

Vergaderjaar 2002–2003

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 44

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 mei 2003

Inleiding

Tijdens het Algemeen Overleg met uw Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 4 december 2002 over de modernisering van de AWBZ is eveneens aandacht geschonken aan het regeringsstandpunt op het advies van de Gezondheidsraad over dementie. Met name werd van de zijde van het lid Vendrik (GL) gewezen op de noodzaak om meer duidelijkheid te scheppen ten aanzien van de voorzieningen voor dementerenden. Ook de noodzaak van een «breed plan van aanpak» zoals dat in het advies van de Gezondheidsraad staat beschreven, werd door hem onderschreven. Ik heb in reactie hierop aangegeven de door de Kamer gevoelde en verwoorde noodzaak ten volle te onderschrijven en U te zullen informeren over de ontwikkelingen hierin.

In het onderstaande zal ik met name aandacht schenken aan het door de Gezondheidsraad bepleite landelijk zorgprogramma dementie, waar ik tijdens het bovenvermelde Algemeen Overleg aan refereerde, en aan de voorzieningen voor dementerenden. Zowel in het te ontwikkelen Landelijk Zorgprogramma Dementie (LZD) als bij de voorzieningen staat de dementerende cliënt centraal. Het LZD gaat ervan uit dat er meer samenhang moet komen tussen al het voor dementerenden beschikbare aanbod van wonen, zorg, welzijn en medische voorzieningen. Hierop ga ik hieronder eerst in. Bij de voorzieningen gaat het om het totstandkomen van voor dementerenden geschikte capaciteit, binnen instellingen én in de vorm van zelfstandig wonen. Dit treft u in het tweede deel van mijn brief aan.

I. Landelijk Zorgprogramma Dementie

De Gezondheidsraad heeft aanbevolen om de samenhang in de zorg voor dementerenden te verbeteren. Er is om te beginnen een grote hoeveelheid professionals werkzaam in de zorg voor dementerenden zowel op het medische terrein als op het gebied van verzorging, verpleging, begelei-

ding en behandeling. Daarnaast leveren veel andere professionals diensten («zorg») die ligt in de sfeer van de mantelzorgondersteuning en het welzijn en is soms ook het wonen nog eens apart, maar wel specifiek voor dementerenden beschikbaar. Vaststaat dat de dementerenden in verschillende fasen van hun ziekte problemen ondervinden op deze verschillende terreinen en dat die problemen zich vaak ook tegelijkertijd voordoen. Zo is het voor dementerenden en hun partners lastig dat zij niet weten welke vormen van wonen, welzijn, zorg en medische voorzieningen beschikbaar zijn. Ondervinden ze problemen bij het organiseren van zorg in den brede, omdat die niet georganiseerd wordt aangeboden; er is nog veel te weinig sprake van samenhangende arrangementen. Zo worden dementerenden nog te vaak zelf op pad gestuurd om een ander deel van hetzelfde probleem bij een andere professional onder de aandacht te brengen, terwijl in een goede keten dat automatisch doorgeleid wordt, indien de cliënt dat wil.

Het probleem is dat organisaties en disciplines zich op hun eigen aandachtsgebied richten en dementerenden niet voldoende kennis en mogelijkheden hebben om hier zelf de juiste samenhang in te bereiken. Het is daarom van wezensbelang voor mensen die toch al te maken hebben met een ziektebeeld dat zich kenmerkt door afnemende zelfredzaamheid dat de diverse aanbieders van zorg gaan inzien dat adequate patiëntenzorg samenhang vergt en dat onderlinge samenwerking al dan niet in ketens onontbeerlijk is. De Gezondheidsraad heeft mij geadviseerd het voortouw te nemen bij het scheppen van meer duidelijkheid in de taken en verantwoordelijkheden van organisaties en disciplines. Het is mijn overtuiging dat, gezien de versnippering in het veld, het niet voldoende is om deze taken en verantwoordelijkheden alleen meer expliciet te maken. Het is van belang om ook een effectieve bestuurlijke aanpak te ontwikkelen om deze samenhang daadwerkelijk te realiseren. Op beide ga ik hierna achtereenvolgens in.

