

Vergaderjaar 1995–1996

24 333

Modernisering ouderenzorg

Nr. 17

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 6 juni 1996

In deze brief zetten wij onze beleidsvoornemens uiteen voor **de zorg aan ouderen met psychische problemen**. Hiermee reageren wij op de adviezen die de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid over dit onderwerp heeft uitgebracht. Gezien de omvang en complexiteit van het terrein alsmede de daarbij behorende verschillende vraagstellingen is voor een adviesaanvraag in twee delen gekozen. Het eerste deel («Psychogeriatric: zorg voor dementerenden deel 3: advies») betreft de zorg voor dementerende ouderen. Het tweede en laatste («Ouderenpsychiatrie, over de zorg voor ouderen met psychische stoornissen») de zorg voor ouderen met andere psychische stoornissen.

Na het verschijnen van het eerste advies hebben wij besloten een integrale reactie op beide adviezen te geven. Deze brief bevat die reactie.

Het domein van de beleidsbrief en de adviesaanvragen

De adviezen en onze beleidsbrief hebben betrekking op psychische problematiek die zich voor het eerst na het 65e levensjaar voordoet. Deze valt grofweg in drie categorieën uiteen: het dementiesyndroom, psychiatrische problematiek die zich voor het eerst manifesteert op oudere leeftijd en ernstige psychosociale problemen die gepaard gaan met het ouder worden (Gezondheidsraad, 1988). Voor het totaal aan psychische problematiek bij ouderen is de term ouderenpsychiatrie gebruikelijk. Wij sluiten ons hierbij aan.

Gezien de raakvlakken met de groep ouder geworden psychiatrische patiënten wordt ook hieraan kort aandacht besteed.

Korte inhoud van de adviezen:

Volgens de Raad is er sprake van een achterstandssituatie wat betreft de kwaliteit van zorg en de capaciteit. Dit laatste geldt vooral voor de zorg voor dementerenden. De tijd is rijp om een voorrangsbepaald beleid te voeren. De vergrijzing van de bevolking maant hierbij tot enige voortvarendheid.

In beide adviezen staat de vorming van een (transmuraal) zorgcircuit en programmatische samenwerking centraal. Hiermee bedoelt de Raad dat ambulante en intramurale voorzieningen tezamen een laagdrempelig, samenhangend, voorzieningenoverstijgend en geïntegreerd aanbod bieden met betrekking tot de preventie, diagnostiek, behandeling, verzorging en verpleging van ouderen met psychische problemen. Dit schept goede voorwaarden om enerzijds de bestaande capaciteit beter te benutten en anderzijds een bijdrage te leveren aan gewenste kwaliteitsverbetering en inhoudelijke vernieuwing in de zorg.

Hierbij zijn vele beroepsbeoefenaren en instellingen betrokken: huisartsen, thuiszorgorganisaties, bejaardenorden en verpleeghuizen, Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) en de algemene ziekenhuizen (inclusief de Psychiatrische Afdelingen, PAAZ'eng). Daarbij richt de ouderenzorg zich met name op dementerende ouderen, en richt de GGZ zich op ouderen met andere psychische problemen en de diagnostiek bij vermoedens van een dementiesyndroom.

De diverse aanbevelingen die in het advies worden gedaan, hebben alle direct of indirect betrekking op deze doelstelling.

De belangrijkste aanbevelingen in de adviezen zijn:

- bevorderen van de programmatische samenwerking en circuitvorming door aanpassingen in verstrekkingen, planning en financiering
- uitbreiding van capaciteit (de komende vier jaar ca. f 200 miljoen extra per jaar voor intramurale zorg, kleinschalig georganiseerde genormaliseerde woonvormen, respijtzorg en crisisopvang en thuiszorg)
- realiseren van zorgvernieuwing, onder andere via zorgvernieuwingsfondsen
- planningsnormen en verhoging van bekostigingsrichtlijnen voor ouderen met multiple problematiek (somaatich en psychiatrisch, de zogenaamde «double-trouble groep»)
- versterken van preventie
- deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering
- een meerjarig onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma om de realisatie van bovenstaande aanbevelingen te stimuleren

Algemene reactie op de adviezen:

In de GGZ en in de ouderenzorg is lange tijd weinig aandacht besteed aan de groep ouderen met psychische stoornissen. Wij delen de knelpuntenanalyse van de Raad op hoofdlijnen en zijn van mening dat de zorg voor deze groep ouderen een impuls nodig heeft. In navolging van de Raad stellen we de programmatische samenwerking/circuitvorming tussen de ouderenzorg en GGZ en binnen de beide sectoren centraal.

