Brabantzorg, cliënten die verzekerd zijn bij VGZ en die wijkverpleging nodig hebben, zorg weigert. Mensen zullen de zorg moeten voorschieten en krijgen dat geld wellicht terug van de zorgverzekeraar. Zo niet, dan kan men overstappen naar een andere zorgaanbieder. Alsof dat zo gemakkelijk is. Het gaat vaak over continuïteit van zorgverlening. Hoe kan zo iets gebeuren? Wat is de Staatssecretaris van plan hieraan te doen? Daarnaast wijst het rapport van de NZa ook op de te krappe tarieven die zorgaanbieders krijgen voor casemanagement dementie. Iedereen gebruikt overigens de term «casemanagement dementie», maar ik vind het een vreselijk begrip. Ze krijgen een uurtarief voor persoonlijke verzorging, terwijl het deskundigheidsniveau hoger ligt. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Hoe ziet de Staatssecretaris dit? In het verlengde hiervan wijs ik, net als een aantal voorgaande sprekers, op de motie-Bruins Slot c.s. die eerder is ingediend, om de zogenaamde casemanager dementie als aparte aanspraak op te nemen. Deze motie is aangenomen maar naar onze mening onvoldoende uitgevoerd. Voert de Staatssecretaris deze motie in het licht van het onlangs verschenen NZa-rapport eindelijk uit?

**De voorzitter:**

Het lijkt wel alsof de woordvoerders als ze staan allemaal binnen de tijd klaar zijn. Dit is een onwerkelijke beleving. We hebben voorafgaand aan dit algemeen overleg contact met elkaar gehad. De heer Van der Staaij heeft een afbeelding van zijn adoptiecliënt – mag ik het zo zeggen? – meegenomen. De commissie heeft toestemming gegeven om deze afbeelding bij het debat te betrekken.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Voorzitter. Het is een mooi initiatief van Patiëntenfederatie Nederland om Kamerleden te koppelen aan een patiënt, zodat zij uit de praktijk de ervaringsverhalen krijgen en horen hoe de politieke beslissingen een terugslag kunnen hebben op het dagelijks leven. Ik ben verblijd met het meest bijzondere cadeau dat ik ooit heb gehad: de 63-jarige Dick Rijkse die vorig jaar de diagnose heeft gekregen dat hij de ziekte van Alzheimer heeft. Hij had in het verleden een leidinggevende functie in de zorg en vindt het prima om op deze manier in beeld te zijn. Hij wil graag zijn verhaal vertellen en voorlichting geven over de effecten van Alzheimer. De gesprekken met hem zijn tot nu toe buitengewoon nuttig en het is fijn om die hier te delen.

Het eerste waar ik tegenaan liep, is dat Kamerleden direct denken aan zorg en alles wat geregeld moet worden. Het begon bij hem echter al in winkels. Kun je je spullen gemakkelijk vinden? Wordt er heel erg meege-dacht of is het heel lastig om die hulp te krijgen? Ik vertelde hem dat er een Programma Samen Dementievriendelijk is om een dementievriendelijke samenleving te realiseren, dat er juist oog voor heeft dat het niet alleen gaat om beslissingen vanuit de zorg, maar ook om die vanuit het bedrijfsleven en de maatschappelijke organisaties. Welke mogelijkheden ziet de Staatssecretaris om de dementievriendelijke samenleving verder vorm te geven en hierin een aanjagende rol te vervullen?

Dick gaf aan dat hij en heel veel anderen in toenemende mate moeite hebben met organiseren, regelen en afstemmen. Vooral als het wat drukker is dan normaal gaat het stapelen en dan voelt het alsof hij bungelt, zoals hij zegt. Toen we erover doorpraatten, bleek dat hij niet wist dat hij vanuit de Zorgverzekeringswet recht heeft op een casemanager dementie. Ik ben het met mevrouw Marijnissen eens dat het een wat onpersoonlijke term is. «Persoonlijke begeleider» klinkt een stuk prettiger, maar Dick gaf aan dat hij hier helemaal niet mee zat. Het was prima als het zo geregeld was. Hij had deze begeleiding wel in Amersfoort, maar na zijn verhuizing niet meer in Nijmegen. Hij zei dat dit aan hemzelf lag, dat hij het eerder had moeten oppakken, maar het is kenmerkend voor Alzheimer dat het lastig is om dit allemaal weer op de rit te krijgen. Is dit niet een voorbeeld dat moet bevorderen dat bij bijvoorbeeld een verhuizing een warme overdracht plaatsvindt en dat het wordt geregeld, zodat een patiënt niet opnieuw de drempel over moet om een casemanager te regelen? Hoe komt het dat de inkoop van individueel casemanagement nog steeds zo stroef verloopt, dat de tarieven vaak te laag zijn en dat lang niet alle geboden begeleiding voldoet aan de Zorgstandaard Dementie?

Een ander punt dat Dick uit de praktijk naar voren wil brengen, is dat onder de mensen gaan lastiger wordt. Dagopvang is voor hem in deze fase nog een brug te ver, zeker omdat het aanbod van gemeenten nog niet is afgestemd op zijn beginnende Alzheimer. Hoe kan de Staatssecretaris gemeenten stimuleren om ook voor jongere mensen met beginnende Alzheimer meer activiteiten aan te bieden, die aansluiten bij de fase van de ziekte? Ook het vervoer wordt een steeds groter probleem. Bij alles wat iemand onderneemt of bij alles wat wordt aangeboden, is de vraag hoe hij er komt. Het werkt als een belemmerende drempel. Welke mogelijkheden zijn er voor mensen met beginnende Alzheimer om mee te kunnen doen in de samenleving, maar ook hulp te krijgen bij het vervoer?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter. We denken allemaal wel eens na over de vraag hoe het zou zijn als je vader, moeder of misschien jijzelf getroffen wordt door dementie. Sommigen van ons hebben er misschien in hun omgeving al mee te maken. Dit is een verdrietige gedachte of situatie. We weten dat het ons allemaal kan overkomen, want dementie komt helaas steeds vaker voor. Als je op tijd goede zorg en ondersteuning krijgt, kun je gelukkig nog lang in je eigen huis blijven wonen. Dan moeten die zorg en ondersteuning er wel zijn, nu en in de toekomst. In het geval van dementie spreken we over casemanagement: hulp en ondersteuning van de dementerende en zijn of haar omgeving, vanaf de diagnose tot aan het moment van verhuizing naar een verpleeghuis of overlijden. Het is een vorm van zorg waarvoor specialistische kennis vereist is. Dit maakt deze vorm van zorg duurder dan het integrale tarief wijkverpleging nu lijkt te dekken. Ditzelfde geldt voor palliatieve zorg en bepaalde vormen van wondverzorging. Hier komt bij dat tarieven worden bepaald op historisch gebruik. In een vergrijzende samenleving, waarin de zorgvraag ook nog eens steeds complexer wordt, zet dit mogelijk druk op de toekomstige financiering. De VVD deelt de analyse van de NZa op dit punt.

De VVD wil geenszins terug naar de situatie van een paar jaar geleden, toen de wildgroei aan tarieven het werken voor wijkverpleegkundigen heel moeilijk maakte. We blijven voorstander van zo min mogelijk tarieven, maar voor specialistische vormen van wijkverpleging moeten we wel realistisch zijn en de vraag stellen of dit kan binnen het integrale tarief. Die vraag stellen, vraagt ook iets van aanbieders. Zij zullen inzichtelijk moeten maken welke vormen van wijkverpleging zij aanbieden en met welke kwaliteit. Ook hier kan de VVD zich goed vinden in de opmerkingen van de NZa. Deelt de Staatssecretaris de conclusie van de NZa dat het huidige tarief mogelijk knelt en dat meer inzicht in de vormen



van wijkverpleging en de kwaliteit ervan nodig is? Is hij bereid de aanbeveling van de NZa op dit punt over te nemen en bijvoorbeeld afspraken te maken in het bestuurlijk overleg hierover? Zo ja, hoe kan dit vervolgens worden meegenomen in de inkoopcriteria voor volgende jaren?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik zit in de dode hoek van mevrouw Hermans. Ik heb een vraag over casemanagement dementie. Wij krijgen heel veel signalen dat deze zorg vaak niet fulltime wordt verleend, maar dat het verpleegkundigen zijn die het ernaast doen en die ook niet allemaal meer voldoen aan de eisen die eerder werden gesteld. Is de VVD het met D66 eens dat het juist belangrijk is dat dit specialisme behouden blijft en dat dit een oproep aan de Staatssecretaris is, kijkend naar het rapport van de NZa, om dit streven mee te nemen?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Het is een specialistische vorm van zorg, zo noemde ik het. Het is speciale expertise waarvoor je apart moet worden opgeleid of bijgeschoold. Je kunt het er niet zomaar bij doen. De aanspraken zijn een aparte discussie, maar de VVD vindt deze vorm van zorg belangrijk, juist omdat die zo belangrijk is voor de dementerende en zijn of haar omgeving, om zo lang mogelijk het leven te kunnen blijven leiden wat men leidde en waar men nu met bepaalde beperkingen zo lang mogelijk mee wil doorgaan. Dus ja, de kennis en expertise moeten behouden blijven.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben blij met de reactie van de VVD. Ik denk dat mevrouw Hermans terecht aangeeft dat zorgaanbieders een verantwoordelijkheid hebben om transparant te zijn over de dienstverlening. Het is ook belangrijk dat zij aangeven dat deze specialiteit blijft bestaan. Het is een verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris, maar ook van de NZa en de zorgaanbieder om dit specialisme te behouden. Het kan niet zo zijn dat mensen het er maar naast doen. Dan verliezen we een heel mooi instrument dat we vroeger hadden.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Daarom zeg ik dat het zo belangrijk is en dat wij de opvatting van de NZa delen dat aanbieders transparant moeten maken welke vormen van wijkverpleging, en daar valt dit dan onder, zij verlenen en met welke kwaliteit. Niet iedere kwaliteit is goede zorg.

Ik ga even door op de kwaliteit. Ongeveer een jaar geleden zijn we het actieplan voor casemanagement gestart. Dat programma zou tien maanden duren en lijkt nu stiekem wat langer door te gaan lopen. Wanneer is de afronding gepland en is dan echt alles wat we hebben afgesproken klaar? We gaan ervan uit dat dit gewoon binnen de afgesproken financiële kaders gebeurt.

In dit kader ook nog iets over het onderzoeksprogramma Memorabel. De Staatssecretaris schreef in zijn brief dat het de bedoeling is dat naast de publieke middelen die vanuit de rijksoverheid beschikbaar zijn gesteld, in het programma naar aanvullende private financiering wordt gezocht. Lukt dat inmiddels?

Tot slot iets over de bewustwording. We spraken daar vanochtend ook over. Mensen met dementie wonen gelukkig steeds langer thuis, in hun eigen omgeving. Dat vraagt iets van ons, van de samenleving. Daarom is het goed te zien dat er mooie initiatieven ontstaan. Zo is er een grote supermarktketen die zijn medewerkers leert om de signalen van mensen met dementie te herkennen en die mensen te helpen met het in hun karretje laden van alle boodschappen op hun boodschappenlijstje. Of een busbedrijf dat zijn chauffeurs traint dat ze mensen met dementie bij de

deur ophalen en afleveren op hun eindbestemming. Het zijn slechts twee voorbeelden en er gebeurt nog veel meer. Dementievriendelijk worden we niet van vandaag op morgen, dat realiseer ik me heel goed, maar laten we aan al die mooie initiatieven een voorbeeld nemen.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter. Casemanagers, daar hebben we het vooral over vanmiddag. Ze zijn speciaal opgeleid om mensen met dementie en hun mantelzorgers de weg te wijzen in het oerwoud van de systemen en hen bovendien te ondersteunen. Om te bewerkstelligen dat er voldoende en passend casemanagement beschikbaar is voor iedereen die dat nodig heeft, wordt gestreefd naar een eenduidig inkoopbeleid door zorgverzekeraars. 50PLUS wil graag precies weten wat onder eenduidigheid wordt verstaan. Wie bepaalt dat? Hoe wordt geborgd dat er daadwerkelijk voldoende casemanagement wordt ingekocht tegen een reëel tarief? Die vraag is al eerder gesteld en 50PLUS stelt hem ook. We hebben namelijk al veel te vaak gehoord dat halverwege het jaar cliënten te horen krijgen dat er geen wijkverpleging meer mogelijk is. Casemanagement is een specifieke verpleegkundige deskundigheid waarop niet bekribbeld mag worden. We hopen dan ook dat de Staatssecretaris bereid is om in gesprek te gaan met verzekeraars om te bevorderen dat voortaan tegen een reëel tarief wordt gecontracteerd en om de beschikbaarheid van casemanagement te borgen. Is hij bereid om, als dit nodig blijkt, het actieplan casemanagement te verlengen?

Als het gaat om dementerenden die alleen thuis wonen, is er een hiaat in de keten. We krijgen signalen van wijkverpleegkundigen dat heel veel alleenwonende dementerenden vergeten te eten. Tot 25% van de thuiswonende ouderen met thuiszorg is dan ook ondervoed. Dan gaat het niet om een maaltjidservice, want dat soort instanties bestaat al, maar om het feit dat mensen vergeten om de maaltijd op te eten, om even een boterhammetje te maken. De wijkverpleegkundigen doen dat er nu vaak even bij. Ze zetten wat in de magnetron of dekken de tafel, maar dat is eigenlijk niet hun taak en het gaat van zorg voor anderen af. Die hulp bij voeding is volgens 50PLUS echt een hiaat in de keten waar extra aandacht naartoe moet.

Passende en voldoende dagbesteding voor dementerende ouderen, we hebben het vanmorgen ook al gezegd, is haast letterlijk van levensbelang, ook voor hun mantelzorgers. Uit de Dementiemonitor blijkt dat door de bezuinigingen en de eigen bijdrage mensen hier minder aan kunnen deelnemen. 50PLUS vindt dat heel erg, want het is ontzettend belangrijk. We willen dat de Staatssecretaris borgt dat er voldoende en betaalbare dagbesteding en vervoer daarnaartoe beschikbaar is en blijft. Daarvoor moeten we de eigen bijdrage beperken, want kosten mogen nooit de reden zijn om van zorg af te zien.

We zijn heel blij dat we bijdragen aan het onderzoek Memorabel, zodat we meer te weten komen over de oorzaken van dementie en de manier waarop preventie kan worden toegepast. Daar moeten we echt op inzetten. Uit onderzoek blijkt, niet voor het eerst, dat gezond leven voor vijftigers en zestigers de kans op ontwikkeling van dementie sterk verkleint.

Tot slot kom ik op het personeel in de verpleeghuizen zelf. We weten dat daar onvoldoende van is. Dat hoeft echt niet altijd hoogopgeleid personeel te zijn. Het gaat bij mensen met gevorderde dementie vooral om aandacht. We hebben een tijdje geleden discussies gehad over plascontracten. Iemand die vergeet dat hij tien minuten geleden nog naar de wc is geweest, heeft gewoon behoefte aan aandacht. Dat moet je kunnen geven, met zo'n persoon moet je even gaan zitten, die moet je even meenemen naar de tafel en diens aandacht op iets anders vestigen. Daar gaat het om. Door de oplopende administratie en de korting van uren komen mensen in het verpleeghuis steeds meer aandacht tekort. Uit

eigen ervaring weet ik dat toen ik nog vaak het verpleeghuis binnenkwam, de verzorger achter de computer de formulieren zat in te vullen en oma achter de rollator door het pand liep te dolen. Nogmaals: aandacht is van groot belang voor deze mensen. Die hoeft niet door hoogopgeleide verpleegkundigen gegeven te worden. Is de Staatssecretaris dit met ons eens? Hoe wil hij dit gaan oplossen?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. Het is voor mij de eerste keer dat we staan. Ik doe mijn jasje maar dicht. Als je blijft zitten, hoeft dat niet.

Dementie is bij heel veel mensen een ziekte die gigantisch ingrijpt. Ik zag gisteravond een filmpje dat een mooie kant liet zien: een Amerikaanse zoon die samen met zijn demente moeder het liedje uit zijn jeugd zong. De moeder was dement, maar wist de grepen op de gitaar nog. Dat zijn natuurlijk de mooie momenten, maar daarnaast zijn er de verdrietige momenten en dan komt de casemanager dementie in beeld. Mijn collega Bruins Slot heeft een motie aangenomen gekregen die inhield dat de casemanagers dementie als aparte aanspraak in de wijkverpleging moesten worden opgenomen. Een aparte aanspraak is het niet geworden, maar het werd wel monitoren, onderzoeken en in de gaten houden. Wat levert dit op?

Het is moeilijk om inzicht te krijgen in de wachtlijstproblematiek, stelt de Staatssecretaris. Maar in vijf regio's is de wachtlijst langer dan honderd mensen, blijkt uit de uitvraag van oktober 2016. Een derde van het totale aantal ketens heeft een wachtlijst. Dat zijn er te veel. Juist in het begin heeft men praktische ondersteuning en een wegwijzer nodig. Hoe kan de Staatssecretaris organiseren en regelen dat deze wachtlijsten verminderen en dat binnen een bepaald tijdbestek in positieve zin op het verzoek van een casemanager gereageerd wordt?

