

Vergaderjaar 2006–2007

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 66

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 september 2007

Bij brief van 5 juli 2007 (VWS07-592/632) verzocht de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport om een update van het Landelijk Dementie Programma, in het bijzonder de implementatie daarvan. In vervolg op eerdere brieven¹ kan ik u als volgt berichten.

Landelijk Dementie Programma

Naar schatting lijdt 1,5% van de mensen tussen 65 en 69 jaar aan dementie. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op dementie toe. Zo heeft meer dan 30% van de mensen boven 80 jaar dementie. Op dit moment zijn er in Nederland naar schatting bijna 200 000 mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld², waarvan circa 10 000 dementiepatiënten jonger dan zestig jaar. Door de toenemende vergrijzing zal het aantal dementerenden tot 2040 sterk groeien.

In 2002 constateert de Gezondheidsraad in een advies over dementie dat het ontbreekt aan duidelijkheid en verantwoordelijkheden in de dementiezorg. Mensen met dementie, hun partners, mantelzorgers, maar ook professionals ervaren een te laag en onvoldoende samenhangend voorzieningenniveau in zorg, wonen, welzijn en behandeling. De raad bepleit het aanbod voor mensen met dementie meer af te stemmen op de problemen die zij en hun naasten hebben, en het aanbod van verschillende organisaties en professionals beter op elkaar af te stemmen. Tevens stelt de Gezondheidsraad dat er meer en efficiënter aanbod nodig is, gezien de omvang van de zorgvraag van mensen met dementie in de toekomst.

Mede naar aanleiding van dit advies is het Landelijk Dementie Programma (LDP) – onderdeel van het programma Zorg voor Beter – opgezet. De doelstelling van het LDP is tweeledig:

1. de dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers is substantieel verbeterd;

¹ 19 mei 2003 (TK 2002–2003, 26 631, nr. 44), 13 december 2004 (TK 2004–2005, 25 454, nr. 59), 18 maart 2005 (TK 2004–2005, 25 454, nr. 61) en voortgangsrapportages Zorg voor Beter, zoals van 17 maart 2006 (TK 2006–2007, 28 439, nr. 13) en 8 september 2006 (TK 2006–2007, 28 439, nr. 14).

² Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2002: publ.nr. 2002/04.

2. de invloed van deze cliënten is binnen de regio structureel ingebed. Het LDP tracht de doelstellingen te bereiken door een regionale aanpak. Het streven is dat eind 2008 90% van Nederland is gestart met het ontwikkelen van een regionaal projectplan om deze doelstellingen te bereiken.

De landelijke uitvoering van het LDP is in handen van Vilans, in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Alzheimer Nederland. Het operationeel opdrachtgeverschap berust bij ZonMw. Regionale teams melden zich aan bij het LDP en starten in vijf tranches. De regioteams bestaan in principe uit de volgende partijen: huisarts, thuiszorgorganisatie, ziekenhuis, GGZ-instelling, verzorgingshuis, verpleeghuis en regionale afdeling van Alzheimer Nederland. Na intake krijgen de teams een ondersteuningstraject van anderhalf jaar van het LDP om plannen te formuleren en te implementeren. De regioteams krijgen geen financiële ondersteuning, maar alleen begeleiding en expertise. Het regioteam inventariseert door middel van cliëntenpanels en werkconferenties de problemen waar mensen met dementie en hun mantelzorgers in die regio het meest mee te maken hebben. Deze inventarisatie is de basis voor het regionaal verbeterplan. Nadat het plan is vastgesteld, volgt de implementatiefase. Na het ondersteuningstraject is het de bedoeling dat de regio's zelfstandig doorgaan met het programma. Alzheimer Nederland behoudt een rol in de belangenbehartiging.

Resultaten

De eerste fase van het LDP is in 2004 succesvol afgerond met twee try-outs, een werkboek, een folder en een website (www.dementieprogramma.nl). In 2005 is de tweede fase gestart, de landelijke implementatie, die in vijf tranches plaatsvindt. Het LDP gaat uit van 64 regio's (twee regio's per werkgebied van de 32 zorgkantoren). Op dit moment nemen 58 regio's deel aan het LDP. De doelstelling van een deelname van 90% (57 regio's) is dus gehaald. Elf regio's (de eerste en tweede tranche) hebben inmiddels hun projecten onder begeleiding van het LDP succesvol afgerond. Deze regio's gaan nu op eigen kracht verder met het vernieuwingsproces dat door het LDP in gang is gezet. In de derde tranche (16 regio's) wordt nu gewerkt aan de borging en verankering van het proces. De 14 regio's in de vierde tranche implementeren de ontwikkelde plannen. De 16 regio's uit de vijfde en laatste tranche verwerken nu de uitkomsten van de cliëntenpanels en werkconferenties in concrete verbeterplannen, waarna de implementatie kan starten. Eind 2008 wordt de laatste tranche afgesloten en eindigt het LDP.