De GGZ en de ouderenzorg werken hard aan verbeteringen in de zorg en de realisatie van programmatische samenwerking. Vooral de zorg voor dementerende ouderen heeft de afgelopen jaren veel aandacht gekregen. Voor ouderen met andere psychische problemen ligt dit anders. Een

attitudeverandering is noodzakelijk. Elders in deze nota lichten wij toe hoe wij deze willen bevorderen.

Naast gerichte inzet van beschikbare middelen staat het beleid voor de ouderenzorg en de GGZ in het teken van inhoudelijke en bestuurlijke vernieuwing.

Met het realiseren van programmatische samenwerking, circuitvorming, extramuralisering, substitutie en versterking van preventie verwachten wij binnen de ouderenpsychiatrie kwaliteits- en doelmatigheidswinst te behalen. In de ouderenzorg staat daarbij de gerichte inzet van de capaciteit van bejaardenoorden centraal. Voor de GGZ betekent dit dat de GGZ-instellingen voldoende capaciteit dienen aan te wenden voor oudere cliënten, conform de demografische ontwikkelingen. De toename van de vraag kan op deze manier opgevangen worden. Aan uitbreiding van de capaciteit met f 200 miljoen, zoals de Raad adviseert, bestaat dan geen behoefte.

De intramurale capaciteit voor dementerende ouderen is de afgelopen jaren toegenomen. Inmiddels nemen de wachtlijsten af. Voor de intramurale GGZ-instellingen bestaat momenteel geen aantoonbaar capaciteitsprobleem.

Bij het realiseren van verbeteringen in de ouderenpsychiatrie is de rol van de rijksoverheid vooral stimulerend en voorwaardenscheppend. Wij hebben al veel in gang gezet en verwijzen naar het Integraal Actieprogramma Ouderenbeleid, de beleidsbrief Modernisering Ouderenzorg, het Beleidstoetsingskader Verpleeghuizen ten behoeve van de heroverweging van de bouwinitiatieven in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de uitvoering van de Nota Onder Anderen, het persoonsgebonden budget en het instellen van zorgvernieuwingsfondsen (AWBZ). Naast de maatregelen genoemd in de verschillende nota's willen wij via experimenten en onderzoek de ontwikkeling van de ouderenpsychiatrie stimuleren.

Beleidsmaatregelen

1. Programmatische samenwerking/circuitvorming

Zowel de ouderenzorg als de GGZ bevinden zich in een periode van inhoudelijke en bestuurlijke vernieuwing. Met de gaande en op handen zijnde veranderingen in de planning, financiering en verstrekkingssystematiek bevorderen wij flexibiliteit, samenhang en samenwerking binnen en tussen de sectoren en stimuleren wij de ontwikkeling van zorgcircuits en programmatische samenwerking.

Centraal in de ouderenzorg staan het onderbrengen van de bejaardenoorden in de AWBZ per 1 januari 1997, de harmonisatie van eigen bijdragen voor bejaardenoorden en verpleeghuizen, de verdere uitbouw en nadere regeling van een zorgvernieuwingsfonds en een geïntegreerde, onafhankelijke en objectieve indicatiestelling (beleidsbrief Modernisering Ouderenzorg).

In de GGZ stimuleren wij de ontwikkeling van aparte zorgcircuits, waaronder een circuit voor ouderen. De ontwikkeling van MFE'en vormt een belangrijk element in de circuitvorming voor volwassenen en ouderen. Een MFE (multifunctionele eenheid) is een bundeling van ambulante functies en bedden voor kortdurende opname door APZ, RIAGG en de Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). De schotten tussen de GGZ-instellingen worden zoveel mogelijk

weggenomen en de samenhang met de eerste lijn, het algemeen ziekenhuis en de ouderenzorg wordt bevorderd. Door de ontwikkeling van zorgcircuits, MFE'en en daaraan gekoppeld specifieke zorgprogramma's voor ouderen ontstaat een beter op de vraag afgestemd aanbod: thuis, ambulante, semi- en intramuraal.