Vervolgens blijkt uit de rapportage van het signaalteam casemanagement – collega Gerbrands constateerde net dat er een nieuw soort werkgroep is – dat in de maanden januari en februari 2017 het aantal signalen terugloopt en dat wordt bekeken of en hoe er na de zomer verder wordt gegaan.

De **voorzitter**:

Dat is de stemmingsbel. Dat betekent dat we schorsen om de leden de gelegenheid te geven te gaan stemmen. We keren zo snel mogelijk weer terug.

De vergadering wordt van 14.12 uur tot 14.21 uur geschorst.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik stopte net met praten bij het gedeelte in mijn spreektekst waar stond: is dit stilte voor de storm? Toeval bestaat niet. Ik had het over het signaalteam dat aangaf dat in januari en februari 2017 de signalen over wachtlijsten terugliepen. Maar als ik de monitoring van de NZa over de contractering van de wijkverpleging lees, kom ik tot de conclusie dat het stilte voor de storm is. Weliswaar bijna alle verzekeraars kopen casemanagement dementie in, maar dat is een integraal onderdeel van de wijkverpleging. Er wordt een integraal uurtarief vergoed, maar dat ligt rond of lager dan het tarief voor persoonlijke verzorging, terwijl casemanagement dementie geleverd zou moeten worden door een hbo-verpleegkundige. Dit kan niet uit.

Zolang de vraag naar casemanagement dementie vergelijkbaar is met voorgaande jaren is er geen probleem. Maar de vraag neemt toch toe vanwege de vergrijzing? Het tarief voor persoonlijke verzorging is niet kostendekkend. Hoe ziet de Staatssecretaris dit? Het totaal aantal gecontracteerde aanbieders voor ketenzorg dementie is hoger in 2017 dan in 2016. Ten slotte bestaat het risico dat samenwerking tussen zorgaan-

bieders of tussen de domeinen van de gemeenten of de andere domeinen in de Zorgverzekeringswet verloren gaat, doordat zorgverzekeraars deze zorg op een verschillende manier inkopen. Kortom: de motie ligt er nog steeds, er zijn wachtlijsten en ook in 2017 is het zeer de vraag of het betaalde tarief voldoende is om kwalitatief goede casemanagers dementie op pad te sturen. Dit heeft alles in zich om ernstig mis te gaan. Niet systeemtechnisch, want dat klopt vaak wel, maar in het leven van mensen met dementie en hun familie en mantelzorgers. Hoe komen we hieruit? Moet de Staatssecretaris niet eens gebruikmaken van zijn bevoegdheid in de Wet marktordening gezondheidszorg om de Zorgautoriteit een aanwijzing te geven om regels te stellen voor de casemanager dementie en misschien zelfs een minimumtarief vast te stellen? Graag een reactie van de Staatssecretaris.

**De voorzitter:**

De Staatssecretaris heeft aangegeven meteen te kunnen antwoorden, want hij heeft onze schorsing goed kunnen gebruiken. Hij was ook dermate goed voorbereid dat het in een keer door kan.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Voorzitter. Het is vooral goed dat je niet geïnterrupteerd wordt. Dat lijkt me een goede gewoonte om vast te houden. Ik zal een aantal algemene notities geven over de programma's waarmee we bezig zijn, inclusief de dingen waar ik tevreden en niet tevreden mee ben. Daarna heb ik nog een aantal algemene blokjes waarin ik toekom aan de vragen van de Kamerleden.

Het is goed om weer, en dat zal in de toekomst zo blijven, te spreken over de verbetering van onze dementiezorg. De vraag naar dementiezorg zal de komende jaren steeds verder stijgen. Dat is deels het gevolg van onze vergrijzing en deels van toenemende complexe zorgvragen. Diverse leden hebben al gezegd dat dementie een grote impact heeft op mensen en hun families. Het is misschien nog wel breder: het heeft ook gevolgen voor de Nederlandse samenleving en de gezondheidszorg. We moeten niet alleen naar de zorgkant kijken, maar ook naar wonen, vervoer en mobiliteit. Het is een vraagstuk dat veel verder gaat dan alleen de gezondheidszorg.

Vandaar dat we enige tijd geleden het Deltaplan Dementie zijn gestart, dat eigenlijk uit drie pijlers bestaat: het onderzoeksprogramma Memorabel, de dementievriendelijke samenleving en het verbeteren vanuit de zorg door het programma Dementiezorg voor elkaar. Ik zal er straks op ingaan. Daarnaast zijn alle partijen het actieplan casemanagement begonnen. Ik ga eerst in op het actieplan casemanagement. Komend vanuit een situatie waarin casemanagement op heel veel verschillende manieren en op heel veel plekken in het land anders was gefinancierd, was en is het de doelstelling om op vrij korte termijn verbeteringen door te voeren, zodat knelpunten concreet en in de regio worden opgepakt. We zijn nu bijna een jaar na de start van het programma. Er is veel bereikt, maar er zijn drie punten waar ik niet tevreden over ben en die echt beter moeten.

In de eerste plaats, de Kamer noemde het, zijn er de wachtlijsten. Het eerste beeld van de wachtlijstproblematiek hebben we begin dit jaar gekregen en sindsdien worden zes regio's met te lange wachtlijsten actief ondersteund door het landelijk actieteam. Het beeld is dat de wachtlijsten in de regio's teruglopen, maar dat het onvoldoende is om te kunnen bezien of dit ook een duurzame ontwikkeling is. Ik wil zicht blijven houden op de wachtlijstontwikkeling en heb de Zorgautoriteit gevraagd om de wachtlijsten specifiek voor dementie structureel te monitoren. Dit in antwoord op de vragen die door de Kamer zijn gesteld. Ik zorg ervoor dat de regio's met grote wachtlijsten ook na 1 augustus gebruik kunnen maken van de ondersteuning van het landelijk actieteam, dat nu al succesvol is.

Er is sprake van een samenspel van een aantal factoren. Soms is er regionaal sprake van een grotere vraag, bijvoorbeeld in de Gooi- en Vechtstreek waar dingen bij elkaar komen, soms is er te veel discussie over de vraag wie wat doet en hoe de Zorgstandaard Dementie geïnterpreteerd moet worden. Soms is er te weinig transparantie over het zorgaanbod en de wachtlijsten, zodat zorgaanbieders en -verzekeraars van elkaar niet weten waar wachtlijsten zijn en waar niet en waar wel met zorgbemiddeling gezorgd kan worden dat dingen worden opgelost. Kortom: het gaat de goede kant op, mede door de acties van het actieprogramma, maar het is niet genoeg. Ik heb de Zorgautoriteit gevraagd om het formeel te monitoren.

In de tweede plaats moet de financiering goed geregeld zijn. Veel leden hebben daar opmerkingen over gemaakt. Er zijn twee dingen waar een balans in gevonden moet worden. Aan de ene kant blijkt uit de NZa-monitor dat aanbieders ontevreden zijn over de inkoop van casemanagement. Het gaat heel vaak over de tarieven. Aan de andere kant is er de discussie, ook in de Kamer, over de vraag wat de beste manier is om tot bekostiging van wijkverpleging en casemanagement te komen. Er was een brede voorkeur om zo veel mogelijk te werken met één tarief. Het punt is dat als we met één tarief werken, het gaat om de mix die daaronder zit. Bij de ene aanbieder zal dit veel wijkverpleging en persoonlijke verzorging zijn en leidt dit tot een ander tarief dan bij de andere aanbieder, die misschien weer veel casemanagement heeft en dus tot duurdere vormen en duurdere bekostiging komt. Er wordt geprobeerd om te komen tot één tarief. Tegelijkertijd worden aan dat tarief eisen gesteld die afhankelijk zijn van de zorgmix die de zorgaanbieders hebben. Er zijn inmiddels betere afspraken gemaakt. Het is belangrijk dat alle zorgverzekeraars casemanagement en ketenzorg inkopen conform de Zorgstandaard Dementie. De verzekeraars hebben daar afspraken over gemaakt, maar het is zaak om de daad bij het woord te voegen. Ook op dit punt heb ik de Zorgautoriteit gevraagd om gedurende het contracteerproces toezicht te houden op het nakomen van de afspraken en in het zorginkoopproces van 2018 op dit specifieke punt te monitoren. Het is heel belangrijk dat we de twee doelstellingen met elkaar proberen te verenigen: vereenvoudiging, één tarief en zo min mogelijk administratieve lasten en een toereikend tarief dat ervoor zorgt dat er verschillende zorgmixen bij zorgaanbieders zijn. Het vereist overigens ook enige assertiviteit van de zorgaanbieders. We komen uit een situatie waarin niet zo vaak onderhandelingen over het tarief plaatsvonden. Nu wordt van zorgaanbieders veel meer gevraagd. Ze moeten weten wat de casemix is, wat dit betekent voor de kosten, en welke tarieven nodig zijn, zodat een goed gesprek met de zorgverzekeraar kan worden gevoerd.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Het is echt een fantastisch verhaal met een ondertoon dat het allemaal wel goed komt, maar de Staatssecretaris zegt niets over bizarre tariefkortingen die bij zorgaanbieders worden afgedwongen. Er wordt gezegd dat casemanagement niet vergoed wordt en maar door de verpleegkundige gedaan moet worden. Dat soort signalen krijg ik en ik denk mijn collega's ook. Daar hoor ik de Staatssecretaris niet over. Een gedeelte van de wachtlijsten komt natuurlijk doordat men dit soort zorg niet wil betalen. Ik wil daar graag wat meer over horen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dan komen we bijna automatisch op mijn derde punt, namelijk de vraag of er genoeg consensus is over de praktische invulling van casemanagement. Het antwoord is dat die er helemaal niet is. In de praktijk zijn er heel veel verschillende werkmodellen ontstaan, variërend van een heel gespecialiseerde casemanager die er is gedurende het gehele ziekteproces tot een generalistische wijkverpleegkundige die op de achtergrond

door een specialist gecoacht wordt. Er zijn heel veel verschillende modellen en dat levert veel discussie op, naar mijn smaak te veel, over de vraag hoe casemanagement op een generalistische of specialistische manier moet worden uitgevoerd. Er zijn allerlei bijeenkomsten georganiseerd waarin wijkverpleegkundigen en casemanagers met elkaar in gesprek zijn gegaan over de vraag wat nodig is. Ik verwacht en hoop dat dit in de zomer leidt tot een vernieuwd expertiseprofiel en roep de beroepsgroep daartoe op. Dan weten we wat de stand van de wetenschap, van de beroepsgroep, is over de ideeën over een goede uitvoering van het casemanagement. Ten principale is het aan de beroepsgroep zelf om te bepalen welke competenties nodig zijn om tot een goed casemanagement te komen en welke werkmodellen daarop aansluiten.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik heb geen antwoord op mijn vraag gekregen. De Staatssecretaris gaat alleen in op het laatste punt van mijn interruptie en niet op de vragen die ik daarvoor stelde.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik heb net uitgelegd dat bij het vaststellen van het integrale tarief het de vraag blijft, ook in onderhandelingen, of dat voldoende is. Dit heeft te maken met het feit dat we zo veel mogelijk naar één tarief toe willen en dat we ervoor willen zorgen dat dat rekening houdt met verschillen in zorgzwaarte. Ik voorspel dat we daar elk jaar discussie over krijgen. Soms wordt die discussie te veel over de rug van de patiënten en cliënten gevoerd, die er vaak helemaal niets mee te maken hebben. Als we echter zeggen dat we zo veel mogelijk één tarief willen en ervoor willen zorgen dat dat tarief voldoende is voor de zorgzwaarte van een zorgaanbieder, dan zal dat tot differentiatie moeten leiden en niet tot één tarief voor iedereen. We moeten bezien wat in welke situatie bij een zorgaanbieder in de regio nodig is. Tenzij we zeggen dat we het gaan voorschrijven. Daar ben ik geen voorstander van, want de casemix is bij elke zorgaanbieder anders. Het moet leiden tot gesprekken en onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik heb gevraagd naar de relatie tussen de tarieven en de tariefkortingen. De Staatssecretaris zegt dat de zorgaanbieders een rol hebben. Natuurlijk, maar als men wordt geconfronteerd met een zorgverzekeraar die zegt dat men het voor 75% van het tarief moet doen omdat de zorg anders niet gecontracteerd wordt, dan kan men niet veel anders. Dat zijn dingen die gebeuren. We kunnen daarover zwijgen, maar het gebeurt wel. Daar zijn uiteindelijk de patiënten de dupe van. Wat gaat de Staatssecretaris daaraan doen? Misschien het is wenselijk om wel vaste tarieven te hanteren, zodat dit soort misstanden niet plaats kan vinden.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

In zijn algemeenheid is het best goed als er discussie plaatsvindt over de vraag wat de hoogte van het tarief moet zijn. In de praktijk is er een enorme variatie tussen verschillende zorgaanbieders. Dat kan zijn verklaring hebben in het feit dat er een verschil in zorgzwaarte is. Dan is dat prima te verklaren en moet dat gehonoreerd worden. Het kan ook zijn verklaring hebben in het feit dat de zorg verschillend georganiseerd is, dat er overhead of geen overhead is en dat die klein of groot is. Het is verstandig om niet met elkaar in Den Haag te bepalen wat het tarief is, maar ervoor te zorgen dat partijen in de regio aan tafel zitten en rekening houden met de verschillen in zorgzwaarte en de doelmatigheidsvragen, die ook heel belangrijk zijn. We moeten niet in zijn algemeenheid zeggen welk tarief goed of slecht is. Het is belangrijk dat zorgaanbieders en -verzekeraars in een volwassen relatie met elkaar tot goede onderhande-

lingen komen over de vraag wat goede tarieven zijn. Dat moet nog groeien, want de sector is dat niet gewend. Het is voor mij reden om de Zorgautoriteit zowel ten aanzien van de ingekochte kwaliteit en de wachtlijsten als ten aanzien van de prijs te vragen om gedurende het inkoopproces scherper op te letten dan tot dusver het geval was.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Er gebeurt iets raars. De Kamer heeft meerdere debatten over dit onderwerp gevoerd en de Staatssecretaris gewaarschuwd dat hij op moest passen dat er discussie zou gaan plaatsvinden over de vraag wat een casemanager is. Er is een mooi model waaruit blijkt dat het een specialisatie op hbo-niveau is. Nu zegt de Staatssecretaris: verdikkeme, er is onduidelijkheid over. Had de Staatssecretaris dit niet kunnen voorkomen? In aanvulling op de vraag van de PVV over het tarief en op wat mevrouw Hermans aangeeft: de NZa heeft een aantal waarschuwingen gegeven. Die zegt: er is het risico dat de zorgvorm vraagt om een hoog deskundigheidsniveau en het tarief niet kostendekkend is wanneer regelmatig een hbo-verpleegkundige moet worden ingezet. Het is prima dat de Zorgautoriteit gaat monitoren, maar wat gebeurt er op de korte termijn?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

De Zorgautoriteit zal erop moeten letten dat de ingekochte zorg van een kwalitatief goed niveau is, de zorgstandaard, en dat er tarieven ontstaan die voldoende zijn om tot een kwalitatief goede invulling van de zorgstandaard te komen. Er zijn twee problemen die daarbij opgelost moeten worden. Enerzijds zijn alle partijen het erover eens dat het prima is dat er een zorgstandaard is, maar dat die tamelijk veel interpretatieruimte overlaat. Ik wil eigenlijk tot een nieuwe zorgstandaard komen. Anderzijds is er de vraag wat het goede kostprijsniveau is, omdat die van zorgaanbieder tot zorgaanbieder verschilt. Naar aanleiding van de motie waarover ik de Zorgautoriteit advies heb gevraagd, waarschuwt zij ook dat men op moet passen met de aparte aanspraak. Die helpt niet omdat hij leidt tot meer bureaucratie en registratie en tot te weinig differentiatiemogelijkheden, die er in het land wel zijn.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

De Staatssecretaris vertelt een mooi verhaal. Het is mooi dat de Zorgautoriteit gaat monitoren, maar wat doen we op de korte termijn? De NZa concludeert een aantal dingen waarop de Staatssecretaris nu al actie kan ondernemen. Wat gebeurt er met de aanbevelingen van de NZa?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Als de Zorgautoriteit op die twee punten actiever is, kijken of er voldoende wordt ingekocht en of het tarief wat bepaald wordt voldoende is om tot die kwalitatief goede inkoop te komen, zal zij als er knelpunten zijn ingrijpen. De Zorgautoriteit zal dit, gelet op de bevoegdheid om de verzekeraar aan te spreken op de zorgplicht, ook doen. Dat is de reden waarom we de Zorgautoriteit gevraagd hebben om scherper te kijken naar de wachtlijsten en de tarieven.

De **voorzitter**:

Een slotopmerking, mevrouw Bergkamp?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ook nog een slotopmerking? Het bevalt me steeds meer, deze manier van debatteren.