Samenhang in de zorg voor dementerenden creëren

Het te ontwikkelen LZD zal vanuit het cliëntenperspectief gaan beschrijven welke in diverse stadia van dementie de meest voorkomende problemen zijn en welke interventies daarop zijn toe te passen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat het een blauwdruk wordt van dementiezorg. Dat verhoudt zich slecht met de uitgangspunten van onder andere de modernisering van de AWBZ, waarin uitdrukking is gegeven aan het principe dat de cliënt centraal staat en niet langer het aanbod leidend is. Het is de bedoeling dat er een beschrijving komt van de problematiek en een overzicht wordt gegeven van oplossingsvarianten en de samenhang en gelijktijdigheid van problemen en oplossingen. Het LZD stelt regionale partijen in staat om te beoordelen aan welk type zorg behoefte bestaat of welke keten zou moeten worden ontwikkeld, dus welke samenwerkingsverbanden er aan gegaan moeten worden om te garanderen dat dementerenden kwalitatief goede zorg kunnen ontvangen. Dit zal op het platteland bijvoorbeeld tot andere oplossingen leiden dan in de stedelijke gebieden.

Het NIZW gaat dat programma in samenwerking met Prismant en Alzheimer Nederland ontwikkelen. Bij de ontwikkeling van het LZD kan overigens goed gebruik worden gemaakt van kennis die is opgedaan met initiatieven die in het veld al ontwikkeld zijn. Nog dit voorjaar wordt gestart met de ontwikkeling die in het voorjaar 2004 zover gereed zal zijn dat het programma kan worden uitgetest in twee (sub)regio's. Als dan blijkt dat het programma regionale partijen in staat stelt meer samenhangende en dus voor dementerenden effectievere zorg te realiseren, zal vervolgens worden overgegaan tot verdere implementatie ervan. Hiervoor is een breed bestuurlijk draagvlak nodig. En hiervoor is nodig dat degenen die daarvoor moeten zorgen, betrokken zijn bij de totstandkoming van een

dergelijk programma. In de begeleidingscommissie van het NIZW zullen direct betrokkenen vertegenwoordigd zijn. Verder zullen cliënten- en patiëntenvertegenwoordigers, aanbieders, professionals, maar ook verzekeraars, lagere overheden en woningcorporaties worden gevraagd hun inbreng te hebben in het programma.

Vormgeving succesrijke implementatie LZD

Om het LZD uiteindelijk te realiseren op regionaal niveau is het van belang om gelijktijdig met het ontwikkelen van het programma zelf de bestuurlijke aanpak vorm te geven.

Het gaat erom om al in een vroeg stadium te bepalen wie of welke partijen gezamenlijk verantwoordelijk kunnen worden gemaakt om samenhang van dementiezorg te realiseren op het niveau van regio's of subregio's. Tot dit doel zal een aparte werkgroep worden opgericht die deels zal bestaan uit personen die ook bij de ontwikkeling van het LZD nauw betrokken zijn. De gedachte is om het LZD, na de try-outfase die in het ontwikkelingstraject is opgenomen, beperkt te beginnen met de feitelijke implementatie van het zorgprogramma. In die situaties kan heel gericht worden gewerkt aan het behalen van successen ter verbetering van de samenhang in de zorg voor dementerenden. Die zullen op hun beurt partijen in andere regio's stimuleren tot het hanteren van het LZD. Op basis hiervan moet in meer regio's samenhang worden gecreëerd. Uiteindelijk is het voor alle andere betrokkenen in de overige regio's onontkoombaar om ook zelf met het LZD aan de slag te gaan. Overigens moet met name het onderdeel van een succesvolle implementatie in de komende maanden, de bedoeling is uiterlijk oktober van dit jaar, nader worden ingevuld.