Dit geïntegreerde aanbod van GGZ-functies kan op verschillende manieren vorm krijgen. In de beleidsbrief Geriatrie van september 1995 hebben wij vastgelegd dat MFE-vorming in principe dient plaats te vinden op het terrein van het algemeen ziekenhuis, teneinde de diagnostiek en behandeling van somatische en psychische problematiek beter op elkaar te laten aansluiten. Op deze wijze hopen wij ondermeer de versnippering op het gebied van de diagnostiek van dementerende ouderen tegen te gaan. RIAGG, verpleeghuizen, APZ en geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (GAAZ) zijn hierin actief. Wij zullen initiatieven steunen om hierover afspraken te maken en de doelmatigheid te vergroten.

Bestuurlijk zijn ouderenzorg en GGZ twee verschillende sectoren. Programmatische samenwerking is hierdoor complex, maar wel goed mogelijk. Beide sectoren worden gefinancierd uit de AWBZ. Voor beide sectoren is de voorziene vereenvoudiging van de WZV per 1 januari 1998 van belang. Het huidige systeem van planvorming wordt verlaten en vervangen door een systeem van landelijke sectorale en regionale zorgvisies. De landelijke sectorale zorgvisie voor de GGZ (voor de GGZ-voorzieningen die onder de WZV vallen (APZ'en, RIBW'en en PAAZ'en) is in voorbereiding. De landelijke sectorale zorgvisie voor de verpleeghuizen heeft inmiddels vorm gekregen in een beleidstoetsingskader. Deze twee landelijke sectorale zorgvisies zullen op elkaar worden afgestemd.

Op regionaal niveau zijn geïntegreerde regiovisies mogelijk, waardoor de ouderenzorg en GGZ zich in samenhang kunnen ontwikkelen.

Een aantal onderwerpen zal bij het afstemmen van het beleid tussen de ouderenzorg en de GGZ de komende tijd bijzondere aandacht vergen:

- de indicatiestelling;
- de (toekomstige) functie van de bejaardenoorden;
- de consultatiefunctie.

Een goede programmatische samenwerking begint bij de indicatiestelling. Op 12 februari jl. hebt u de beleidsbrief indicatiestelling in de care-sectoren ontvangen, Kamerstukken II, 1995-1996, nr. 24 608 nr. 1. In dit kader zullen wij nog dit jaar aan het BIO (Breed Indicatie Overleg) en het IOG (Indicatie Overleg GGZ) vragen om de indicatiestelling in de ouderenzorg en de GGZ op elkaar af te stemmen.

De functie van de bejaardenoorden zal in het kader van de modernisering van de ouderenzorg veranderen. Wij zien nu al dat een aanzienlijk aantal ouderen met psychische problematiek in bejaardenoorden verblijft. Diverse onderzoeken (Van Loveren-Huyben (1988-1994), Westerhof (1993), De Lange (1991) wijzen uit dat ongeveer 40% van de 140 000 bejaardenoord-bewoners cognitieve, affectieve of sociale problemen (56 000) heeft.

Een goede afstemming met de GGZ-voorzieningen is nodig om zowel kwalitatief als kwantitatief het aanbod te kunnen afstemmen op de vraag. Wij laten in dit verband onderzoek verrichten door het NcGv met het doel in kaart te brengen of en onder welke voorwaarden het bejaardenoord een geschikte plaats is voor ouderen met een psychiatrische achtergrond. Dit zal eind 1997 zijn afgerond.

Voor een adequaat hulpaanbod is het van belang dat instellingen een beroep kunnen doen op elkaars deskundigheid. Wederzijdse consultatie tussen beide sectoren is in principe binnen de bestaande financierings- en verstrekkingssystematiek mogelijk. Toch meldt het advies dat aanbieders aangeven hierbij financiële knelpunten te ondervinden. Wij zullen hierover met hen nog voor de zomer in overleg treden. Bij de flexibilisering van de AWBZ zal worden nagegaan in hoeverre consultatie als een aparte zorgfunctie geregeld zou moeten worden. Deze functie dient binnen het door het COTG vastgestelde budget te worden aangeboden.

Met bovengenoemde veranderingen in wet- en regelgeving creëren wij de voorwaarden voor programmatische samenwerking. De verdere ontwikkeling en uitvoering is aan het veld, de invulling zal regionaal vorm moeten krijgen.