De Staatssecretaris zegt dat men goed gaat kijken naar de profielen en dat het aan de beroepsgroep is om daar eisen aan te stellen. Maar er is nu al

heel veel bekend. Waarom gaan we monitoren en discussiëren als we nu al weten dat het verkeerd gaat? Die logica snap ik niet.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Ik zei net dat als er discussie is over de zorgstandaard, en ik constateer dat die er is, ik die zo snel mogelijk beslecht wil hebben. Dit staat nog even los van de langetermijnkwesties over de manier waarop we denken over de dementiezorg van de toekomst. Wat mij betreft wordt het nieuwe expertiseprofiel versneld geactualiseerd en is dat al bij de zorginkoop voor 2018 klaar. Ik heb al met de verzekeraars afgesproken dat er een zorgstandaard is en dat ze al weten wat ze kunnen inkopen. Kennelijk is er nog veel interpretatieruimte. Ik wil die versmallen door de beroepsgroep te vragen om met een aangescherpt expertiseprofiel te komen. Dat hebben we dan hopelijk begin 2018 klaar, nog los van het werk aan de zorgstandaard in zijn algemeen en op de langere termijn.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Mijn twee collega's zeiden net dat het een mooi verhaal is. Als je het negatiever wil zeggen, heeft het iets in zich van pappen en nathouden. Als we kijken naar wat er aan de hand is, dan blijkt uit de monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit dat er weliswaar wordt ingekocht, maar tegen een tarief dat past bij persoonlijke verzorging. Omdat casemanagement dementie door iemand met een hbo-opleiding gedaan wordt, komt men niet uit. Dat is de korte samenvatting. Dan kan de Staatssecretaris wel zeggen dat de zorgverzekeraars in gesprek moeten gaan, maar uit een ander rapport van de Zorgautoriteit weten we dat zorgverzekeraars nog niet allemaal inkopen op basis van kwaliteit, om het zachtjes uit te drukken. Waarom komt de Staatssecretaris niet tot een minimumtarief?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Omdat, zoals ook staat in het advies van de Zorgautoriteit, een minimumtarief zo zijn nadelen kent. Een minimumtarief wordt heel snel het maximumtarief. Als we tot zo weinig mogelijk tariefdifferentiatie willen komen, is de consequentie daarvan dat we bij de bepaling van dat tarief rekeninghouden met de zorgmix van de zorgaanbieder. Dat proces moet scherper. Ook zorgverzekeraars kunnen niet voor iedereen een tarief bedenken, want dan zullen we zien dat de een niet uitkomt en de ander wel. De zorgverzekeraars zullen moeten leren om per zorgaanbieder, per regio te bekijken wat er nodig is en, omgekeerd, zich bewust moeten zijn van de cliënten die ze in huis hebben, de casemix waarmee ze de cliënten moeten bedienen en de tarieven die daarvoor nodig zijn. Dat gesprek dient echt volwassener te gaan verlopen. We komen uit de situatie dat de budgetten zijn vastgesteld en dat we twee keer per jaar keken naar de stand van zaken. Nu komen we tot een veel scherpere benadering van de vraag hoeveel het eigenlijk kost en wat nodig is. Dat gaat met horten en stoten. Wat mij betreft gaat het nog niet goed genoeg, dat heb ik ook aangegeven. Dat is precies de reden waarom ik de Zorgautoriteit, die we daarvoor hebben, heb gevraagd om er scherper op toe te zien.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Er staan 100 mensen op de wachtlijst en iedere dag hoort iemand dat hij dementie heeft. Het duurt allemaal veel te lang. We hebben dezelfde discussie over de huishoudelijke hulp gevoerd. Toen is de Staatssecretaris gekomen tot regels waarmee tot een tarief moet worden gekomen. Daar is een prachtig bedrag voor. Het CDA was overigens geen voorstander van een integraal tarief, juist om de discussie die we nu voeren. Persoonlijke verzorging als hulp bij het douchen is nu eenmaal wat anders dan het begeleiden van iemand met dementie en zijn familie. Aan het vaststellen van een minimumtarief zit een nadeel, dat klopt, aan alles zitten nadelen,



maar dan leggen we in ieder geval op een positieve manier een bodem. Die is nodig, want uit alles blijkt dat we door de bodem zakken.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Die conclusie wil ik nog niet trekken. Er is een Zorgstandaard Dementie op basis waarvan men kan inkopen, maar waar nog veel interpretatieruimte in zit. We komen uit de situatie dat er een budgetonderhandeling plaatsvond en we moeten naar de situatie van prijszonderhandeling. Dat is voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders wettelijk. De Zorgautoriteit zegt dat we op die twee punten moeten letten, maar geeft in zijn algemeenheid ook het signaal dat er niet te weinig dementiezorg wordt ingekocht. We zien overigens dat het geen kwestie van geld is. Sterker nog, er is zelfs sprake van onderuitputting. Het hoeft in die zin dus geen geldkwestie te zijn. Volwassener onderhandelen door partijen die weten wat ze moeten inkopen, wat de kwaliteit is en welke prijs ze moeten vragen, vraagt wat van alle partijen. Dat is precies de reden waarom er voldoende kansen zijn. Ik kom straks nog over mijn randvoorwaarden te praten. De toezichthouder, de Zorgautoriteit, moet zowel qua kwaliteit als qua prijs scherper toezien of het proces beter gaat verlopen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik probeer met de Staatssecretaris mee te denken. Hij wil meer transparantie, een duidelijk expertiseprofiel, zicht op de casemix, dus per aanbieder kijken we naar het tarief dat van toepassing is. Hij benoemt een aantal nadelen van een aparte aanspraak voor casemanagement dementie. Tegelijkertijd zegt de Kamer dat casemanagement dementie onvoldoende wordt gecontracteerd en dat die zorg onvoldoende wordt geleverd. Hoe bouwt de Staatssecretaris de garanties in dat de verzekeraars voldoende casemanagement dementie contracteren?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Dat kun je afleiden uit de wachtlijstdiscussie. Die kan een signaal zijn dat er voldoende dementiezorg wordt ingekocht. Uit de wachtlijstmeting van december blijkt dat er in vijf regio's, mevrouw Keizer noemde dat terecht, wachtlijsten waren met daarop meer dan honderd mensen. Daarvan wordt nu bekeken wat de oorzaak is. Is het omdat er te weinig wordt ingekocht of is er bij alle partijen gewoon te weinig informatie beschikbaar over de vraag waar een wachtlijst is en waar niet? We zien dat in andere delen van de zorg ook; het is niet een probleem dat zich alleen bij de dementiezorg voordoet. Een zorgaanbieder kan een wachtlijst hebben en zeggen dat hij eigenlijk niet meer kan leveren – ik kom zo misschien nog op de casus Brabantzorg – waardoor de discussie over de wachtlijsten plaatsvindt op basis van één aanbieder die zegt dat hij vol zit. Dit wil helemaal niet zeggen dat andere aanbieders geen ruimte meer hebben en dat dit bekend is. Er zou transparantie over de wachtlijsten moeten zijn. Dat is precies de reden waarom ik de Zorgautoriteit heb gevraagd om goed op te letten en te bekijken of er sprake is van wachtlijsten die het gevolg zijn van te weinig transparantie of van het inkopen van te weinig zorg. Dan moet je de verzekeraar gewoon aanspreken op de zorgplicht.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Monitoren is heel belangrijk, maar daarmee lossen we het probleem niet op. We monitoren ons al best wat slagen in de rondte. We moeten meer doen. De Staatssecretaris wijst terecht op de onderuitputting. We weten allemaal dat meerdere verzekeraars, uitzonderingen daargelaten, met reden heel strak contracteren met tarieven die niet altijd voldoende dekkend blijken te zijn, omdat ze belang hebben om uit te komen op een zo laag mogelijke premie. We moeten meer doen dan alleen monitoren. We moeten heel strak toezien en ingrijpen op het contracteerbeleid van de

verzekeraars om ervoor te zorgen dat er daadwerkelijk voldoende casemanagement gecontracteerd is en voldoende zorg aan de mensen geleverd kan worden. Dat is de kern van de zaak. Op welke manier wil de Staatssecretaris ingrijpen om ervoor te zorgen dat de verzekeraars de prikkel krijgen om voldoende te contracteren?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik ben het daarmee eens. Dat is precies de taak van de Zorgautoriteit die op twee dingen moet letten: de zorgplicht, wordt er voldoende zorg ingekocht en krijgen mensen de zorg waar ze recht op hebben, en wordt dat gedaan tegen een prijs die het de zorgaanbieders mogelijk maakt om die zorg te leveren? Op die twee punten heb ik de Zorgautoriteit gevraagd te komen met een scherpe, geen algemene, analyse van waar het fout zit, zodat de toezichhoudende taak heel gericht kan worden uitgeoefend. Dat is precies wat er moet gebeuren, want we hebben het over de taken van de Zorgautoriteit die er gewoon op moet letten dat de zorgplicht van zorgverzekeraars wordt ingevuld. Als die niet goed wordt ingevuld, dan is er het instrumentarium van de Zorgautoriteit.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De Kamer heeft het voorstel om met een aparte aanspraak voor casemanagement dementie te komen heel breed gesteund. Dit komt voort uit de wanhopige situatie dat er te weinig casemanagement gecontracteerd wordt. Daar kunnen nadelen aan zitten, maar dan moet er ook een werkend alternatief zijn. De Staatssecretaris is niet concreet genoeg over de manier waarop de Zorgautoriteit de prikkels introduceert waardoor de verzekeraars en de aanbieders tot de gewenste contractering komen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik weet niet of ik prikkels moet introduceren. Die zijn er de facto al, dat is namelijk de taak van de Zorgautoriteit. De taak van de Zorgautoriteit is structureel erop letten of de zorgplicht wordt ingevuld vanuit twee aspecten: wordt er voldoende zorg ingekocht en wordt er zorg ingekocht tegen een prijs die hoog genoeg is? In beide gevallen kan de Zorgautoriteit ingrijpen als zij van mening is dat dit niet het geval is. Het is niet voor niets dat ik de Zorgautoriteit heb gevraagd dat te doen. Ik verwacht van de Zorgautoriteit dat zij van de zomer met haar plan van aanpak komt om ervoor te zorgen dat het niet alleen maar woorden zijn, maar het ook daadwerkelijk in de praktijk plaatsvindt, onder andere ten behoeve van de zorginkoop voor 2018 die zo langzamerhand in de steigers begint te staan.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Er is veel gezegd over de rol van de zorgverzekeraars in het monitoren, maar de NZa zegt ook expliciet iets over de zorgaanbieders. Die moeten inzichtelijk maken wat zij aanbieden en tegen welke kwaliteit. Ik kan me voorstellen dat dit relevante, zo niet cruciale, informatie is om uiteindelijk goed te kunnen bepalen tot wat voor prijs men moet komen. Vervolgens kan de NZa haar taak uitvoeren door te bekijken of er voldoende en tegen de goede prijs is ingekocht. Ik loop misschien vooruit op antwoorden op vragen die ik daarover stelde in mijn termijn, maar kan de Staatssecretaris aangeven hoe dit element is opgenomen in zijn verzoek aan de NZa om dit proces te monitoren?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat zit er vanzelfsprekend in, want dat is de cruciale informatie die de Zorgautoriteit nodig heeft om de situatie te kunnen beoordelen. De verzekeraar dient te worden aangesproken als er te weinig zorg en tegen een onvoldoende prijs wordt ingekocht. De zorgaanbieder moet aangesproken worden als er onvoldoende transparantie is over de vraag hoeveel cliënten er zijn en over de wachtlijsten en wat dit betekent voor

de kostprijs. Beide elementen zitten in de acties van de Zorgautoriteit, omdat die het anders niet goed kan beoordelen. Die kan nooit eenzijdig naar één partij kijken.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Het gaat verder dan de hoeveelheid cliënten of wat voor soort cliënten het zijn, tenzij de Staatssecretaris doelt op de soort zorg die hen geboden wordt en vraagt of er vraag is naar specialistische vormen van de wijkverpleging waar casemanagement er een van kan zijn, maar ook palliatieve zorg en wondverzorging. Het gaat dus niet alleen om inzage in de grootte van de doelgroep en hoeveel groter die de komende jaren wordt, maar ook om wat aan die groep wordt geleverd.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Het instrument dat we daarvoor hebben en dat verder ontwikkeld moet worden, is de zorgstandaard. Daar kunnen we heel tevreden mee zijn, overigens ook in internationaal opzicht, maar die dient, ook in de toekomst, nog verbeterd te worden door de verbetering van de expertiseprofielen die erin zitten. Naarmate we er sneller in slagen om de zorgstandaard te verfijnen, kunnen we zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders aanspreken en zeggen dat ze moeten leveren volgens de zorgstandaard en gelet op de discussie die we met de beroepsgroep hebben gevoerd. Dat is het instrument waarmee we kunnen meten of er voldoende wordt ingekocht en goed wordt geleverd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De zorgstandaard is klip-en-klaar. Ik heb zelfs een samenvatting voor mij liggen. De casemanager dementie is een «(...) vast aanspreekpunt voor mensen met dementie en hun naasten die in verschillende fasen van het hele traject – van «niet pluis» tot opname of overlijden – de behandeling, begeleiding en steun coördineert en waar mogelijk ook uitvoert.» Daar hebben we geen verdere uitleg bij nodig. De NZa heeft in september vorig jaar al aangegeven dat partijen samen aan de slag gaan om de contractering voor de casemanager dementie op orde te krijgen. We zijn nu negen maanden verder en we weten dat het niet overal goed gaat. Wat heeft de NZa dan nog meer nodig om in te kunnen grijpen zodat die contractering wel op orde is?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Er is in een vrij groot aantal gevallen een samenloop tussen aan de ene kant de zorgbehoeften die voortvloeien uit de diagnose dementie en de ondersteuning die daarvoor nodig is, en aan de andere kant de medische ondersteuning die al dan niet sowieso al plaatsvindt als onderdeel van de wijkverpleging. Er is tamelijk veel discussie, zeg ik maar even neutraal, tussen de vleugel die vindt dat het casemanagement het gehele traject moet regelen en de vleugel die vindt dat als er wijkverpleging aanwezig is, het raar is om twee of drie gezichten in hetzelfde gezin of dezelfde huishoudelijke situatie te brengen, terwijl er eigenlijk afspraken gemaakt moeten worden over de manier waarop je dat met elkaar doet. Er zijn modellen aan het groeien waarin casemanagers en wijkverpleegkundigen samen bepalen welke expertise op welk moment nodig is en hoe men daarin gaat samenwerken. Het Kortenhoefse model is genoemd. Dat geeft aanleiding tot een soort samenwerking tussen casemanagement en wijkverpleging. Dat is een goed voorbeeld, maar in de praktijk is daar nog tamelijk veel discussie over. Dat kunnen we vervelend vinden, maar het is zo.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik snap wat de Staatssecretaris zegt en ik herken de discussie, maar zie wel dat er in de praktijk versnippering in het zorgaanbod is, dat de

kwaliteit niet op orde is, dat de tarieven te laag zijn en dat mensen op de wachtlijst staan. De discussie is gaande, maar in de praktijk gaat het in de uitwerking niet goed. Mensen die zorg nodig hebben zijn nu de dupe. Ik vraag de Staatssecretaris om voortvarender op te treden. De commissie VWS praat hier al zo lang over. Er is in de commissie ook helemaal geen discussie over dit thema. Iedereen vindt het belangrijk. Dan is het toch een keer tijd om knopen door te hakken?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Daar hebben we in de zorg, zeker in de wijkverpleegkundige zorg, nu juist een wettelijk mechanisme voor in het leven geroepen dat ervoor moet zorgen dat dit soort processen goed gaat als er knelpunten zijn. Daarom hebben we de Zorgautoriteit, die zorgverzekeraars of zorgaanbieders erop kan aanspreken als de zorgplicht onvoldoende wordt ingevuld. De Zorgautoriteit kan heel specifiek op de knelpunten acteren. Hetzelfde geldt in financiële zin als de tarieven ontoereikend zijn. Het actieplan is prima en er zijn mooie dingen mee bereikt. We moeten echter specifieker per regio bekijken waar het goed en niet goed gaat, zodat de Zorgautoriteit haar toezichthoudende functie kan uitoefenen. Dat zijn we aan het doen.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Vergeef me mijn ongeduld, maar het gaat hier over mensen met dementie die zorg en ondersteuning nodig hebben. Wanneer zijn de wachtlijsten weg? Wanneer zorgen we ervoor dat iedereen die een beroep doet op casemanagement dementie daar toegang toe krijgt? Ik heb vanmorgen in het debat aangegeven dat 20% van de mensen met dementie gebruik maakt van casemanagement. Heel veel mensen krijgen het nog niet eens aangeboden. Als het allemaal goed gaat lopen, wordt er nog een veel groter beroep op casemanagement dementie gedaan. Als we er nu al zo veel discussie over hebben, zie ik het somber in. Ik hoop dat de Staatssecretaris mij kan geruststellen.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Dat is de reden waarom we niet alleen een actieprogramma hebben. We hebben niet alleen discussie over het vernieuwen van de zorgstandaard, maar ook over de vraag op welke manier we de dementiezorg in de toekomst vormgeven. Het gaat niet alleen over wijkverpleging en casemanagement, maar ook over de dementievriendelijke samenleving en op welke manier gemeenten er meer bij betrokken worden. Ik kom daar nog op. Het is een vrij breed programma waarin niet alleen naar de kortetermijnvraagstukken wordt gekeken. Via het actieplan bekijken we de kortetermijnproblemen. Als die er zijn, bekijken we op welke manier we die oplossen, zoals de wachtlijsten en de tarieven. De Zorgautoriteit is ingeschakeld. De zorgstandaard wordt verfijnd en vernieuwd. We bekijken of de zorgstandaard in de toekomst nog steeds voldoet aan de toenemende eisen. Gelet op de groeiende behoefte en de groeiende aantallen mensen die een beroep op de dementiezorg doen, krijgen we te maken met arbeidsmarkt- en kwaliteitsvraagstukken. We moeten bekijken of er in de toekomst voldoende middelen zijn om daaraan tegemoet te komen. Wat mij betreft is het niet klaar met het actieprogramma.