Uit de cliëntenpanels komt een top 3 van probleemvelden naar voren: «wat is er aan de hand en wat kan helpen?», «het wordt me te veel» en «miscommunicatie met hulpverleners». Volgens de projectleiders komen de oplossingen van de problemen voor 57% van de cliënten zelf. Deze oplossingen, die opgenomen worden in de verbeterplannen, vallen in de volgende categorieën:

- vroegsignalering en diagnostiek;
- respijtzorg;
- laagdrempelige informatie voor cliënt en mantelzorger;
- persoonlijke begeleider/casemanager;
- afspraken zorgverlening;
- training/deskundigheidsbevordering.

Een evaluatie van het LDP is naar verwachting medio 2009 beschikbaar.

Toekomst

Samenhangende zorg moet structureel onderdeel zijn van de zorg voor dementerenden. De regio's uit de eerste tranches zetten hun activiteiten

nu om in structurele activiteiten. Uit de ervaringen met het LDP blijkt dat de regio's moeite hebben met het creëren van voldoende bestuurlijk draagvlak voor goed op elkaar afgestemde zorg die tegemoet komt aan de behoefte van de cliënt. Ook een structurele financiering voor de organisatie van deze samenhangende zorg is niet altijd vanzelfsprekend. Binnen het kader van het LDP wordt bezien of en, zo ja, op welke wijze deze knelpunten zijn weg te nemen. Zo wordt nog dit jaar gestart met de ontwikkeling van een beperkte set indicatoren voor samenhangende dementiezorg. Met behulp van deze indicatoren kan de kwaliteit van de dementiezorg gemeten worden. Positieve resultaten kunnen helpen om bestuurlijk draagvlak te creëren.

Jong dementerenden

Uw commissie heeft het informatieverzoek gedaan naar aanleiding van een petitie, aangeboden door de Stuurgroep Jong Dementerenden. Daarom ga ik nog kort specifiek in op de door de stuurgroep aangegeven problematiek rond de zorgzwaartoeslag.

In 2006 zijn – vooruitlopend op de bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten voor een aantal doelgroepen met een hogere zorgzwaarte, waaronder jong dementerenden – extra middelen ingezet. Het ging in totaal om een bedrag van € 90 miljoen. De gemaakte afspraken tussen instellingen en zorgkantoren over deze toeslagen voor zware cliënten in de verpleeghuizen bleken de beschikbare middelen fors te overschrijden. De Nza heeft conform de geldende beleidsregels besloten tot een korting op de hoogte van de toeslagen om zo binnen het voor dit doel beschikbare bedrag te blijven. Er is toen tevens besloten tot een beperkte verhoging van het voor toeslagen beschikbare bedrag om instellingen die in 2005 reeds middelen ontvingen, te ontzien. Een verdere verhoging van het beschikbare bedrag was voor mij niet bespreekbaar gelet op de tegelijk komende signalen over cliëntenstops. Ook bij de aanwending van de groeimiddelen voor 2007 heb ik prioriteit gegeven aan de noodzakelijke groei van het volume. Daarom is in 2007 het bedrag van de toeslag neerwaarts aangepast om binnen de beschikbare ruimte te kunnen blijven.

Met betrekking tot de zorgzwaartebekostiging is het uitgangspunt dat (zorgzwaarte)toeslagen zoveel als mogelijk al in de zorgzwaartepakketten zijn opgenomen. Het streven is om het aantal bestaande toeslagen te verminderen en via de zorgzwaartepakketten de zwaardere zorg voor bepaalde cliëntgroepen tot uitdrukking te laten komen. De NZa zal in de komende maanden onderzoeken in hoeverre de huidige toeslagen worden ondervangen door de zorgzwaartebekostiging. De NZa zal met de uitkomsten rekening houden bij het opstellen van een regeling voor extreme of bijzondere zorgvraag. Daar waar nodig, blijft de mogelijkheid van een module of een opslag op het tarief van de ZZP's.

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