Ten behoeve van de MFE-ontwikkeling wordt op dit moment door het NcGv een onderzoek verricht naar de effecten van MFE-vorming op de organisatie van de functie ouderenpsychiatrie. Vragen betreffen ondermeer de schaalgrootte van de MFE en de organisatie van intake, diagnostiek en hulpaanbod (met name kortdurende behandeling).

Verder zullen wij in de loop van 1996 een vraagbaak (help-desk) instellen ten behoeve van de oprichting van een MFE.

Ook zullen wij per 1 juni 1996 ter uitvoering van de beleidsbrief Geriatrie drie proefprojecten «Geriatrie netwerken» financieren ten behoeve van de uitvoering van geriatrie netwerkvorming. Daarnaast zullen wij een project met geriatrie op liaison-basis subsidie toekennen. De uitvoering van de vier projecten zal vergezeld worden van een vooral procesmatig evaluatie-onderzoek.

Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar het functioneren, in termen van kwaliteit en succes- en faalfactoren van psychogeriatrische teams. Het onderzoek zal eind 1996 zijn afgerond.

Tenslotte vermelden wij dat de psychiaters die aan algemene ziekenhuizen zijn verbonden, door collega-specialisten steeds vaker geconsulteerd worden voor oudere patiënten. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Ziekenhuispsychiatrie subsidiëren wij de Nederlandse Federatie Ziekenhuispsychiatrie om een voorlichtingsbrochure over het belang en de mogelijkheden van de ziekenhuispsychiatrie samen te stellen en te verspreiden. Deze brochure zal nog dit jaar beschikbaar komen voor directies van algemene ziekenhuizen en voor zorgverzekeraars.

2. Capaciteit en zorgvernieuwing

Door de demografische ontwikkelingen groeit het absolute aantal ouderen met psychische problematiek. Vooral het aantal dementerenden groeit. Hierdoor neemt ook de zorgvraag toe. Om hieraan tegemoet te komen, nemen wij de volgende beleidsmaatregelen.

Dementerende ouderen die 24-uurs-zorg nodig hebben, verblijven met name in verpleeghuizen en in de groepsofvang in bejaardenoorden.

In het kader van de modernisering van de ouderenzorg zal het «bejaardenoord nieuwe stijl» in toenemende mate ook zorg gaan bieden aan bepaalde groepen verpleeghuispatiënten (met name lichte tot middelzware psychogeriatrische problematiek). Hiermee komt per saldo extra intramurale capaciteit voor dementerende ouderen beschikbaar. Deze functieverhuizing heeft bouwkundige, financiële en personele consequenties. Ook voor de thuiszorg heeft dit gevolgen.

Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft inmiddels advies uitgebracht over de bouwkundige aanpassingen waarmee dit gepaard dient te gaan. Het COTG is gevraagd richtlijnen te formuleren voor de vaststelling van budgetten. In het licht van de veranderende functie van het bejaardenoord laten wij op dit moment onderzoek doen naar de kwaliteitseisen die gesteld dienen te worden aan het verpleegkundige en verzorgende personeel. Dit onderzoek zal nog dit jaar worden afgerond.

Ook in de GGZ is sprake van selectieve groei. In de komende vier jaar zullen wij 1400 plaatsen in RIBW'en realiseren, die voor een deel ten goede zullen komen aan oudere psychiatrische patiënten.

Bij de verdere ontwikkeling en vernieuwing van de hulpverlening spelen de zorgvernieuwingsfondsen een belangrijke rol. Op 6 mei 1996 hebben wij over zorgvernieuwing in de AWBZ een brief aan u gezonden (Kamerstukken II, 1995-1996, 24 404, nr. 19). De ouderenpsychiatrie heeft zowel te maken met het Zorgvernieuwingsfonds voor Verzorging en Verpleging als met het Zorgvernieuwingsfonds Geestelijke Gezondheidszorg. Bij de hieronder te noemen gelden moet worden opgemerkt dat het totaalbedragen betreft waarvan een deel beschikbaar is voor ouderen met psychische problematiek.

Een groot deel van de financiële ruimte die beschikbaar is voor de groei van de ouderenzorg in 1996 zetten wij in via het eerstgenoemde zorgvernieuwingsfonds. Voor 1996 bevat dit totaal f 389 miljoen. Het Zorgvernieuwingsfonds Geestelijke Gezondheidszorg bevat nu f 74.9 miljoen.