II. Voorzieningen voor dementerenden

Zonder vooruit te kunnen lopen op het te ontwikkelen Landelijk Zorgprogramma Dementie waarin onder andere zeker ook aandacht zal worden besteed aan de problemen die dementerenden ondervinden op het vlak van hun huisvesting, wordt uiteraard beleid gevoerd ten aanzien van de totstandkoming van voldoende, ook voor deze doelgroep geschikte huisvesting. Huisvesting niet alleen in de zin van volkshuisvesting, hoewel uiteraard daar de grootste groep dementerenden het langst verblijft, maar ook het AWBZ-bekostigde verblijf.

Hieronder geef ik een beschrijving van de inspanningen die worden gepleegd op de onderscheiden terreinen van de huisvesting.

Onder de voorzieningen voor dementerenden vallen ten minste de AWBZ-toegelaten instellingen die verblijf en tenminste één andere functie, niet zijnde huishoudelijke verzorging, aanbieden aan mensen met psychogeriatrische aandoeningen of beperkingen. Het gaat hier om de verzorgings- en verpleeghuizen die zowel permanent als tijdelijk verblijf bieden, soms in kleinschalige setting. Ook de instellingen die de functie ondersteunende begeleiding in dagdelen (dag-behandeling, dagverzorging, dagopvang) bieden én de toegelaten instellingen die verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding aanbieden op individuele, uren-basis (zorg thuis in allerlei vormen) kunnen deze zorg leveren aan dementerende verzekerden.

Daarnaast zijn er voorzieningen waarvan het verblijf niet op basis van de AWBZ wordt bekostigd, maar die wel specifiek voor dementerenden zijn bestemd. De zorg die aldaar wordt genoten kan wel indien daar een indicatie voor bestaat worden bekostigd uit de AWBZ. Bovendien komt soms een deel van de exploitatie van de zorginfrastructuur voor financiering uit het AFBZ in aanmerking. Hierbij denk ik met name aan de kleinschalige woonvoorzieningen voor dementerenden. Het zijn woningen die voor

groepsbewoning door dementerenden geschikt zijn en zich in hun toelatingsbeleid specifiek richten op deze groep mensen.

Maar ook de Alzheimercafés, de inloopcentra voor mensen met dementie en hun naasten, de initiatieven die zich richten op het aanbieden van vakantieaccommodatie voor deze groep cliënten en hun familie valt onder deze categorie voorzieningen. De kosten van deze voorzieningen worden niet op basis van de AWBZ vergoed.

De meeste kosten komen voor eigen rekening of er wordt een bijdrage in de kosten gevraagd voor voorzieningen die bijvoorbeeld uit welzijnsmiddelen zijn gerealiseerd.

Maar ook in de gezondheidszorg bestaan er voorzieningen die zich richten op mensen met dementie, zoals bijvoorbeeld de geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en de geheugenpoli's. De kosten daarvan komen voor rekening van de Ziekenfondswet of een particuliere verzekering.

Zelfstandig wonen

Eén van de meest in het oog springende wijzigingen in het beleid van de afgelopen jaren is geweest de nadruk die is komen te liggen op het scheiden van wonen en zorg. Mensen moeten in staat worden gesteld om zo lang mogelijk, indien ze dat wensen, zelfstandig te wonen en thuis zorg te ontvangen. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is dat er voldoende woningen beschikbaar zijn waarin mensen met een zorgbehoefte in staat zijn om lang zelfstandig te leven.