**De voorzitter:**

Ik zie mevrouw Gerbrands aangeven dat ze een vraag heeft. We doen twee interrupties en u had al een interruptie op dit punt, dus dan bent u uw interrupties al kwijt.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Ik had er maar twee zojuist, waarbij ik alleen maar heb verduidelijkt. Ik heb dus eigenlijk maar een halve interruptie gehad. Als we daarover gaan zeuren, kan ik dat natuurlijk ook.

Iedereen heeft geïnterrupteerd en iedereen vindt hetzelfde. Volgens mij kunnen we de NZa een paar vrije dagen geven. Het probleem is dat de zorgverzekeraars een te laag tarief hanteren, waardoor zorgaanbieders zich genoodzaakt voelen om gediplomeerde, ervaren casemanagers te ontslaan en tegen de wijkverpleegkundigen te zeggen: doe jij het er maar bij. Er zullen ongetwijfeld een heleboel wijkverpleegkundigen zijn die dat hartstikke goed kunnen en die dat ook willen, maar niet iedereen. Daardoor krijg je een differentiatie tussen of er een hbo-casemanager nodig is of dat de wijkverpleegkundige het kan doen. Deze differentiatie is ontstaan doordat we de hele zoi naar de zorgverzekeraars hebben overgeheveld en omdat er te weinig betaald wordt. De Staatssecretaris zit eromheen te draaien. Iedereen vraagt ernaar. Mevrouw Dik-Faber las zojuist op aan welke eisen de casemanager moet voldoen. De casemanager moet vanaf het niet-pluisgevoel tot aan overlijden ... De casemanager is degene die de wijkverpleging inschakelt als het nodig is. Er wordt niet gewacht tot de wijkverpleging er is, zodat vervolgens het een en ander kan worden gemanaged. Ik word er echt ongelooflijk kwaad van.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Als we willen dat casemanagement zo goed mogelijk op de behoeften van de mensen is toegesneden, dan vergt dat heel veel verschillende inzet van zorg, qua beschikbaarheid van mensen vanaf het niet-pluisgevoel tot en met bijna het moment van verwijzing naar een instelling. We moeten combinaties zoeken tussen enerzijds casemanagement dat alleen gericht is op het ondersteunen en anderzijds casemanagement dat zodanig met de wijkverpleging is verbonden dat er afspraken over moeten worden gemaakt. Het is niet even een eenduidig vaststellen van een tarief en dan is het zo. We komen vanuit een situatie waarin algemene budgetten werden verstrekt. Er was een enorme praktijkvariatie en er waren wel 40 verschillende vormen van financiering van ketenmanagement en casemanagement. We gaan naar een situatie waarin we discussie hebben over wat een goede zorgstandaard is, ingevuld door de beroepsgroep zelf. We hebben de Zorgautoriteit om erop toe te zien dat er voldoende zorg wordt ingekocht, tegen een goede prijs. Alle partijen zijn aan het wennen om dat voor elkaar te krijgen. Ik werp verre van mij dat wij geen meters maken. Als we de situatie vergelijken met een aantal jaren geleden, maken we grote meters. Overigens komt het buitenland hier kijken hoe wij het doen. Laten we niet tegen elkaar zeggen dat het zo slecht gaat. Gaat het goed genoeg? Nee, het gaat niet goed genoeg. Dat is waarover ik mij ook zorgen maak. Er moet scherper worden gekeken naar de wachtlijsten, naar de eenduidige prijs en naar het zorgprofiel. Het profiel moet door de beroepsgroep zelf worden ondersteund en gemaakt, zodat we een eenduidig instrument hebben waarmee zowel kan worden ingekocht als kan worden toegezien.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Er wordt gewoon weer omheen gedraaid. Ik had het over de invulling van de functie en niet over de tarieven. Ik heb alleen gezegd dat de tarieven de oorzaak zijn van een andere invulling. Ik heb zojuist de helft van de inbreng van vorig jaar verteld. Er zijn nog steeds wachtlijsten. Er worden nog steeds casemanagers, ervaren mensen, ontslagen omdat er geen geld is. Het vak van casemanager wordt uitgehold. Daar wordt helemaal niets aan gedaan. Vervolgens vraagt de Staatssecretaris aan de beroepsgroep om het profiel vast te stellen. Als iemand maar een tientje per uur krijgt, zorgt de beroepsgroep er dus voor dat het beroepsprofiel er zo uit komt te zien dat iemand het voor 10 euro per uur kan doen. Dat is wat er nu gebeurt en dat is heel triest.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Dat moet ik toch echt tegenspreken. De Zorgstandaard Dementie wordt net als de andere zorgstandaarden in de zorg primair gemaakt door de doelgroep. De beroepsgroep stelt vast wat goede dementiezorg is, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en op inzichten van de beroepsgroep. Het is een belangrijke verdienste van de Nederlandse gezondheidszorg dat we op tal van terreinen, dus ook op dit terrein, de beroepsgroep vragen om een zorgstandaard vast te stellen waar we ons aan kunnen houden. Dat hebben we bij de dementiezorg en bij de verpleeghuiszorg gedaan en dat vindt ook in tal van andere zorgonderdelen plaats. Het moet hier ook goed gaan plaatsvinden. Er is nog een weg te gaan om een en ander te verbeteren. Daar zijn stappen mee gezet. We moeten nog op een aantal dingen letten die beter moeten. Laten we echter niet tegen elkaar zeggen dat het niet goed gaat. Ik prijs mij gelukkig dat we met alle betrokken professionals een inhoudelijke discussie voeren over wat goede dementiezorg is, niet alleen nu maar ook in de toekomst, met heel veel verschillende wensen en heel veel verschillende mensen in verschillende stadia van hun dementie. Het is alleen maar een heel goede zaak dat een en ander goed wordt doorgediscussieerd.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Het VU Medisch Centrum heeft ook onderzoek gedaan – dat onderzoek loopt nog – en stelt het belang van de aanwezigheid van een casemanager vast en niet van een wijkverpleegkundige die het er even bij doet. De onderzoeken liggen er al. We zijn allemaal dingen overnieuw aan het doen. Ik word er doodmoe van.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Ik denk dat wij voldoende hebben uitgewisseld.

Het derde punt waar wij mee bezig zijn, is al genoemd, namelijk Memorabel. Ik ga er kort op in. Het is een tweeledig onderzoeksprogramma. We bekijken op welke manier we inzicht kunnen krijgen in behandelmethoden, goede zorg en ondersteuning. Daarnaast bekijken we, voor morgen of overmorgen, of er behandelmethoden en diagnoses en wellicht medicijnen zijn om de ziekte te voorkomen. Er zijn vier onderzoeksthema's: de oorsprong en het mechanisme van de ziekte, diagnostiek, behandeling en preventie, en doelmatige zorg en ondersteuning. We werken daar, zoals de Kamer weet, internationaal voor samen. Er zijn inmiddels 79 onderzoeksprojecten gefinancierd, waarvan 27 voor Nederlandse deelname aan het wereldwijde samenwerkingsverband voor wetenschappelijk onderzoek naar deze aandoeningen. We kunnen er trots op zijn dat we voor de komende jaren weer een extra bijdrage hebben verstrekt. Het programma levert een heel goede bijdrage aan de kennis en kunde op het gebied van dementie en hopelijk op de lange duur ook aan oplossingen en behandelingen voor dementie.

Ik kom op de dementievriendelijke samenleving. Ik heb zojuist al aangekondigd dat we naast het actieplan, naast het ervoor zorgen dat er een verbeterde zorgstandaard komt en naast het onderzoek Memorabel, ook bezig zijn met de dementievriendelijke samenleving, waarbij we niet alleen naar de zorg kijken maar naar wat we gezamenlijk kunnen doen. Aan het programma zijn inmiddels ruim 25.000 dementievrienden en 50 grotere bedrijven en gemeenten verbonden. Tevens hebben 12.000 mensen de voor het programma ontwikkelde trainingen gevolgd. Daarin leren taxichauffeurs, gemeenteambtenaren en mensen bij een vervoersbedrijf of een grote supermarktketen op welke manier zij dementie kunnen herkennen en op welke manier zij mensen het beste kunnen helpen. We proberen met het actieprogramma voor de korte termijn een aantal rust- en herstelpunten te krijgen, zodat we geen discussie krijgen over de vraag wat goede dementiezorg is en of het voldoende wordt ingekocht tegen een goede prijs. Dat is echter niet voldoende. Ik ben er nog niet

tevreden over. Vandaar de verhevigde inspanning van de Zorgautoriteit om op het inkoopproces en de prijs te letten. Vandaar ook de extra inspanning ten aanzien van de zorgstandaard die we met de beroepsgroep verder gaan ontwikkelen. Vandaar ook de ontwikkeling naar de toekomst toe rondom de dementievriendelijke samenleving en verder onderzoek. De Nederlandse aanpak van aan de ene kant meer research voor behandelmethoden en oplossingen en aan de andere kant een verhevigde inspanning op de zorg voor mensen rondom casemanagement, plus het feit dat we kijken op welke manier de samenleving in de toekomst met dementie omgaat, wordt internationaal gewaardeerd. Daar moeten we niet alleen trots op zijn, maar we moeten vooral ook dankbaar zijn voor alle mensen die elke dag met hart en ziel zorg verlenen op het gebied van dit ingewikkelde vraagstuk. Ik hecht eraan om dat even te zeggen. Uiteraard praten we in de Kamer over problemen die moeten worden opgelost. We moeten echter ook oog hebben voor het feit dat we al heel grote stappen hebben gezet.

**De voorzitter:**

Mevrouw Marijnissen heeft een vraag.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik keek even of de Staatssecretaris naar een afronding ging, want dat dacht ik te begrijpen.

Staatssecretaris **Van Rijn:**

Ik kom nu aan de specifieke vragen toe.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Dan wacht ik nog even.

Staatssecretaris **Van Rijn:**

Nu maar hopen dat ik de vraag van mevrouw Marijnissen ook beantwoord. Ik moet nog even wennen aan deze setting.

**De voorzitter:**

U kreeg wel interrupties. Dat scheelt dan weer.

U kunt de individuele vragen beantwoorden.

Staatssecretaris **Van Rijn:**

Er waren specifieke vragen gesteld over inkoop, aanspraak, vervoer en wat dies meer zij. Er is gevraagd of het actieplan, dat op 1 augustus eindigt maar waarvan nog niet alle acties zijn afgerond, niet moet worden verlengd. In juli voer ik met alle actieplanpartijen bestuurlijk overleg over de vraag wat we hebben bereikt en wat er nog voorligt. Ik ben van plan de Kamer in september te informeren over de vraag of we verdergaan, en zo ja op welke manier we verdergaan. In mijn hart denk ik dat we een verlenging van het actieplan nodig hebben, maar dat is een voorspelling zonder dat ik daarbij het bestuurlijk overleg wil beïnvloeden. Hoewel ik dat bij dezen heb gedaan, vrees ik.

De heer Van der Staaij had een vraag over casemanagement en hoe het zit met verhuizingen. Ik heb de huisartsen en de eerstelijnszorg gevraagd aan het actieplan deel te nemen, met name om de bekendheid met dit soort praktische punten te vergroten. Het Nederlands Huisartsen Genootschap en de organisatie van cliënten met een beperking nemen per heden deel aan het actieplan en aan het daaraan verbonden signaalteam. Er moet zo veel mogelijk een warme overdracht plaatsvinden, want dat hoort bij het verlenen van goede zorg.

Mevrouw Bergkamp vroeg ten aanzien van het actieplan welke rol de gemeente speelt bij het casemanagement. Formeel en praktisch houdt het in dat de gemeenten wettelijke kaders hebben om te komen tot passende

zorg en ondersteuning. Dat geldt ook integraal voor de dementiezorg. Uit de evaluatie van de Wmo – we hebben er in het vorige debat over gesproken – moet blijken of de toegang tot de Wmo functioneert zoals beoogd. Steeds meer gemeenten en verzekeraars werken met elkaar samen. Daar zijn aparte projecten voor opgestart. Ten opzichte van een jaar geleden is er veel meer samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars, zonder dat ik nu zeg dat het allemaal spik en span is. Er is steeds meer samenwerking, omdat gemeenten zich heel erg bewust zijn van het feit dat hun rol in de gehele keten belangrijk is voor het geven van zorg en ondersteuning in de thuissituatie daar waar er nog helemaal niet zo veel zorg aan de hand is maar waar mensen die te maken krijgen met het niet-pluisgevoel toch een handje moeten worden geholpen. Er zijn een aantal vragen gesteld over het vervoer. Met de overheveling van begeleiding en dagbesteding naar gemeenten is de gemeente verantwoordelijk voor het vervoer naar de dagbesteding, ook voor dementerenden. De gemeenten zelf noemen het vervoer een punt van aandacht. Het is van belang dat gemeenten daar meer inspanning op doen. Ik zal met de VNG nader overleggen over op welke manier de goede voorbeelden beter uitgebeeld kunnen worden. Er zijn wel verschillen te zien. Gemeenten besteden het vervoer helemaal uit of regelen het vervoer zelf. Daarin kan een verbetering worden gemaakt. Ik ben zeer bereid om dit samen met de VNG te bespreken.

Er zijn een aantal vragen gesteld over Brabantzorg. Ik vond het opmerkelijk dat de Zorgautoriteit zelf zei dat voorop moet staan dat cliënten niet onnodig ongerust mogen worden over het aanbod van wijkverpleegkundige zorg, zeker als dat niet nodig is. De Zorgautoriteit moet erop toezien – we hebben daar zojuist al in zijn algemeenheid over gesproken – dat er voldoende wordt ingekocht. Om die reden heeft de Zorgautoriteit als toezichthouder direct contact opgenomen met zowel de verzekeraar als Brabantzorg. Zij constateert dat er momenteel voldoende wijkverpleging lijkt te zijn ingekocht, dat nieuwe cliënten voor de wijkverpleging die bij VGZ verzekerd zijn gewoon voor dementiezorg bij instellingen terecht kunnen en dat er niets verandert voor cliënten die nu al bij Brabantzorg in zorg zijn. Ik snap dat er discussies kunnen zijn over contracten, over de vraag of de prijs voldoende is en over de vraag of er voldoende zorg is ingekocht. Die discussies mogen best fel zijn, maar mogen nooit over de rug van de mensen plaatsvinden die zorg nodig hebben. Het is goed dat de Zorgautoriteit richting beide partijen heeft geïntervenieerd om te bekijken wat er aan de hand is. Zij kan partijen zo nodig aanspreken om ervoor te zorgen dat de zorg wordt verleend waar mensen recht op hebben. Volgens de Zorgautoriteit zijn er momenteel geen signalen dat er onvoldoende wijkverpleging is ingekocht.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik heb een beetje een dubbel gevoel. Volgens mij is de situatie momenteel zo dat nieuwe cliënten die via Brabantzorg wijkverpleging nodig hebben en bij VGZ verzekerd zijn, nog steeds de melding van Brabantzorg krijgen dat als ze bij VGZ verzekerd zijn ze verder moeten zoeken naar een andere zorginstelling. Is dat volgens de Staatssecretaris nu dus van de baan? Wat betekent het voor het vervolg hierop? Ik ben het volledig met de Staatssecretaris eens dat zo'n strijd nooit over de rug van de cliënten gevoerd mag worden, maar daar is hier natuurlijk wel in de volle omvang sprake van.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Vandaar dat ik mijn afkeuring daarover wilde uitspreken. Uiteraard moeten mensen die zorg nodig hebben dat krijgen als daar recht op is. Dat kan bij Brabantzorg of bij een andere zorginstelling zijn, net zoals in de rest van de zorg plaatsvindt. Mensen worden naar een zorgaanbieder bemiddeld waar de zorg geregeld kan worden. Dat kan ook bij een andere zorgaanbieder zijn. Dat zou niets mogen uitmaken. Daarnaast willen we de



zorg vooral regelen daar waar de mensen naartoe willen. Daar zijn voorstellen voor ontwikkeld. We hebben in de Kamer discussie gevoerd over de persoonsvolgende bekostiging, waar de partij van mevrouw Marijnissen niet zo voor was. Uiteindelijk willen we dat er wordt ingekocht op basis van wat de mensen willen. Het zorgkantoor, in dit geval de zorgverzekeraar, zal dan geld betalen voor wat mensen zelf kiezen. Zover is het niet. Er wordt nu gewoon zorg ingekocht. Elke zorgaanbieder krijgt een bepaald contract. Dat contract kan vol zitten, maar dat wil niet zeggen dat iemand dan niet naar een andere zorgaanbieder moet.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