Ook via het beleidstoetsingskader-verpleeghuiszorg zullen wij extramuralisering stimuleren. Belangrijke punten hieruit zijn:

- geen verdere uitbreiding van reguliere intramurale verpleeghuis-capaciteit op of boven de toegestane norm van 70%;
- bevorderen van de realisering van verpleegunits in bejaardenoord middels het benutten van leegkomende WBO-capaciteit of middels substitutie van WBO-capaciteit;
- bevorderen van substitutie van intramurale verpleeghuis- en bejaardenoordzorg in extramurale zorg en het inzetten van uitbreidings-capaciteit in extramurale vorm;
- bevorderen van flexibele opvang ter ontlasting van de mantelzorg.

Ter versterking van de mogelijkheden om zelfstandig te blijven wonen zijn binnen de zorg aan dementerende ouderen de afgelopen jaren tal van mogelijkheden ontwikkeld, zoals casemanagement, ondersteuning van de mantelzorg, logeerhuizen en crisisopvang. Het is nu vooral van belang om te weten op welke schaal deze vernieuwingen zijn geïmplementeerd. Hiernaar zullen wij dit jaar onderzoek laten doen.

De zorgverlening aan thuiswonende ouderen met andere psychische problemen dan het dementiesyndroom is minder tot ontwikkeling gekomen. Momenteel is evaluatie-onderzoek gaande naar de Psychiatrische Intensieve Thuiszorg, dat voor de zomer zal zijn afgerond. Deze PIT-projecten bestaan ook voor ouderen. Daarnaast zullen wij diverse experimenten ondersteunen voor de ontwikkeling van hulp aan deze ouderen en betrokken familie of verzorgers in de thuissituatie. Ook hiermee zullen we dit jaar beginnen.

De Stichting Experimenten Volkshuisvesting heeft het afgelopen jaar het thema «kleinschalig wonen voor ouderen met het dementiesyndroom en andersoortige psychische problematiek» ontwikkeld.

Dit programma zal de komende drie jaar worden voortgezet.

Naast voldoende volume aan voorzieningen is het ook noodzakelijk dat er voldoende gekwalificeerde hulpverleners zijn. In de GGZ zijn te weinig psychiaters werkzaam met ouderenpsychiatrie als aandachtsgebied. Wij zullen in het regulier overleg met de NVP erop blijven aandringen dit knelpunt weg te nemen.

Tot slot zijn in het COTG richtlijnen aan de orde voor aanpassingen in de honoreringsstructuur voor huisartsen. Concreet betekent dit een verhoging van de honorering met 15% per oudere ziekenfondspatiënt.

3. Comorbiditeit

Op het terrein van de ouderenpsychiatrie is sprake van comorbiditeit. De Raad noemt dit «double trouble problematiek». Dit wil zeggen dat ouderen met psychische problematiek verblijvend in APZ'en een lichamelijke zorg-/verpleegbehoefte ontwikkelen en verpleeghuispatiënten psychische problemen krijgen. Geregeld krijgen wij aanvragen van APZ-en voor een afdeling verpleeghuiszorg en omgekeerd. Teneinde ons beleid in deze te kunnen funderen hebben wij door het Nationaal Ziekenhuis Instituut onderzoek laten doen. Wij zullen hiervan binnenkort de resultaten ontvangen. Belangrijkste conclusie lijkt te zijn dat zich geen wezenlijke problemen voordoen en dat deze patiënten verantwoord binnen de instelling kunnen blijven waarin zij in eerste instantie zijn opgenomen, mits APZ'en voor deze groep verpleeghuisdeskundigheid aantrekken en verpleeghuizen psychiatrische deskundigheid (met name wederzijdse consultatie). Wij zien dan ook geen reden de planning-snormen te veranderen. Het overplaatsen van ouderen moet zoveel mogelijk vermeden worden, maar kan in incidentele gevallen onvermijdelijk zijn om adequate zorg te bieden.

4. Chronisch psychiatrische patiënten

Zoals al in het begin van deze nota gesteld, zullen wij niet uitpuhend ingaan op de zorgverlening aan oudergeworden chronisch psychiatrische patiënten. Wel besteden wij kort aandacht aan de relaties tussen de GGZ en de ouderenzorg op dit punt.

Wijzigingen in de zorgvraag als gevolg van dementiesyndroom of somatische zorgbehoefte dienen door consultatie en zonodig A-verpleegkundige-hulp te worden opgevangen.