Samen met VROM is VWS drukdoende te zorgen voor een voldoende woningvoorraad voor deze groep cliënten. Binnen de groep mensen die zorg nodig hebben en zo lang mogelijk thuis willen wonen zijn uiteraard ook veel dementerenden met hun partners. Dus ook het beleid dat ik samen met mijn ambtgenoot van VROM vormgeef is van belang voor de groep dementerenden waarover het in deze brief expliciet gaat. Berekend is dat de totale extra behoefte aan toegankelijke woningen in 2015 circa 480 000 woningen bedraagt. Een deel daarvan is geschikt voor de doelgroep dementerenden. Thans wordt door VROM nagegaan hoe door stimulerende maatregelen of door het sluiten van convenanten met marktpartijen (waaronder corporaties) het aandeel toegankelijke woningen is te verhogen. Het gaat hierbij om nieuwbouw, woningaanpassing en woningtoewijzing. U zult naar alle waarschijnlijkheid door het nieuw te vormen kabinet schriftelijk over deze opgave worden geïnformeerd.

Kleinschalig wonen voor dementerenden

Er wordt ook specifiek voor deze groep zorgbehoevenden gebouwd. Het gaat dan om woningcomplexen waarin in klein groepsverband door dementerenden zelfstandig wordt gewoond. Ten behoeve van deze initiatieven is het zinvol om wetenschappelijk de (positieve) effecten van deze woonvorm voor mensen met dementie aan te tonen en om de factoren die aan die effecten bijdragen in kaart te brengen. Op 1 mei 1999 heeft één van mijn voorgangers aan de Gezondheidsraad gevraagd om te bezien welke invloed er uitgaat van kleinschalig wonen op het ziektebeloop bij mensen die lijden aan dementie en op hun kwaliteit van leven. De Gezondheidsraad heeft gerapporteerd dat er op dat terrein geen valide onderzoeksresultaten beschikbaar waren. Mede om deze reden ondersteunt VWS het Trimbosinstituut dat dit jaar met een onderzoek start dat meer feiten moet genereren over kleinschalig wonen voor dementerenden. Het onderzoek strekt zich uit over drie jaar en wordt afgerond in 2005.

Er is bovendien al het nodige ondernomen om kleinschalige zorg voor dementerenden zowel in zelfstandig wonen situaties als in AWBZ-instellingen die verblijf bieden meer in de schijnwerpers te zetten. Zo zijn in de derde tender van de Woonzorgstimuleringsregeling dementerenden prioritaire doelgroep geweest. Het Innovatieprogramma Wonen en Zorg stimuleert instellingen tot nadenken over en vormgeven aan kleinschalige zorgverlening.

Het NIZW onderzoekt, gefinancierd door VWS, welke competenties zorgverleners moeten hebben om kleinschalige zorg te kunnen verlenen. En in het najaar van 2003 vindt de week van de kleinschalige zorg voor dementerenden plaats en ook daaraan draagt het ministerie van VWS financieel bij. In die week wordt op tal van manieren en plaatsen aandacht gevraagd voor het onderwerp en wordt op die manier een poging gedaan om meer mensen te laten kennismaken met de mogelijkheden van zorg voor dementerenden anders dan in een grootschalige (verblijfs)setting.

Verblijf als bedoeld in artikel 9 van de AWBZ

De AWBZ-toegelaten instellingen die verblijf (willen gaan) leveren ten behoeve van deze groep cliënten (tot 1 april 2003 de verzorgings- en verpleeghuizen) moeten daarvoor voldoen aan de regels die voor de planning en de bouw van dit soort voorzieningen zijn neergelegd in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Dat betekent onder andere dat ze een verklaring van behoefte hebben moeten krijgen en dat er een vergunning is afgegeven alvorens het gebouw daadwerkelijk in gebruik wordt genomen. Sinds eind jaren negentig van de vorige eeuw is er ten aanzien van het realiseren van zorgcapaciteit nog al wat veranderd. Immers als gevolg van de rechterlijke uitspraken dat verzekerden recht hebben op de zorg waarvoor ze geïndiceerd zijn en de verzekeraar is aangewezen als de instantie die daarin dient te voorzien, is geconcludeerd dat hiervoor voldoende middelen beschikbaar moeten zijn. In feite is er bij de AWBZ sprake van een (geclausuleerd) openeinderegeling. Voor de van oudsher gehanteerde bouwprioriteitenlijsten heeft dit tot gevolg gehad dat het beperkende karakter van die lijst is verdwenen.