De Staatssecretaris is er volgens mij wel bekend mee dat onze partij sowieso geen voorstander is van een systeem waarbij we te maken hebben met contracteren, zorginkoop, inkoopplafonds en al dat soort markttermen meer waarvan wij denken dat die überhaupt niet in de zorg thuishoren. Dat gezegd hebbende begrijp ik dat de situatie wel degelijk nog steeds hetzelfde is. Iemand die in Brabant woont, bij VGZ verzekerd is en wijkverpleging wil bij Brabantzorg, heeft gewoon pech. Ik hoor de Staatssecretaris zeggen dat als de zorg daar op is, men maar moet doorzoeken naar een andere zorgaanbieder. Laat Brabantzorg nu toevallig in die regio een behoorlijk grote zorgaanbieder zijn. Denk aan de continuïteit van zorg. Een andere aanbieder kan andere vormen van zorg hebben. We hebben het over de zogenaamde keuzevrijheid, wat een van de mooie, goede aspecten van dit model zou moeten zijn, maar daar is dan toch geen sprake van? Het is juni en nu wordt er al gezegd: sorry, we zijn er voor dit jaar doorheen. Dan kan er toch geen sprake zijn van keuzevrijheid? Hoe zit dat?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

De Zorgautoriteit heeft niet voor niets bij beide partijen geïntervenieerd en is tot de conclusie gekomen dat er niet onvoldoende zorg lijkt te zijn ingekocht. Het kan zijn dat Brabantzorg van mening is dat zijn contract met VGZ vol zit en dus een nieuwe contractafsprake wil. Dat moet men vooral doen, maar niet met discussies over de ruggen van de patiënten. De patiënten moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dat kan bij Brabantzorg zijn of bij een andere aanbieder. Daarom wordt er zorg ingekocht. Hoe het met de contractvoorwaarden zit, lijkt mij vooral een zaak tussen Brabantzorg en VGZ.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Wellicht ligt het aan mij, maar ik begrijp het niet. Eerst zegt de Staatssecretaris dat als iemand bij VGZ verzekerd is, het bij Brabantzorg zit want die is erdoorheen. Vervolgens zegt hij dat de discussie niet over de ruggen van de cliënten mag gaan en dat iemand zowel bij Brabantzorg als bij een andere zorgaanbieder de wijkverpleging kan krijgen waar het in dit geval over gaat. Als ik de Staatssecretaris goed beluister, kan een VGZ-verzekerde helemaal geen wijkverpleging meer krijgen bij Brabantzorg. Dat is althans de stelling van Brabantzorg. Ik hoor daar geen verandering in.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Het lijkt mij dat cliënten vooral zorg willen hebben, ongeacht waar de zorg plaatsvindt. Als de zorg alleen door Brabantzorg geleverd kan worden, dan is het een ander vraagstuk, maar dat lijkt mij hier niet aan de orde. Wij moeten erop letten dat er voldoende zorg is ingekocht en dat mensen de zorg kunnen krijgen waar ze recht op hebben. Als er een contractvraagstuk is over prijs, aantallen of bijcontracteren, moet de discussie vooral tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar plaatsvinden en niet over de rug van de cliënten.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

De Staatssecretaris begon zijn betoog met de mededeling dat de Zorgautoriteit had geïntervenieerd en dat de conclusie was dat er voldoende wijkverpleging was ingekocht. Dat is een systeemantwoord. En vervolgens gaan we over tot de orde van de dag. In tegenstelling tot de SP-fractie is het CDA niet van mening dat de hemel op aarde start als we in een Nationaal ZorgFonds stappen. Ik maak mij grote zorgen over de manier waarop het momenteel gaat. Met de antwoorden van de Staatssecretaris schieten we helemaal niets op, want dan blijft een contract verplicht gesteld door de zorgverzekeraar waarin staat dat er ook zorg verleend moet worden als er geen geld meer tegenover staat. Als Brabantzorg tegen zijn patiënten zegt dat zij niet bij Brabantzorg moeten zijn omdat het contract vol zit, en ze vervolgens een rekening versturen, dan blijven we in een situatie terecht komen waarin de zorgverzekeraar kan zeggen dat hij nu eenmaal contracten moet sluiten en dat hij dat op zijn manier doet. Ik wil weten – dat heb ik destijds ook bij de regeling gezegd, toen ik zei dat ik geen debat wilde – wat de Minister of de Staatssecretaris, binnen de fantastische systeemontwerpen, gaat doen aan het van het kastje naar de muur sturen, waarbij de patiënt, de zorgverzekeraar en Brabantzorg, of elke andere zorginstelling in heel Nederland, elkaar in een soort wurggreep houden. Uiteindelijk verdwijnt het draagvlak onder dit stelsel. Daar maak ik mij zorgen over. Het moet ons allemaal aangaan.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik ben er niet primair geïnteresseerd in of het contract tussen VGZ en Brabantzorg een goed contract is waarover heronderhandeld moet worden of dat er andere dingen moeten worden afgesproken. Dat moet men vooral doen. Ik ben er vooral of, om het overdreven te zeggen, alleen maar geïnteresseerd in of de zorg geregeld wordt voor de mensen die zorg nodig hebben en daar recht op hebben, of dat nu bij Brabantzorg is of ergens anders. Iemand die bij VGZ verzekerd is en wijkverpleging nodig heeft, moet wijkverpleging kunnen krijgen. Dat kan bij Brabantzorg zijn of bij een andere club. Die moet gewoon zorg krijgen. Dat lijkt mij vanuit cliëntperspectief het beste. Het is harstikke mooi dat er allerlei contractdiscussies tussen VGZ en Brabantzorg zijn over de prijs of over de hoeveelheid, maar die horen niet over de rug van de patiënt plaats te vinden. Dat is wat ik kwijt wil. Concreet betekent dat dat als een VGZ-verzekerde wijkverpleging nodig heeft, VGZ ervoor dient te zorgen dat degene ergens wijkverpleging krijgt. Dat is de zorgplicht. Als dat niet plaatsvindt, grijpt de Zorgautoriteit in. De zorgplicht is een individuele zorgplicht. Dat is de reden waarom de Zorgautoriteit oplet of er voldoende zorg is ingekocht. Zij komt erop uit dat dat het geval lijkt te zijn. De Zorgautoriteit zal erop toezien dat een en ander daadwerkelijk gebeurt.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Een fantastisch systeemantwoord.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Een praktisch antwoord.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Het is geen praktisch antwoord. Stel, iemand van 87 komt uit het ziekenhuis en moet nog een tijdje geholpen worden bij het douchen. En dan? Wat kan de Staatssecretaris eraan doen dat Brabantzorg tegen een patiënt zegt dat hij niet bij Brabantzorg moet zijn, omdat het contract vol zit, maar ergens anders? Wat kan de Staatssecretaris eraan doen dat VGZ tegen zijn verzekerden zegt dat het niet zo veel heeft ingekocht dat de verzekerde daar geholpen kan worden, maar dat de verzekerde wel naar die ene of die andere aanbieder kan gaan? Wat kan hieraan gebeuren? Die

fantastische systeemantwoorden over de Zorgautoriteit ... Wij weten wel hoe het allemaal in elkaar zit, maar de gemiddelde Nederlander denkt: hè?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Het is eigenlijk precies zoals mevrouw Keijzer zegt. Van een aanbieder die vol zit, verwacht ik niet dat die zegt dat de verzekerde niet bij hem geholpen kan worden en dat hij het verder ook niet weet. Er moet onderling inzicht zijn op waar dan wel een plekje is. De zorgaanbieder moet dat kunnen zeggen. Als iemand de zorgverzekeraar belt en zegt dat hij niet bij Brabantzorg terecht kan, dan moet de zorgverzekeraar kunnen zeggen waar de verzekerde wel terecht kan en hem daar, gewoon heel praktisch, naartoe bemiddelen. De Staatssecretaris kan dat tegen die partijen zeggen. Ik roep de partijen ertoe op om dat te doen. Partijen moeten niet met het systeemantwoord komen dat ze contractbesprekingen hebben of dat ze geen doorleverplicht hebben afgesproken of dat ze nog wel een appeltje te schillen hebben met deze en gene. De cliënt dient geholpen te worden. Dat is een plicht van de zorgaanbieder, ook als die vol zit. Het is een plicht van de zorgverzekeraar om actief te bemiddelen, precies zoals mevrouw Keijzer aangeeft dat er moet gebeuren.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Wat kan de Staatssecretaris doen als zorgverzekeraars en zorginstellingen dat vervolgens vertikken? Wat doet hij als we volgende week in de krant lezen dat er nog steeds sprake is van van het kastje naar de muur sturen van patiënten tussen VGZ en Brabantzorg?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Daarvoor hebben we hier juist met elkaar een Zorgautoriteit opgericht. Een en ander is in wet- en regelgeving vermeld. Als er een knelpunt is waarbij partijen moeten worden aangesproken of als er toezicht moet worden gehouden of moet worden gehandhaafd, dan hebben we daar de Zorgautoriteit voor. Dat hebben we zo ingericht. Dit laat echter onverlet dat ik het met mevrouw Keijzer eens ben dat het een schande zou zijn als het zover moet komen dat we via toezicht moeten regelen wat eigenlijk een normale gang van zaken is, namelijk dat de zorgaanbieder die vol zit zegt dat de verzekerde ergens anders terecht kan en dat de zorgverzekeraar de cliënt bemiddelt.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

We hebben het vanmiddag over dementie en ouderen. De Staatssecretaris gaat echter volledig voorbij aan het belang van de continuïteit van zorg. Natuurlijk kan iemand gaan shoppen naar een andere zorgaanbieder, maar dat valt binnen deze groep helemaal niet goed. Dat moet niet mogelijk zijn. Men moet kunnen vertrouwen op dezelfde gezichten. Ook dat hoort bij keuzevrijheid, dat iemand kan blijven bij de aanbieder waarvan hij het gevoel heeft daar goed bij te zitten. Dat is juist voor de groep waar we het vanmiddag over hebben van groot belang.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Dat ben ik 100% met mevrouw Sazias eens. Dat is ook precies de reden waarom deze discussie niet geldt voor cliënten die al bij Brabantzorg zaten, maar voor eventuele nieuwe cliënten.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

We hebben een zorgsysteem waarbij het voor verzekeraars mogelijk is om aanbieders te contracteren of om dat niet te doen. Het blijft in alle gevallen belangrijk dat iedere patiënt ergens terecht kan voor de zorg die hij of zij nodig heeft. Ons systeem is het probleem. Waar de pijn zit, is dat er een onderuitputting op de wijkverpleging is van 300 miljoen. Tevens hebben we geconstateerd dat de tarieven te laag zijn. De NZa heeft

gerapporteerd dat daar veel onvrede over is. Nu dreigen we het systeem te bekritisieren, terwijl de pijn erin zit dat de verzekeraars te laag, te strak, contracteren. Volgens mij is dat de kern van het probleem. We zien het probleem. Waarom grijpt de Zorgautoriteit niet nu al in? De Staatssecretaris zegt dat we een Zorgautoriteit hebben en dat die moet ingrijpen. We hebben het probleem eigenlijk klip-en-klaar voor ons, op papier. Er is te scherp gecontracteerd. We werken met te lage tarieven. Onder deze tarieven kan niet de zorg voor casemanagement worden verleend die nodig is. Waarom wordt er niet nu al ingegrepen?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Ik ga het bewust enigszins simpel zeggen: het simpele feit dat er onderuitputting is, is nog geen signaal dat in dit specifieke geval niet aan de zorgplicht wordt voldaan. De Zorgautoriteit waarschuwt dat als de tarieven te laag worden en te veel eenduidig in de richting van persoonlijke zorg gaan, het in sommige gevallen ertoe kan leiden dat er onvoldoende middelen beschikbaar zijn voor casemanagement. Dat is de reden waarom ik de Zorgautoriteit heb gevraagd om het niet algemeen maar specifiek te maken en naar de zorginkoop in de regio's te kijken waar het bovengenoemde het geval zou kunnen zijn. Daarentegen moeten de zorgaanbieders zelf transparanter worden over hun cliënten en over de prijs die zij kunnen vragen, zodat zichtbaar wordt wat de casemix is, waar we het zojuist over hadden. De Zorgautoriteit kan ingrijpen waar zij hard constateert dat de zorgplicht niet voldoende is. Het simpele feit dat er minder geld wordt gecontracteerd dan in het budget beschikbaar is, is daarvoor niet voldoende reden. Dan moet er echt een slagje dieper worden gekeken. Vandaar dat ik de Zorgautoriteit heb gevraagd om dat te doen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Hoe duidelijk moet het zijn? Er kan altijd weer iets worden verzonnen waardoor we het nog niet helemaal weten. Tegelijkertijd spreken alle stukken boekdelen. Er is te weinig casemanagement dementie gecontracteerd. Daar is heel veel onvrede over. We willen dat oplossen. Het gaat om een groeiende groep patiënten. Daar willen we goed op inspelen. Dat doen we onvoldoende. We weten dat er geld op de plank ligt. De verrichte contracteringen zijn niet toereikend en we zitten halverwege het jaar al vast. Hoeveel bewijslast hebben we nodig voordat er wordt ingegrepen?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

De discussie moet niet op macroniveau worden gevoerd, in de zin van dat als er op macroniveau geld over is, het niet goed is. We moeten heel specifiek bekijken over welke zorgaanbieder en welke verzekeraar we het hebben. De Zorgautoriteit moet erin duiken en zeggen waar de zorgplicht ter discussie staat. Als dat het geval is, wordt er ingegrepen. Dat is wat ik probeerde aan te geven. Er zijn signalen en daarom heb ik de Zorgautoriteit gevraagd de zorgplicht scherper te bekijken. Als dat bij een zorgaanbieder of zorgverzekeraar tot de conclusie leidt dat daar knelpunten dreigen, dan grijpt de Zorgautoriteit in.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

We kunnen dit probleem niet op macroniveau oplossen. Tegelijkertijd hebben we al zo veel informatie over de onvrede. Kan de Staatssecretaris met de huidige informatie de Zorgautoriteit niet de opdracht geven om er snel werk van te maken?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Ik ga ervan uit dat ik in de zomer van de Zorgautoriteit hoor waar er moet worden ingegrepen en welke actie zij gaat ondernemen. We hebben de