Bij het ouder worden kan het psychiatrische beeld ook minder pregnant worden. Deze mensen kunnen dan soms in sociowoningen, in een RIBW, of soms – onder bepaalde voorwaarden – in een bejaardenoord terecht.

Uitgangspunt is dat de ouderen bij veranderingen in de zorgbehoefte zo min mogelijk overgeplaatst worden. Wanneer overgang naar andere voorzieningen toch noodzakelijk is, dient dit zorgvuldig te geschieden. Het betreft een kwetsbare groep ouderen voor wie de kwaliteit van de zorg gegarandeerd moet blijven. Wij zullen de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend volgen.

5. Allochtone ouderen met psychische problematiek

Valide incidentie- en prevalentiecijfers voor allochtone ouderen met psychische problematiek zijn niet voorhanden, uitgezonderd voor het dementiesyndroom. Wel is bekend dat psychische problemen door allochtonen vaak niet als zodanig worden benoemd, maar vertaald in lichamelijke klachten. Het totale aantal allochtonen van 65 jaar en ouder bedroeg in 1994 175 700. Deze groep zal de komende jaren groter worden.

Het aantal allochtone ouderen lijdend aan het dementiesyndroom bedroeg in 1990 3 000. Dit aantal zal toenemen tot 5 000 in het jaar 2000. Over het algemeen zijn allochtone ouderen slecht op de hoogte van de

voorzieningen op het terrein van de hulpverlening. Mede hierdoor vindt diagnostiek vaak (té) laat plaats en komt ondersteuning pas op gang als opname in een instelling onvermijdelijk is geworden. Teneinde de toegankelijkheid van de zorg te vergroten, ondersteunen wij momenteel een voorlichtingsproject van de Nederlandse Islamitische Bond voor Ouderen (NISBO).

6. Preventie

Aan preventie hechten wij groot belang. Onze verantwoordelijkheid hierin is het stellen van prioriteiten, het garanderen van financiering en het zorgen voor een landelijke onderzoeks- en ontwikkelingsstructuur. De financiering van preventie is geregeld in de premies en de Wet op de Collectieve Preventie.

Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid ontvangt van ons een basissubsidie en functioneert als landelijk onderzoeks- en ontwikkelingsinstituut voor de GGZ. Hiermee heeft het NcGv diverse preventie-programma's voor ouderen laten uitvoeren en geëvalueerd, onder andere gericht op het voorkómen van eenzaamheid. Daarnaast is het Landelijk Ondersteuningspunt Preventie GGZ bij het NcGv ondergebracht. Het LOP neemt de coördinatie van preventieprojecten (onder andere voor ouderen) voor zijn rekening.

De ontwikkeling en uitvoering van preventie is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van het veld. Met name de RIAGG's en GGD'en ondernemen tal van activiteiten op het gebied van preventie en ouderen.

Gezien de hoeveelheid ontwikkelde preventieprogramma's voor ouderen staan wij nu voor de vraag of in de toekomst het accent dient te liggen op het ontwikkelen van nieuwe preventie-activiteiten danwel op het implementeren van ontwikkelde preventie-programma's. Wij hebben recentelijk aan de Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening gevraagd om ons hierover medio 1996 te adviseren. Dit advies willen wij gebruiken voor de aansturing van (GGZ) preventie-activiteiten in 1997.

Onder de bevolking en ook bij hulpverleners is weinig bekend (over de gevolgen) van psychische stoornissen bij ouderen en de behandel-mogelijkheden. Hierdoor worden problemen nog te vaak (te) laat herkend. Momenteel ondersteunen wij daarom de productie van een videoband voor ouderen en één voor hulpverleners, die gebruikt zullen worden in een voorlichtings- en deskundigheidsbevorderingsprogramma over depressies bij ouderen.

Met betrekking tot het dementiesyndroom is reeds aan voorlichting gedaan (onder andere via televisiedocumentaires). Daarnaast vervult de door ons ondersteunde Alzheimerstichting hierin een structurele taak.

Veel van de gezondheidswinst die met preventie bij ouderen te behalen valt, bevindt zich buiten het domein van de gezondheidszorg (facetbeleid). In het Integraal Actieprogramma Ouderenbeleid 1995-1998 presenteren wij een breed spectrum aan maatregelen met als doel voorkomen van sociaal isolement en verbeteren van sociaal-economische omstandigheden van ouderen.