Zorgautoriteit er juist voor om ons te adviseren over de vraag waar er ingegrepen moet worden, dus dat doet ze als dat nodig is.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik moest terugdenken aan een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid van onlangs waarin stond: overschat de zelfredzaamheid van de burgers niet. Is dit niet ook zo'n situatie? Als iemand bij Brabantzorg of bij een andere instelling aanklopt en te horen krijgt dat hij of zij niet geholpen kan worden omdat het geld op is, kunnen we dan wel verwachten dat mensen weten en beseffen dat de NZa moet worden gebeld omdat er moet worden ingegrepen? Dat is zo'n verweg-wereld. Op welke manier kunnen we de mensen die tegen die problemen aanlopen dichterbij de weg wijzen om verder te komen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik ben het daar zeer mee eens. In het debatje dat ik even met mevrouw Keizer had, wees ik er daarom op dat we het systeem in de gaten moeten houden, dat er ingegrepen moet worden en dat er toezicht is wanneer dat nodig is. Als een cliënt of patiënt met een zorgvraag bij een zorgaanbieder komt en de zorgaanbieder de zorg om wat voor reden dan ook niet kan leveren, dan behoort het tot de professionaliteit van de zorgaanbieder om te vragen op welke manier hij de cliënt goed kan helpen en verwijzen zodat hij of zij wel geholpen wordt. En als een cliënt de zorgverzekeraar belt, behoort die te zeggen dat hij actief gaat bemiddelen, wat overigens ook gebeurt. Ik ben het dus zeer met de heer Van der Staaij eens. Het moet niet van de Zorgautoriteit of van het toezicht afhankelijk zijn of dit soort dingen goed loopt. De cliënt zelf moet persoonlijk geholpen worden op het moment dat de vraag zich voordoet. Dat behoort tot de professionele dienstverlening en professionele zorgverlening. Daar hoort ook bij dat we niemand in de steek laten. Dat ben ik zeer met de heer Van der Staaij eens.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Heel concreet betekent dat dus, of het nu Brabantzorg of een andere instelling betreft, dat mensen van de zorgaanbieder moeten kunnen verwachten dat ze horen waar ze dan wel terecht kunnen. En als dat misloopt, moet het telefoontje naar de zorgverzekeraar uitsluitend bieden om ervoor te zorgen dat het geregeld wordt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Zo zit het, want ook de zorgverzekeraar heeft een individuele zorgplicht. De zorgverzekeraar dient niet alleen voldoende zorg te hebben ingekocht, maar dient er tevens op toe te zien dat iemand die recht heeft op zorg, die individuele zorg ook krijgt.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb het idee dat we vanmiddag de hele tijd om elkaar heen aan het dansen zijn en dat het nergens een fijne wals of een ander soort dans wordt. Volgens mij geven we als Kamer allemaal hetzelfde signaal af, namelijk: Staatssecretaris, geef actief een signaal aan de Zorgautoriteit om op korte termijn in te grijpen in plaats van de zomer af te wachten totdat de Zorgautoriteit zelf op dat idee komt. Laten we elkaar helpen. Wij krijgen signalen vanuit de praktijk. Die zouden toch ook waardevol moeten zijn. In aansluiting op de heer Van der Staaij wil ik opmerken dat zorginstellingen een zorgplicht hebben, maar dat veel zorginstellingen die in de praktijk niet aanbieden. Dat betekent dat mensen in zo'n kwetsbare situatie zelf moeten gaan shoppen. De oproep aan de Staatssecretaris is om de zorginstellingen op een actieve manier op hun zorgplicht te wijzen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik ben het met beide punten eens. Ik zei zojuist al dat het niet zo moet zijn dat we hele systeemdiscussies met elkaar voeren terwijl het erom gaat of iemand goede zorg krijgt. Daarom heb ik de Zorgautoriteit gezegd dat ik signalen krijg en dat zij zich op de hoogte moet stellen van wat er gebeurt en indien nodig moet ingrijpen. Ik wil best op urgentie aandringen. Daar hebben we geen misverstand over. De zorgaanbieders moeten een plicht voelen – die is er ook – om ervoor te zorgen dat iemand wordt geholpen en dat er niet alleen maar wordt gezegd dat het bij hen niet kan. Dat ben ik zeer met mevrouw Bergkamp eens. We zullen dat doen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Fijn dat de Staatssecretaris een en ander actief onder de aandacht gaat brengen. Het zou ook fijn zijn als wij voor het zomerreces horen in hoeverre de Staatssecretaris het signaal van de Kamer daadwerkelijk oppakt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat lijkt mij prima. Het is niet zo dat ik tegen de Zorgautoriteit kan en moet zeggen: gij zult dit en gij zult dat. We hebben allerlei debatten gehad over het feit dat dat gescheiden verantwoordelijkheden zijn. De signalen die mevrouw Bergkamp aangeeft, worden zeker opgepakt. Wat mij betreft komt het signaal voor de zomer nog een keer terug naar de Kamer. Er is veel discussie geweest over de aparte aanspraak en de aparte prestatie. Helpt dat nu wel of niet? Volgens de Zorgautoriteit zitten er eigenlijk meer nadelen aan vast, zoals meer registraties en meer administratieve lasten, dan voordelen. Ik heb de vorige keer aangegeven dat ik momenteel geen reden zie voor een aparte aanspraak of prestatie. Het is wel zo dat mijn geduld ook eindigt. Ik ben het met de Zorgautoriteit eens dat een aparte prestatie een soort terugvaloptie is, want dan moet je weer apart registreren en aparte tarieven vaststellen en apart dit en apart dat, waar we zo'n hekel aan hebben. Als het echter zo is dat dit probleem niet snel kan worden opgelost en we eigenlijk een ander paardenmiddel nodig hebben, dan moeten we dat overwegen. Ik wil het liever niet. Ik vind het belangrijk dat partijen er op de goede manier uitkomen, eventueel de genade een handje helpend door de Zorgautoriteit, maar dat wil niet zeggen dat het iets is wat in de ijskast ligt. Als het nodig is, zullen we ook dat overwegen.

Ik heb zo veel mogelijk vragen proberen te beantwoorden. Mevrouw Sazias zegt dat het niet zo is, dus ik hoor van haar vast wat ik nog moet doen.

De **voorzitter**:

Ik had nog een aantal punten opgeschreven over de dementievriendelijke samenleving ten aanzien van vervoer en voeding, en ten aanzien van jongdementie en wellicht te lichte zorg. Die vragen heb ik nog openstaan. Ik kijk naar de leden of ik nog meer vragen ben vergeten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik had een vraag gesteld over de beperkte focus op de medische kant van dementie en het feit dat de Staatssecretaris dat wil verbreden. Ik wil daar graag nog een toelichting op.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik had nog een vraag openstaan voor in de tweede termijn.

De **voorzitter**:

Dat waren de vragen. Had mevrouw Sazias nog een vraag die ik niet goed heb opgeschreven?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ja, over de handen in het verpleeghuis en dat het niet altijd hoogopgeleiden hoeven te zijn en dat er meer aandacht nodig is voor mensen in een verpleeghuis.

**De voorzitter:**

Wil de Staatssecretaris deze vragen nog in eerste termijn afronden? Dan geef ik daarna de leden de gelegenheid voor een tweede termijn.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Ik dacht dat ik de vragen over het vervoer had beantwoord door aan te geven dat het de verantwoordelijkheid van de gemeente is, dat er heel goede voorbeelden maar ook niet zulke goede voorbeelden zijn en dat ik met de VNG zou bekijken op welke manier we de goede voorbeelden verder naar voren kunnen brengen.

Mevrouw Sazias had een vraag over de voeding. Dat punt vergt niet zozeer nieuwe regels, maar bijna letterlijk de lokale aandacht voor eenzame oudere mensen. De ervaring is dat er heel veel maaltijdvoorzieningen zijn en dat die vaak geregeld zijn in samenspraak met de wijkverpleging. Het opeten van de maaltijden is, zoals mevrouw Sazias zegt, vaak een onderschat probleem, onder andere veroorzaakt door dementie en eenzaamheid. Er zijn overigens in het gehele land ongelooflijk veel voorbeelden van vrijwilligersorganisaties, zoals het Rode Kruis, de Zonnebloem en mensen die helpen met koken, om ervoor te zorgen dat dit probleem wordt opgelost. Dat is een heel goede manier. Ik heb mij er eens in verdiept om te zien hoeveel er in het land op dit punt gebeurt, en dat is heel erg veel. Wat we zien, in de Kamer en ook in het debat van morgen, is dat er nog veel schort aan de kennis van wat er allemaal mogelijk is en of men daar gebruik van kan maken. We hebben vanmorgen met de VNG afgesproken op welke manier we veel nadrukkelijker over het voetlicht kunnen brengen wat er in de gemeenten allemaal geregeld is, zowel professioneel als niet-professioneel, met particuliere initiatieven en vrijwilligerswerk.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Ik weet dat er heel veel vrijwillige initiatieven zijn, maar het is niet voor niets dat een kwart van de ouderen die alleen wonen, ondervoed is. Het is een structureel probleem. De initiatieven moeten gestroomlijnd worden in de keten. Dat is nu niet zo. Het is nu nog te willekeurig. Nogmaals, ik weet dat er heel veel goede initiatieven zijn, en daar ben ik ook blij mee, maar ze moeten structureel gestroomlijnd worden in de keten.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Aandacht voor voeding en ondervoeding is een structureel onderwerp van bijvoorbeeld de wijkverpleging. Als er contact is met ouderen, wordt er op die manier wel op gelet. Vaak vindt een initiatief plaats als er zo'n contact is. Aan de ene kant moeten mensen meer weten wat er allemaal mogelijk is in gemeenten. Aan de andere kant moeten professionals meer worden opgeleid en bewuster zijn van het feit dat dit een opletpunt is. Mevrouw Sazias heeft het over stroomlijnen in de keten, maar ik denk niet dat het allemaal eenduidig moet worden geregeld. Het is juist zo mooi dat er heel veel mogelijkheden zijn, voor verschillende keuzes en verschillende smaken, letterlijk en figuurlijk, om ervoor te zorgen dat er iets tot stand komt. We kunnen niet alles regelen. Er is al heel veel mogelijk op dit punt, maar ik ben het er wel mee eens dat dit punt meer onder de aandacht moet worden gebracht bij de beroepsgroep en de gemeente.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Als het allemaal zo goed geregeld was, was het aantal ondervoede mensen niet zo hoog. Er zijn genoeg mensen die kunnen signaleren dat er sprake is van ondervoeding, maar het gaat vervolgens om het gevolg in

de dagelijkse praktijk. Ondervoeding moet wat ons betreft duidelijker en explicieter aandacht krijgen en als vast aandachtspunt in de keten worden opgenomen.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Het is een vast aandachtspunt voor de professionals die in de zorg werkzaam zijn en bij ouderen en eenzame mensen komen. Ik merk dat ook als ik met ze spreek. Het is echter geen probleem om het nogmaals onder hun aandacht te brengen.

Ik kom op de vraag van mevrouw Sazias over de handen in verpleeghuizen. Ik ben het met haar eens. Niet voor niets hebben wij een vrij forse discussie met elkaar gevoerd over de kwaliteitsnorm voor de verpleeghuizen, wat dat betekent voor het aantal handen aan het bed en voor de toekomst en wat de kwaliteitsvraagstukken zijn. Ik ben het zeer met mevrouw Sazias eens dat het niet alleen om hoogopgeleid medisch personeel gaat, maar vaak ook om mensen die dagelijks aandacht kunnen geven en dagbestedingsactiviteiten voor hun rekening kunnen nemen en ervoor kunnen zorgen dat het een beetje gezellig is in een verpleeghuis. De leden hebben in de brief die ik aan de Kamer heb gestuurd over de toekomst van de verpleeghuiszorg en hoeveel middelen daarvoor nodig zijn, kunnen lezen dat het en-en is. Het gaat om aandacht hebben voor de complexere zorgvragen, waardoor er meer zorgpersoneel nodig is, maar ook om aandacht voor de aandachtkant. De welzijnskant wordt steeds belangrijker, en wordt op het eind van het leven heel erg belangrijk, en vergt zeker niet in alle gevallen altijd hoogopgeleid medische zorgpersoneel maar ook mensen met enige levenservaring die de kwaliteit van leven enigszins kunnen versterken. Ik ben het op dat punt zeer met mevrouw Sazias eens.

Ik meen dat ik al een paar opmerkingen had gemaakt over de dementievriendelijke samenleving, maar misschien hierbij dan toch nog iets uitgebreider. Het programma is erop gericht om niet alleen naar de zorg te kijken maar om het levensbreed te bekijken, om te kijken naar bijvoorbeeld vervoer, winkelen, uitgaan en activiteiten die erop gericht zijn om zo veel mogelijk instellingen en bedrijven ervan bewust te maken dat dementie meer voorkomt en hen erop te wijzen op welke manier het kan worden herkend en op welke manier er een handje kan worden geholpen. Ik ben er zeer positief over. Het programma wordt zeer goed ontvangen. De levensbrede benadering is de kern van de ontwikkeling naar een dementievriendelijke samenleving. Het programma gaat niet alleen over zorg, maar juist over alle andere aspecten.

**De voorzitter:**

Verschillende leden hebben gevraagd of u daar een aanjaagfunctie voor uzelf in ziet. Kunt u daarop reageren?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Volgens mij doe ik dat ook. Daarom is het programma er gekomen. We zorgen ervoor, vooral onder de bezielende leiding van Alzheimer Nederland, dat het niet slechts een projectje van een jaar is, maar iets wat, wat mij betreft, de komende jaren moet doorgaan. Ik zal dat in het overdrachtsdossier uiteraard nadrukkelijk bij mijn opvolger onder de aandacht brengen.

**De voorzitter:**

Ik kijk naar de leden of er behoefte is aan een tweede termijn. U had geen interruptie meer, mevrouw Bergkamp.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ik was zo blij dat u richting de Staatssecretaris aangaf dat er nog een vraag was over de inzet van lichte zorg, waar de gemeente voor verant-



woordelijk is, en of er tijdig een reactie op kan komen. Het is belangrijk dat dat soort signalen vroegtijdig worden opgepakt.

**De voorzitter:**

Kunt u in tweede termijn nog expliciet aandacht besteden aan mensen met te lichte zorg en wellicht ook aan jongere mensen met dementie, wat de heer Van der Staij had aangegeven?

Ik wil vijf minuten schorsen, want volgens mij is iedereen van de stemmingen af hierheen gerend en heeft nog niemand even buiten de deur kunnen ademhalen.

De vergadering wordt van 15.37 uur tot 15.46 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik vraag iedereen zijn plaats weer in te nemen. Het is 15.45 uur geweest en ik wil graag doorgaan met het debat. Ik stel een korte tweede termijn voor met een spreektijd van ongeveer anderhalve minuut per fractie.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Voorzitter. Na meer dan twee uur debatteren heb ik toch wat gemengde gevoelens. Als ik bekijk hoe de Nederlandse samenleving ervoor staat, zie ik wachtlijsten, ontoereikende tarieven en toch ook onderuitputting. Ik zie een zeer versnipperd aanbod en dementieketens die uit elkaar vallen. Dat is niet goed. Ik zou dat ontzettend graag anders zien.

Wat is de opbrengst van het overleg? De zorgstandaard wordt verfijnd. In de zomer komt er een standaard met functie- en competentieprofiel, ontwikkeld door de zorgprofessionals. De NZa gaat deze zomer wellicht – dat is nog niet helemaal duidelijk – aan de slag met de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Het actieplan wordt verlengd, afhankelijk van het bestuurlijk overleg. Het geeft me een heel onbevredigend gevoel. Er is nog zo ontzettend veel onduidelijk.

Ik kan inmiddels uit eigen ervaring vertellen dat er twee mensen heel belangrijk zijn als je te maken krijgt met dementie in je omgeving. Dat zijn de casemanager dementie en de begrafenisondernemer, en over de casemanager dementie hebben we het vandaag. Beide mensen nemen je ongelooflijk veel uit handen als je in een zware periode in je leven zit. Allerlei praktische zaken worden door hen geregeld. Als ik dan in de stukken lees dat maar 20% van de mensen met dementie een casemanager naast zich heeft staan, schrik ik daarvan. Hoe zorgen we ervoor dat iedereen die geconfronteerd wordt met dementie, casemanagement aangeboden krijgt vanaf het niet-pluisgevoel tot opname of overlijden? Deze vraag is nog niet beantwoord.

De Staatssecretaris heeft een paar keer gezegd dat hij een volwassen houding van de zorgverzekeraar en een volwassen houding van de zorginstelling wil, en ook onderling een volwassen relatie. Maar dat gaat niet vanzelf. Hij verwijst naar de NZa. Het moge duidelijk zijn dat heel veel urgentie hard nodig is. Alle fracties hebben dat hier vandaag gezegd. Laten we niet wachten totdat de NZa in actie komt. Ik hoop dat de Staatssecretaris straks de agenda erbij pakt, een afspraak maakt en ervoor zorgt dat de NZa aan de slag gaat.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Voorzitter. De Staatssecretaris informeert de Kamer voor de zomer over de opbrengst van zijn gesprek met de NZa over de problemen in de praktijk. Die informatie zien we graag tegemoet. Ik hoop dan op het positieve nieuws dat de problemen opgelost zijn. Verder heeft de Staatssecretaris gezegd dat de instellingen worden aangesproken op hun zorgplicht. Dat is ontzettend belangrijk, want men heeft wel wat anders aan zijn hoofd dan te leuren om een casemanager te krijgen. Ik hoop echt dat we daarvoor voor de zomer een positief signaal van de Staatssecretaris krijgen.

Er wordt vaak gewezen naar de wijkverpleegkundige, maar ik begreep dat 30% van de mensen met dementie geen wijkverpleging heeft. De casemanager kan dan stabiliteit en rust brengen en dat kan er uiteindelijk ook voor zorgen dat er minder zorg geleverd hoeft te worden. Is de Staatssecretaris zich hiervan bewust en kan hij dit punt meenemen? Ik ga ervan uit dat uiterlijk in de zomer het profiel van de casemanager gereed is en dat het gewoon een hbo-verpleegkundige is. Ik hoop dat de Staatssecretaris de termijn en de inhoud ervan nog kan toezeggen. Verder heb ik nog een vraag over de dementievriendelijke samenleving. Die is hartstikke belangrijk, maar ik vraag me af of alle gemeenten er onderdeel van zijn. Hebben alle gemeenten gezegd: onze gemeente is dementievriendelijk? Tot slot heb ik een vraag over de zorgval. We hebben de extramurale Wlz (Wet langdurige zorg) en ik begreep dat daar soms weer naar verwezen wordt. We hebben natuurlijk de Zorgverzekeringswet en de Wmo. Soms lopen die al en komt men in de Wlz terecht omdat men zorg thuis wil, maar dan krijgt men soms minder zorguren en hogere bijdragen. Is de Staatssecretaris zich hier bewust van en wil hij hierop actie ondernemen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik wil beginnen met iets positiefs. Er is veel wat nog niet goed gaat. Tegelijkertijd hebben we een heel mooi deltaplan, waar goede dingen uit komen. We doen een onderzoek. Veel mensen zijn op een positieve manier bezig in het veld. Ook de Staatssecretaris heeft eraan bijgedragen dat er onderzoek gedaan wordt en dat dit verbreed wordt van de puur medische naar de sociale en psychische kant van het complexe verhaal rond dementie.