7. Deskundigheidsbevordering en kwaliteit van zorg

Financiering van deskundigheidsbevordering via scholing en ontwikkeling van protocollen, standaarden en richtlijnen voor diagnostiek en behandeling kan binnen de bestaande financiële kaders plaatsvinden.

De ontwikkeling van bij- en nascholing is de verantwoordelijkheid van het veld. Voor verpleegkundigen en verzorgenden is met name op het terrein van dementiesyndroom reeds veel aan bij- en nascholing ontwikkeld. De vraag is op welke schaal hulpverleners gebruik maken van het bestaande aanbod. Hiernaar zullen wij in 1997 onderzoek laten verrichten.

Voor de financiering hiervan zijn fondsen beschikbaar: het AWO, AWOB- en het AWOZ-fonds. Wij hebben vernomen dat deze fondsen naar elkaar verwijzen voor de ontwikkeling van voorzieningoverstijgende bij- en nascholing. Initiatiefnemers vallen daardoor tussen wal en schip. Wij zullen dat met de fondsen bespreken. Daarnaast zal deze zomer een evaluatie door het NEI (Nederlands Economisch Instituut) van de inzet van deze fondsen op het terrein van scholing gereed zijn. Wij zullen de gegevens hierover zo snel mogelijk naar de Kamer sturen.

In overleg met de LHV zullen wij de opleiding tot huisarts laten evalueren op mogelijke knelpunten in het onderwijs over ouderen, waaronder dementiële en psychiatrische problematiek.

Huisartsen hebben een belangrijke rol aan de poort van de hulpverlening. Hun functie in de ouderenpsychiatrie is met name vroegtijdige signalering en tijdige verwijzing. De versterking van de positie van de huisarts, vooral om de poortwachtersfunctie beter te vervullen, krijgt van ons veel aandacht. In september is 1995 is de rapportage van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg verschenen. Direct daarop aansluitend hebben de LHV, de verzekeraars en wij gezamenlijke afspraken gemaakt over het doorvoeren van concrete maatregelen. Zo zullen de komende jaren experimenten starten ter versterking van de poortwachtersfunctie. Wij zullen met de LHV overleggen over een pilot-project op het terrein van de ouderenpsychiatrie ten behoeve van verbetering van de vroegtijdige signalering van GGZ-problematiek bij ouderen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging ontvangt een structurele financiering ten behoeve van deskundigheidsbevordering. Hiermee zijn onder andere standaarden voor het dementiesyndroom en depressie opgesteld alsmede een deskundigheidsbevorderingspakket dementie.

Omdat er nog steeds een gebrek aan belangstelling voor en kennis van het specifieke van psychische problemen bij ouderen is, zowel bij hulpverleners als bij ouderen zelf, vinden wij een attitudeverandering noodzakelijk waarbij de boodschap is dat ook op oudere leeftijd behandeling mogelijk en wenselijk is. Hierdoor zal ook de signalering verbeteren. Wij zullen dit bij gelegenheid blijven benadrukken. Overigens constateren wij dat ook hier sprake is van enige kentering.

Daarnaast is het zo, dat mét de demografische ontwikkelingen ook het hulp-/zorgaanbod passend op een veranderende vraag moet veranderen. Ook dit is iets dat wij bij gelegenheid benadrukken.

Er zijn momenteel vijf leerstoelen geriatrie, een leerstoel ouderenpsychiatrie, een leerstoel psychogeriatric en twee leerstoelen verpleeghuisgeneeskunde. In plaats van versnippering door uitbreiding leggen wij prioriteit bij de versterking van het onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg bij deze lokaties, zodat een aantal hiervan kan uitgroeien tot kenniscentra. Over de mogelijkheden hiervan zullen wij overleggen met de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen.

Wij hebben het bestuur van de Vereniging Academische Ziekenhuizen gevraagd ons te informeren over de topreferentiefunctie psychiatrie in academische ziekenhuizen. Doel is te komen tot onderlinge afstemming tussen academische ziekenhuizen over de specifieke problematieken en

patiëntengroepen van de topreferentiefuncties. Ook hiervan kan een stimulans uitgaan op de bundeling van kennis.

Wat betreft kwaliteitsbeleid hebben wij al gewezen op de activiteiten van huisartsen. Ook de Landelijke Specialisten Vereniging beschikt over eigen middelen voor het ontwikkelen van protocollen, richtlijnen en standaarden. Bij- en nascholing en protocolontwikkeling zijn daarbinnen speerpunten.