We kunnen onze ogen echter niet sluiten voor de uitkomst van de monitor Inkoop, die boekdelen spreekt. Zoveel onvrede kunnen we niet wegmoffelen onder het mom van – ik verzin maar iets – dat het aan de mensen zelf ligt. Er is een zorgplicht. Daarnaast moeten we handelen en dat is een taak van de aanbieders, zoals de Staatssecretaris terecht zegt, van de verzekeraars en ook van de Staatssecretaris zelf. Die moet misschien iets minder vriendelijk dan gebruikelijk met zijn hand op tafel klappen en zeggen: nu is het klaar, jongens, ik wil gewoon duidelijkheid; wanneer komt dat profiel er en wanneer gaat de Zorgautoriteit ingrijpen op basis van de nu al aanwezige informatie?

Tot slot kom ik nog even op de sociale en psychische kant van dementie. De Staatssecretaris spreekt over de dementievriendelijke samenleving. Dat is het grotere verhaal. Tegelijkertijd gaat het om de zorg die we direct om de mensen heen organiseren. Daaraan zitten ook die sociale en psychische kanten. Iemand als Anne-Mei The doet daar interessant onderzoek naar. Op welke manier incorporeert de Staatssecretaris die inzichten in het bredere Deltaplan Dementie?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Voorzitter. Mijn inbreng was al duidelijk. Op een paar kleine details na staan we eigenlijk op hetzelfde punt als een jaar geleden. Volgens mij ziet de gehele Kamer de urgentie ervan in dat er snel iets moet gebeuren. De Staatssecretaris heeft een hoop woorden nodig om niks te doen, gesprekken aan te gaan, aan tafel te gaan zitten, zoals hij dat ook doet bij de AWBZ, de Wlz en de Wmo. Mijn fractie heeft er geen vertrouwen in. Ik wil dus bij dezen een VAO aanvragen. Dan moeten we het als Kamer zelf maar afdwingen.

De **voorzitter**:

Ik wil u even een vraag stellen. U zegt: ik heb er geen vertrouwen in en daarom wil ik een VAO. Mag ik u vragen dit iets nader te specificeren? Gaat het om de inhoud of gaat het om een vertrouwensvraag?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Nee, zo is het niet bedoeld. Het gaat om de antwoorden. Het is: ik ga in gesprek, ik ga ze hierop aanspreken. Een demissionaire Staatssecretaris een motie van wantrouwen aan zijn broek hangen, lijkt me niet mogelijk. Het gaat mij om de huidige gang van zaken. Als de Staatssecretaris er niet zou zijn, gaat het gewoon door, want er gebeurt niets. Dat is een ander verhaal, maar het betreft in ieder geval de actie.

De **voorzitter**:

Ik wilde het voor de zekerheid even weten. Het is helder. Het VAO kan de volgende week op de agenda. Er zijn twee vragen, van mevrouw Bergkamp en mevrouw Keijzer. Of had mevrouw Bergkamp dezelfde vraag?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Dat het geen vertrouwensvraag is, scheelt weer een slok op een borrel. We hebben een heleboel dingen besproken. Ik heb wel behoefte om te horen bij welk onderdeel van de uitvoering zoals nu voorgelegd is aan de Staatssecretaris, mevrouw Gerbrands er geen vertrouwen in heeft dat het tot een oplossing komt. Wat legt ze in het VAO voor aan de Kamer?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Er wordt hier gezegd: sla met je vuist op tafel bij de NZa. Dat vind ik niet genoeg, want dan zegt de Staatssecretaris: ik ga in gesprek met de NZa. Mevrouw Bergkamp vraagt om een belletje voor het zomerreces. Dan krijgen we een belletje voor het zomerreces en daarbij horen we dan dat ze in het zomerreces verdergaan en dat we na het zomerreces een belletje krijgen. Ik vind dat allemaal veel te los en gemakkelijk. Er moet gewoon wat gebeuren. Die zorg moet ingekocht worden voor 2018. We zien nu al allerlei problemen met betrekking tot de wijkverpleging. Dat geldt ook voor de casemanager dementie. Iedereen hier vindt het belangrijk. Laten wij dan maar zeggen wat er moet gebeuren. Dat geldt voor de casemanager an sich en dat geldt ook voor de tarieven. We zijn geen stap verder dan een jaar geleden. Het is nu een keer klaar; het moet nu maar eens geregeld worden.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik voel de behoefte om te reageren. De zorg moet gewoon ingekocht worden. We kennen de Staatssecretaris allemaal langer dan vandaag. We krijgen dan dus het antwoord: ja, de zorg wordt ingekocht. Ik zoek even naar wat mevrouw Gerbrands precies wil dat de Staatssecretaris gaat doen. Hij heeft allerlei mogelijkheden en bevoegdheden in de wetgeving, maar wat moet hij precies doen zodat mevrouw Gerbrands kan zeggen dat ze tevreden is. Waarom wil ik dat zo graag weten? Omdat ook ik hier niet vandaan ga met een gevoel van «top, jongens, het is voor elkaar». Daarover ga ik straks zelf ook nog wel het een en ander zeggen. Maar wat precies wil mevrouw Gerbrands dat de Staatssecretaris gaat doen?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik wil dat er tempo gemaakt wordt met de eisen die we stellen aan de casemanager dementie. Volgens mij ligt dat profiel er allang. We hebben opleidingen op hbo-niveau voor de casemanager dementie. Ik neem aan dat ze daar niet leren punniken, maar dat daar niveau en expertise zit. Die vraag heb ik gesteld, maar ik heb er geen antwoord op gekregen. Wat doen we in die opleidingen, als het allemaal anders moet? Ik vind niet dat de casemanager dementie ondergebracht moet worden bij de wijkverpleegkundige, want die heeft daar geen tijd voor. Zoals al aangegeven door mijzelf en mevrouw Ellemeet, zijn er ook mensen met dementie bij wie nog helemaal geen wijkverpleging over de vloer komt. Juist bij die mensen hebben we die casemanager dementie nodig om ervoor te

zorgen dat het ook in het begintraject goed loopt. Dat er bijvoorbeeld dagbesteding, waardoor mensen nog een beetje geactiveerd worden, wordt ingezet. Dat gebeurt nu allemaal niet, want maar 20% heeft een casemanager. Dat moeten we regelen. En we moeten regelen dat er een passend tarief komt voor die beroepsgroep.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Voorzitter. Ik kan me wel aansluiten bij de voorgaande sprekers, die allemaal hebben uitgesproken een onbevredigend gevoel aan deze middag overgehouden te hebben. Vorige week heeft de SP geprobeerd een debat te krijgen over het verhaal rondom Brabantzorg, VGZ en hoe het feit dat men door de ingekochte zorg heen is zich verhoudt tot de keuzevrijheid van in dit geval VGZ-cliënten voor een bepaalde zorgaanbieder. Toen is er gezegd dat we hierover een brief van de Staatssecretaris zouden krijgen. We hebben er vanmiddag een aantal vragen over gesteld en wat dingen over gehoord. Wat onze fractie nog het meest tegen de borst stuit, is dat wij in de beantwoording van de Staatssecretaris eigenlijk niet de oplossing horen die we hadden gehoopt te horen, maar waarvan hij wel schetst dat die er zou zijn. Dat was inderdaad zijn eerste verhaal. Zijn antwoord klonk redelijk positief in mijn oren, in de zin van: het is opgelost. Als ik hem echter goed beluister, is de stand van zaken nog steeds hetzelfde als je VGZ-cliënt bent en je zorg wilt halen bij Brabantzorg, bijvoorbeeld omdat je casemanager dementie of verpleegkundige dementie daar werkt of omdat je huishoudelijke hulp via Brabantzorg hebt. In het kader van continuïteit van zorg kunnen dat heel gegronde redenen zijn waarom iemand dat zou willen. Mevrouw Szias refereerde er ook al aan. Op dit punt hebben we nog onvoldoende antwoorden gehad.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. Ik wil de Staatssecretaris graag danken voor zijn beantwoording. Er gebeurt al heel wat om een dementievriendelijkere samenleving te krijgen, maar daarover hebben we vandaag niet heel uitgebreid gesproken. Er lopen allerlei programma's. Heel veel mensen zijn erbij betrokken. De Staatssecretaris vervult er een rol in. Alzheimer Nederland doet er veel goed werk in. En ik vind het ook heel mooi dat Dick Rijkse, die ik in mijn eerste termijn heb genoemd, zelf als patiënt met Alzheimer gewoon voorlichting op scholen geeft. Ik hoop binnenkort met hem mee te gaan. Ik denk dat het heel belangrijk is dat mensen juist vanuit hun ervaringsdeskundigheid die rol kunnen vervullen. Ik heb er ook bewondering voor.

Met betrekking tot de casemanager is het duidelijk dat het stroef, te stroef, gaat, dat er meer druk nodig is en dat we allemaal ongeduldig zijn en ons afvragen waarom het niet voor elkaar komt. Ik vind het zeer jammer dat de Staatssecretaris niet over een toverstokje beschikt om ervoor te zorgen dat het onmiddellijk geregeld is: voor iedereen een casemanager van een goede kwaliteit tegen een billijk tarief. Dat zou het allerprettigste zijn. Zolang die toverstokjes echter niet bestaan, is het even zoeken naar de manier waarop we er maximaal druk op kunnen zetten. De suggestie van mevrouw Bergkamp, waar de Staatssecretaris positief op inging, was eigenlijk de meest concrete suggestie die tijdens dit debat naar voren is gekomen om de urgentie te beklemtonen. We wachten graag af wat het resultaat daarvan voor de zomer zal zijn.

Mag ik tot slot nog iets zeggen? Excuses. Mijn ervaring is dat men op het spreekgestoelte juist uitgebreider gaat spreken. Mag ik nog heel kort iets aanduiden? Dank voor de toezegging op het gebied van warme overdracht en vervoer, maar er ligt nog een vraag uit de eerste termijn. Hoe kan gestimuleerd worden dat gemeenten nog wat meer activiteiten ontwikkelen juist voor mensen met beginnende Alzheimer?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik sluit me aan bij de woorden van de heer Van der Staaïj over de mooie dingen er al gebeuren. Zeker als ik hoor dat hij samen met de heer Rijkse voorlichting geeft op scholen, denk ik dat dit in aansluiting op de initiatieven die ik eerder noemde, dingen zijn die we alleen maar kunnen stimuleren. Ik wil nog benadrukken dat de VVD-fractie de expertise die het casemanagement biedt, namelijk de ondersteuning van iemand en zijn omgeving bij het omgaan met dementie, heel belangrijk vindt. Die moet beschikbaar zijn als men ermee te maken krijgt. Dat hoeft van ons niet een aparte functionaris te zijn. Ik kan me heel goed voorstellen dat dit in verschillende regio's op verschillende manieren georganiseerd wordt. Dat wil ik nog even benadrukken. Ik denk wel dat het casemanagement, wie het verder ook vervult, wel van goede kwaliteit moet zijn. Daarom is de afronding van het actieplan voor ons heel belangrijk. Daar heeft de Staatssecretaris net zelf al wat druk op gezet in zijn beantwoording. Hij geeft ook aan dat het niet valt uit te sluiten dat het actieplan een vervolg krijgt. Ik wil dan wel heel duidelijk weten wat de vervolgstappen in het actieplan zijn, zodat we niet doormodderen met een actieplan, terwijl er uiteindelijk in de praktijk niets verandert.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter. Ik heb net als velen hier een onbevredigend gevoel. We zijn het over heel veel dingen eigenlijk hartstikke met elkaar eens, maar toch heb ik niet het idee dat ik met een tas met boodschappen naar huis ga. Ik vind een VAO dus eigenlijk wel een goed idee. Dan kan ik er nog even goed over nadenken en bekijken welke punten we daar kunnen zetten.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. Ten eerste: ik heb het in mijn eerste termijn niet gezegd, maar ook ik vind de initiatieven voor de dementievriendelijke samenleving heel mooi. Hulde ook aan Alzheimer Nederland, die daar ontzettend aan trekt. In dat licht zal ik het filmpje waarover ik het in mijn eerste termijn had, nog op Facebook et cetera zetten, om ook die kant te laten zien. In het interruptiedebatje met de Staatssecretaris over het heen en weer verwijzen van patiënten tussen Brabantzorg en de zorgverzekeraar vertelde hij dat het uiteindelijk toch beschamend zou zijn als de Zorgautoriteit verplichtende maatregelen zou nemen. Ik wilde toen als laatste nog vragen of de Zorgautoriteit dus op een gegeven moment aanwijzingen op dit vlak kan geven, maar ik kreeg, en terecht, de kans niet meer van de voorzitter. Het antwoord zou ik nu graag van de Staatssecretaris horen, want dan maken we het wat concreter. Tot slot ben ik niet helemaal gerustgesteld dat dit goed komt. Als we het onderzoek van de Zorgautoriteit over de inkoop wijkverpleging 2017 lezen, zien we de problemen op ons afkomen. Ik heb aan het einde van mijn eerste termijn aan de Staatssecretaris gevraagd of we niet tot nadere regelgeving op dit vlak of misschien zelfs tot een minimumtarief moeten komen. Daarbij moeten we dan, als ik de Staatssecretaris zo hoor, ook een maximum aangeven om te voorkomen dat ze allemaal in de bodemprijs zakken. Ik wil toch graag dat de Staatssecretaris schriftelijk uiteenzet waarom dit zo'n slecht idee is. Volgens mij is het namelijk wel een heel concrete oplossing om uit deze problematiek te komen.

**De voorzitter:**

Ik kijk naar de Staatssecretaris. Kan hij meteen antwoorden of wil hij twee minuutjes om de boel te ordenen? De Staatssecretaris zegt dat hij meteen gaat antwoorden.

Staatssecretaris **Van Rijn:**

Voorzitter. Misschien nog even overkoepelend en een beetje de take-away van deze bijeenkomst, want ik denk dat er twee gevoelens leven, ook bij mij.

Als ik bekijk wat er de afgelopen jaren op het terrein van de dementiezorg is gebeurd, moeten we constateren dat we meters opgeschoten zijn en nog opschieten ten aanzien van de vraag hoe we met het onderzoek en de ontwikkeling omgaan. Ten aanzien van dat onderzoek zijn we de Europese wereldspeler. In onze aanpak van enerzijds onderzoek en anderzijds goede zorg en ondersteuning van naasten zetten wij een voorbeeld, ook voor de rest van Europa.

We hebben de aanspraak Casemanagement gewoon in de Zorgverzekeringswet zitten als onderdeel van de aanspraak Wijkverpleging. Mensen hebben daar recht op, zodat men gedurende het gehele traject ondersteund kan worden. Ik zeg het maar even heel simpel: we gaan naar de situatie toe dat mensen met de diagnose dementie altijd iemand hebben op wie ze kunnen terugvallen wanneer ze nog heel veel dingen moeten uitzoeken zoals wanneer precies en wat het dan allemaal betekent, maar het is geregeld.

Ten slotte, we zijn bezig met de dementievriendelijke samenleving.

Dementie is iets wat in de samenleving bestaat, zal blijven en zal groeien. Daarvan zullen we ons allemaal bewust moeten zijn. Waar het schuurt, zoals de heer Van der Staaij terecht zegt, is de manier waarop de aanspraak Wijkverpleging Casemanagement in de praktijk plaatsvindt, welke prijs we eraan geven en welke eisen we er aan kunnen stellen. Daar zien we het schuren.

Dat is precies de reden waarom ikzelf heb gezegd: laten we daar een beetje een verhoogde dijkbewaking op instellen. We willen dat er goed wordt ingekocht en we willen dat er een goede prijs voor wordt gemaakt. Bovendien willen we dat het doelmatig is, want ook met betrekking tot de wijkverpleging zelf praten we al jaren over de vraag of we naar een eindtarief moeten, of dat we het anders moeten doen en hoe doelmatig het allemaal eigenlijk is.

Het is dus niet gek dat het nu schuurt, maar het is wel goed om op dat punt te letten. Versta dus van mij dat ik de urgentie, ook van de Kamer, heel goed begrijp, omdat ik die zelf ook voel. We hebben echter ook gewoon spelregels te volgen. We hebben met elkaar organen ingesteld die hierop moeten letten en die we ook niet zomaar kunnen beïnvloeden. En dat moet ook niet, want ze moeten onafhankelijk tot een oordeel kunnen komen. Ze zijn echter wel in het leven geroepen om erop toe te zien dat de zorgplicht wordt gehandhaafd. Als er signalen zijn, zoals die ook in deze Kamer zijn geuit, of er wel voldoende wordt ingekocht, of de prijs klopt en of partijen wel snel genoeg bewegen, dan is die urgentie, dat gevoel, er ook bij mij. Wees daarvan overtuigd.