Wat betreft de verzorgenden en verpleegkundigen zullen wij het Landelijk Centrum Verzorging & Verpleging vragen bij de uitvoering van zijn werkprogramma 1996 aandacht te besteden aan het ontwikkelen van protocollen, richtlijnen en standaarden. Wij hebben het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging tevens verzocht een programma-voorstel te ontwikkelen voor de initiële opleidingen voor verzorgenden en verpleegkundigen. Doel van dit programma is het verbeteren van het onderwijscurriculum over ouderen. Een inventarisatie van de eindtermen en bestaande onderwijsprogramma's zal onderdeel van dit programma uitmaken.

Verder hebben wij de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie financiële ondersteuning gegeven om kwaliteitscriteria voor de beroepsuitoefening van artsen werkzaam in de sociale geriatrie te ontwikkelen.

Tot slot

In deze beleidsbrief hebben wij ons beleid uiteengezet voor ouderen met psychische problematiek (ouderenpsychiatrie). Centraal daarbij staat de circuitvorming en programmatische samenwerking.

Via (in voorbereiding zijnde) veranderingen in wet- en regelgeving voor het gehele terrein van de ouderenzorg en GGZ menen wij dat wij voldoende voorzien in de hiertoe benodigde aanpassingen in planning, financiering en bekostiging.

Speciale aandacht in deze trajecten zal worden besteed aan de functie van de bejaardenoorden, de indicatiestelling en de consultatiefunctie.

Daarnaast geven wij middels aansturing van intermediaire organisaties en eigen activiteiten invulling aan meerjaren onderzoek- en ontwikkelprogramma om de circuitvorming en verbeteringen in de ouderenpsychiatrie te stimuleren. Een overzicht van alle in deze beleidsbrief aangekondigde activiteiten vindt u in de bijlage.

Ook voor veldpartijen is een belangrijke rol bij de ontwikkeling en uitvoering weggelegd. Via invitational conferences willen wij op concrete onderdelen tot goede afspraken met het veld komen. Om te beginnen zal het NcGv op ons verzoek in het najaar een invitational conference over de MFE-vorming en de ouderenpsychiatrie organiseren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra

BIJLAGE
ONDERZOEK- EN ONTWIKKELPROGRAMMA

Onderwerp	Opdrachtgever/Uitvoerder	Termijn	Kosten
1. Programmatische samenwerking			
- MFE vorming voor ouderen	NcGv	1996	50 000
- helpdesk zorgvernieuwing	NcGv	1996	86 200
- evaluatie p.g. teams	NcGv	- 1996	124 569
- doelmatigheid diagnostiek dem.			
- geriatrische netwerken	div.	1996-1998	1 800 000
- indicatiestelling	P.M.		
- voorl. brochure ziekenhuisps.	Ned. Fed. Ziekenhuispsychiatrie	1996	22 000
2. Zorgvernieuwing			
- het BO in de toekomst	v Loveren & Partn. BV	1996	219 440
- b.o. en psychiatrische patiënten	NcGv	1996-1997	125 290
- implementatie vernieuwing dem.zorg			100 000
- ontwikkeling thuishulp oud.psych.			P.M.
- evaluatie onderzoek PIT	NcGv	1996	50 110
- kleinschalige woonvoorzieningen	SEV	1996-1998	450 000
3. Preventie			
- onderzoek/ontwikkeling prev. GGZ	NcGv		Structureel
- voorlichting dementiesyndroom	AlzheimerStg.	Structureel	385 600
- voorl. dementiesyndr., zorgaanbod	NISBO	1996 (evt.1997)	53 083
4. Deskundigheidsbevordering en kwaliteit van zorg			
- initiële opleiding verz.&verpl.	LCV&V		P.M.
- evaluatie huisartsenopleiding	LHV		P.M.
- gebruik bij- & nascholing dem.syndr.			P.M.
- evaluatie inzet fondsen	NEI		185 503
			P.M.
- experim. poortwachter H.A. GGZ	LHV		P.M.
- richtlijnontwikkeling v&v	LCV&V		P.M.
- kwaliteitscriteria soc. ger.	NVG	1996	67 236

N.B.: Sommige onderwerpen en bijbehorende bedragen betreffen meer dan alleen de ouderenspsychiatrie.