Mevrouw Bergkamp hoopt voor de zomer een aantal nadere berichten hierover te krijgen. Volgens mij is de eerstkomende voortgangsrapportage in september voorzien. Wat mij betreft kan ik de Kamer dan uitgebreid informeren over de stand van zaken op dit dossier. Daar kan ik dan uitgebreid over rapporteren. Ik bevestig ook haar vraag en mijn toezegging dat bij een goed zorgaanbod de zorgaanbieder niet alleen een goed zorgaanbod hoort te verzorgen, maar er ook voor hoort te zorgen dat men verder geholpen wordt als hij dit niet kan leveren, zodat men niet tegen een muur oploopt.

Gemeenten doen mee aan de dementievriendelijke samenleving. Niet alle gemeenten zijn dementievriendelijk, maar steeds meer gemeenten melden zich aan. Dat betekent dat Alzheimer Nederland dit jaar, en overigens ook volgend jaar, langs alle regio's en gemeenten gaat om dit programma aan te prijzen en verder te bezien. We hopen natuurlijk samen met Alzheimer Nederland – ik zie ze erom lachen, dus het zal zo zijn – dat erop wordt ingezet dat zo veel mogelijk gemeenten, en wat mij betreft alle gemeenten, dementievriendelijk worden en ook meedoen.

De vraag werd gesteld hoe het precies zit met de lichte zorg. De heer Van der Staaij gaf dat ook nog mee. Ik wijs erop dat in de zorgstandaard Dementie wordt aangegeven dat mensen met een vermoeden van dementie vanaf de start van het diagnostische traject casemanagement aangeboden kunnen krijgen. Niet iedereen wil dat. Het wisselt soms of men daar behoefte aan heeft. Sommige mensen hebben daar meteen behoefte aan en andere niet. Het is dus geen kwestie van rechten, want bij een vermoeden op dementie kan het al vanaf de start van het diagnostische traject geregeld worden.

Ik ben mij bewust van het feit dat er een discussie is over de vraag hoe het met de eigen bijdrage zit. Mevrouw Bergkamp noemde dat de «zorgval». Het is zo dat er bij wijkverpleegkundige zorg geen eigen bijdrage is. Als men Wlz-zorg krijgt, ervan uitgaand dat die gelinkt is aan instellingszorg waar men voor wonen en zorg een bijdrage betaalt, is die bijdrage er vaak wel. We zien wel dat in de afweging die mensen maken men soms tot een keuze komt waarvan we ons kunnen afvragen of dat een verstandige keuze is. Ik vind zelf dat als mensen thuis wonen omdat ze denken op die manier de eigen bijdrage te vermijden, er ook altijd een professioneel oordeel van de wijkverpleegkundige nodig is. Die moet bekijken of thuis blijven wonen nog wel verantwoord is. Ik snap dat mensen financiële afwegingen maken, maar ik vind het heel erg belangrijk dat er altijd een professioneel oordeel gegeven wordt.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Volgens mij is de Staatssecretaris klaar met het blokje «Bergkamp». Ik heb een vraag over zijn toezegging. Volgens mij was mijn verzoek om voor de zomer de Kamer te informeren over laat ik zeggen het signaal en het gesprek met de NZa om een aantal problemen in de praktijk op te lossen. Nu hoor ik dat de Staatssecretaris het heeft over de voortgangsrapportage in september en dan denk ik echt dat dit AO niets heeft toegevoegd aan wat wij als Kamer vandaag hebben uitgestraald. Heb ik de Staatssecretaris goed verstaan dat hij een toezegging heeft gedaan om voor het zomerreces de Kamer hierover te informeren?

De **voorzitter**:

Die toezegging had ik ook zo genoteerd.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

De specifieke vraag van mevrouw Bergkamp was of de Staatssecretaris op korte termijn met de NZa kan spreken over het signaal, de urgentie en de aanpak van het probleem. Het antwoord daarop is: ja, dat gaat natuurlijk voor de zomer gebeuren. Als mevrouw Bergkamp wil weten wat de eerste resultaten daarvan zijn en hoe de NZa het aanpakt, zal dat in de voortgangsrapportage in september aan de orde kunnen komen. Voor de zomer zal ik de Kamer informeren over mijn overleg met de NZa over de vragen die er zijn.

Ten slotte was er nog een vraag van mevrouw Bergkamp over het punt van de wijkverpleging. Ze vroeg: stel dat er geen wijkverpleegkundige zorg is, hoe weten mensen dan dat ze recht hebben op een casemanager? Dat is een terecht punt. Dat is ook een van de redenen waarom ik graag de huisartsen wil betrekken bij de gehele operatie. Als we praten over de zorgstandaard Dementie hebben we natuurlijk ook te maken met de vraag of men bijvoorbeeld goed wordt geïnformeerd door de huisarts, bij wie bijna iedereen aan het begin terecht komt, of door de geriater, die daar natuurlijk ook nog iets in te zeggen heeft. Dus de zorgaanbieders die te maken krijgen met mensen met een diagnose dementie kunnen natuurlijk actief voorlichten over de mogelijkheden voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Mevrouw Ellemeet wilde nog een keer een bevestiging van haar urgentiegevoel en een bevestiging dat het niet alleen gaat om de dementievrien-

delijke samenleving levensbreed gezien, maar ook om de zorg die verleend wordt. Vaak gaat het dan niet alleen om de zorg maar ook om het ontlasten van mensen bij allerlei dingen waar ze tegen aanlopen en die ze niet meer soepel kunnen regelen als er sprake is van dementie. Ik bevestig dus dat de zorgstandaard Dementie weliswaar over zorg gaat, maar dat goede dementiezorg veel breder is dan alleen die zorg. Dat ben ik zeer met haar eens.

De moties van mevrouw Gerbrands ten aanzien van de vraag over wat zij vindt dat er dan op korte termijn moet en kan gebeuren, wacht ik af in het VAO. Dat zullen we dan zien.

Ten aanzien van de vraag van mevrouw Marijnissen over Brabantzorg wil ik een en ander toch even preciseren. Als men bij Brabantzorg zit en zorg krijgt, verandert er niets. Het gaat om nieuwe gevallen, nieuwe contracten. Ze gaf het voorbeeld van: ja, stel dat je gewend bent aan de zorg die je hebt, kun je die dan blijven houden? Het antwoord is: ja.

De heer Van der Staaij vroeg of gemeenten hun rol spelen in de beginperiode van dementie. Ik zei net al dat dit in de aanspraak Zorgverzekering al vrij vroeg is geformuleerd. Hij heeft echter volstrekt gelijk dat ook gemeenten rondom de dagbesteding voor deze groep natuurlijk een uitermate belangrijke rol spelen om ervoor te zorgen dat mensen goed worden ondersteund. Gemeenten doen dat samen met de cliënt in het keukentafelgesprek en kunnen afspraken maken over wat passend is. Vanmorgen hebben we afgesproken en bevestigd dat de mantelzorger daar ook nadrukkelijk bij betrokken is. Er is inmiddels een kenniscentrum opgericht, met name rondom dementie op jonge leeftijd, dat specifiek de kennis en kunde op dat terrein in beeld brengt. Ik zal samen met de gemeenten nog eens bekijken of de kennis van de gemeenten van met name dementie op jonge leeftijd voldoende op peil is. De vraag stellen is hem beantwoorden: ik denk dat daar nog wel een wereld te winnen is. Mevrouw Hermans had nog een vraag rondom het actieplan. Robbert Huijsman, hier in deze zaal aanwezig, die de trekker van het actieplan is, zal mij inderdaad informeren over de stand van zaken. Ik denk dat het heel goed is om alvorens zo'n verlengingsbesluit te nemen – ik deed een beetje een voorspelling – dat ook inhoudelijk te motiveren in de zin van: wat is er blijven liggen en wat moet er nog? Daar heeft mevrouw Hermans volstrekt gelijk in. We gaan niet verlengen om te verlengen, maar omdat er nog iets te doen is. Ik ben er eigenlijk al een beetje van uitgegaan dat dit nog het geval zal zijn, maar mevrouw Hermans heeft gelijk dat we dat nog expliciet moeten maken en met de Kamer bespreken.

Mevrouw Keijzer vroeg of de NZa een aanwijzing kan geven. Ja, dat kan ze. Daar zit ook een beetje gezonde spanning tussen de Staatssecretaris en de NZa. Ik kan niet tegen de NZa zeggen: gij zult deze aanwijzing geven. Daartoe heeft de NZa een zelfstandige bevoegdheid. In de Kamer zijn afspraken gemaakt over de bevoegdheden en de zelfstandige positie van de Zorgautoriteit. Echter, gelet op de gesprekken die we nu al uitgebreid met de NZa voeren, de interventies die ze doet en de onderzoeken die ze doet, en die we haar gevraagd hebben te doen, naar zowel de prijs als de inhoud en kwaliteit van de dementiezorg, ben ik ervan overtuigd dat de NZa een heel proactieve houding zal innemen om erop toe te zien dat de dementiezorg in Nederland van goede kwaliteit is, dat er voldoende wordt ingekocht en tegen een prijs die het mogelijk maakt om die kwaliteit te realiseren.

**De voorzitter:**

Ik zie dat mevrouw Keijzer en mevrouw Dik-Faber nog een vraag hebben.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Ik had ook gevraagd of de Staatssecretaris ... Oké, hij ziet het al gebeuren. Het gaat goed, voorzitter.



**Staatssecretaris Van Rijn:**

Met betrekking tot de vraag over een minimum- en maximumtarief wil ik het volgende met mevrouw Keijzer afspreken. Ik heb al aangekondigd dat het een onderdeel van het actieplan is om te bekijken hoe het precies met de zorginkoop gaat en wat onze bevindingen zijn ten aanzien van de aanspraak en de tarieven die daarover worden afgesproken. Ik vind het in dit stadium te vroeg om te zeggen: ik weet het eigenlijk al, het wordt allemaal niets, we gaan ingrijpen en we gaan een maximum- en een minimumtarief invoeren met alle voor- en nadelen. Die kan iedereen ook wegen. Laten we afspreken dat ik de Kamer informeer zodra ik de informatie van de Zorgautoriteit heb over de manier waarop de inkoop nu gaat, over de resultaten van de inkoop en over de vraag of iedereen er tevreden over is. Ik stel voor om op dat moment dan ook te rapporteren of er verdere maatregelen nodig zijn, bijvoorbeeld een andere tariefstelling, en nu niet vooruit te lopen op de conclusie die de NZa op dat punt zelf nog moet trekken.

**De voorzitter:**

Het is voor mij niet helemaal helder. Doet u dit dan in de brief die voor de zomer komt naar aanleiding van uw gesprekken met de NZa of in de brief na de zomer, wanneer de NZa aangeeft wat ze gaat doen naar aanleiding van het gesprek dat u voor de zomer met haar heeft gehad?

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Dat laatste, voorzitter.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Dit is de vierde keer dat ik het vraag. In een rapportage over de wachtlijsten staat opgemerkt: overall wordt met casemanagement circa 20% bereikt van alle mensen met dementie. De Staatssecretaris gaf aan dat niet iedereen behoefte heeft aan casemanagement dementie. Dat snap ik, maar wil de Staatssecretaris daarmee zeggen dat 80% van de mensen casemanagement dementie dus afwijst? Het is mijn indruk dat niet iedereen het aanbod krijgt en dat we daarom niet iedereen bereiken en het percentage zo laag is. Wat gaat de Staatssecretaris doen om ervoor te zorgen dat, zoals in de zorgstandaard staat, al bij het niet-pluisgevoel, de eerste diagnose, casemanagement dementie wordt aangeboden? Dat hoort standaard te zijn, maar dat is het niet.

**Staatssecretaris Van Rijn:**

Ik ga het nu even hebben over het verschil tussen theorie en praktijk waarover we eigenlijk de gehele middag al spreken. We hebben juist geregeld dat men al vrij vroeg aanspraak kan maken op casemanagement dementie. Dat is gewoon geregeld. Dat wil niet zeggen dat het in de praktijk ook gebeurt. We zien dat 20% er nu gebruik van maakt en 80% nog niet. Of dat nu een eigen keuze is – dat zal niet voor de gehele 80% gelden – of dat men het gewoon niet weet, of dat men het onvoldoende aangeboden krijgt, dit zijn allemaal oorzaken die daarin mogelijk een rol spelen. Ik ben ervoor dat iedereen weet dat op het moment dat men de diagnose dementie krijgt, er altijd iemand is op wie men kan terugvallen. Dat vraagt vervolgens natuurlijk om een overleg tussen de zorgaanbieder en de persoon zelf. Wil je dit? Wanneer wil je dit dan? Welke eisen stel je eraan? Ik ben ervoor dat we een zorgstandaard hebben waarin staat beschreven wat goede dementiezorg is, inclusief casemanagement. Dat percentage van 20% is veel te laag. Dat komt niet doordat iedereen deze zorg afwijst, maar doordat het niet goed wordt aangeboden of doordat het niet bekend is in de zin van: ik wist niet dat het er was. Misschien weten ook niet alle zorgaanbieders het. Daar moet nog een hele wereld worden gewonnen. Dat ben ik zeer met mevrouw Dik eens.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):  
En hoe gaat de Staatssecretaris die wereld voor zich winnen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat ga ik doen door alle acties te nemen die we nu al aan het nemen zijn. Dat doen we door met de beroepsgroep te praten over de zorgstandaard, door met een dementievriendelijke samenleving bezig te zijn. Dat doen we door aan zorgaanbieders, huisartsen en andere zorgaanbieders en wijkverpleging aan te geven: geef aan dat iedereen er recht op heeft, denk eraan en zorg ervoor dat het ook in de opleidingen terechtkomt. We zijn breed bezig de gehele samenleving ervan bewust te maken dat dementiezorg niet alleen maar zorg is, maar iets waarmee we allemaal rekening moeten houden, inclusief de rechten die men daaraan verder ontleent. Dat is dus niet met een toverstokje van de ene op de andere dag geregeld. Ik constateer echter dat we qua onderzoek heel erg vooruitlopen en dat we een aantal rechten geregeld hebben voor de mensen met deze diagnose. Ik constateer dat we nog veel meer moeten vertellen waar mensen recht op hebben, dat zorgaanbieders daarin een belangrijke rol kunnen spelen en dat we ervoor moeten zorgen dat er een goede zorginkoop is tegen een goede prijs. Mij dunkt dat er heel wat meters zijn gemaakt. We moeten nog veel werk verzetten, maar laten we ook een beetje oog hebben voor het feit dat we wat betreft de dementiezorg in Nederland de afgelopen periode ongelooflijk veel stappen hebben gezet. Het gaat dan niet aan om hier met elkaar te doen alsof het allemaal zo slecht is. Het gaat eigenlijk best goed, maar op een aantal punten die ik met de Kamer deel, moeten er echt nog stapjes bij worden gezet, namelijk prijs, inkoop en ervoor zorgen dat iedereen weet waar hij recht op heeft.

De **voorzitter**:  
Nog een vraag?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Nee, ik had mijn vraag in tweede termijn gesteld en de Staatssecretaris geeft maar een deel van het antwoord. Dus daarom vraag ik nog even naar het tweede gedeelte. Is de Staatssecretaris bereid om de Kamer schriftelijk te informeren over de voor- en nadelen van het vaststellen van een minimumtarief? Ik ben namelijk van de afdeling Aanpakken, maar misschien zijn er heel goede redenen om het nu niet te doen, los van het feit dat de NZa bezig is met die gesprekken enzovoorts enzovoorts.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Mijn voorstel is het volgende. Als ik voor de zomer bij de Zorgautoriteit erop heb aangedrongen tot verdere actie over te gaan, voor zover nodig, en de Zorgautoriteit vervolgens zelf bepaald heeft welke actie ze onderneemt, kan in dat kader ook aan de orde komen of andere mogelijkheden nuttig en zinvol zijn en wat de voor- en nadelen daarvan zijn. Die zal ik in die rapportage, dus na de zomer, meenemen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik wil het gewoon eigenlijk het liefst voor het VAO hebben.

De **voorzitter**:

De vraag is of het voor het VAO kan.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Nee. Als we tot tariefregulering komen, moet ik echt de opvattingen van de Zorgautoriteit hebben, inclusief de bevindingen van wat er in deze markt nodig is. Dat lukt dus niet voor het VAO.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Dat is mijn vraag niet. Mijn vraag is wat de voor- en nadelen zijn van het vaststellen van een minimumtarief. De Staatssecretaris zegt steeds ...

De **voorzitter**:

U hebt uw vraag gesteld en de Staatssecretaris heeft antwoord gegeven. Hij heeft als antwoord gegeven dat hij de brief niet voor het VAO stuurt. Ik was eigenlijk van plan om af te sluiten, maar mevrouw Gerbrands heeft nog een prangende vraag.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Nou nee, het is meer een opmerking. Ik heb natuurlijk het VAO aangevraagd, maar ik heb er niet bij gezegd dat het morgen moet. Als het VAO dus volgende week plaatsvindt, heeft de Staatssecretaris nog een week de tijd om iets leuks voor mevrouw Keijzer op papier te zetten.

De **voorzitter**:

Uw boodschap is helder. Het VAO is aangevraagd met als eerste spreker mevrouw Gerbrands van de PVV. Ik dank iedereen voor de belangstelling, ik dank de Staatssecretaris en de Kamer en sluit hiermee deze beraadslaging.

Sluiting 16.22 uur.