Op dit moment dienen de bouwprioriteitenlijsten om zicht te geven op de vele initiatieven die er worden ontplooid om het volume aan zorg met verblijf uit te breiden. Aanvulling van de lijst is voortdurend mogelijk. Ook de wijze waarop aan de WZV zelf invulling wordt gegeven om sneller dan tot voorheen capaciteit te kunnen realiseren draagt bij aan het recht van verzekerden om die zorg te ontvangen waarvan is vastgesteld dat ze die nodig hebben. Zo worden in de sector V&V de initiatieven rechtstreeks bij het College bouw zorgvoorzieningen ingediend en worden er korte termijnen voor behandeling gehanteerd. Hierdoor kan sneller met de bouw van voorzieningen worden gestart. Veel van de volumeprojecten die op de bouwprioriteitenlijst zijn geplaatst, behelzen projecten voor psychogeriatrische cliënten. Aangezien de capaciteitsuitbreiding sinds het eind van de vorige eeuw op geleide van het zorgkantoor wordt vormgegeven, is gewaarborgd dat er regionaal voldoende rekening wordt gehouden met de behoefte aan verblijfs capaciteit.

Om u een indruk te geven van de omvang van de uitbreiding van de verblijfs capaciteit die op korte termijn zal worden gerealiseerd: in de periode 1 januari 2002 tot heden is voor het uitbreiden van de intramurale capaciteit met circa 2100 bedden voor psychogeriatrische cliënten een verklaring op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen afgegeven. Sommige initiatieven zullen reeds in exploitatie zijn genomen, andere zullen qua omvang van het project iets meer voorbereidingstijd vergen.

In het kader van de modernisering van de AWBZ hebben tal van andere regelingen eveneens een moderniseringsslag gemaakt. Zo zijn onder andere de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV gewijzigd. Niet alleen zijn de begrippen die worden gehanteerd aangepast aan de functionele aanspraken zoals die in het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn opgenomen, voor de sector V&V is er tevens voor gekozen een aantal beleidswijzigingen door te voeren.

Deze beleidswijzigingen zijn met name voor de cliënten die in deze brief centraal staan relevant. Met name is van belang dat de minimumomvang van verblijf niet langer is voorgeschreven. Dat maakt het sinds 1 april van dit jaar mogelijk om onder de WZV ook kleinschalige voorzieningen voor dementerenden te realiseren. Bovendien is er bepaald dat initiatieven die bestemd zijn voor dementerenden met voorrang in aanmerking komen voor honorering, uiteraard als aan de overige vereisten is voldaan. Zo is ook geregeld dat het realiseren van logeercapaciteit hoge prioriteit geniet. Hierdoor kan er meer tijdelijke verblijfs capaciteit worden gerealiseerd wat met name de mantelzorgers van dementerenden ontlast. In de brief Zorg nabij (Kamerstukken 2000–2001, 27 401, nr. 65) heb ik reeds aangegeven dat het vergroten van deze mogelijkheden van groot belang is voor het tijdelijk ontlasten van het patiëntensysteem. Daardoor kunnen dementerenden langer thuis zelfstandig wonen. In de beantwoording van de vragen van mevrouw Kant (Kamervragen 2002–2003, nr. 1106) heb ik hieraan ook al aandacht besteed.

De beleidsregels vormen bovendien een dynamische set richtlijnen voor het vormgeven van verblijf. Zo zal er de komende tijd worden gezien in hoeverre met name de snelle totstandkoming van kleinschalige verblijfs capaciteit kan worden gefaciliteerd. In de zorg voor gehandicapten en mensen met psychiatrische problemen bestaat al een mogelijkheid om kleinschalige voorzieningen te realiseren buiten de Wet ziekenhuisvoorzieningen om. Naar een dergelijke regeling gaan de gedachten ook uit als het gaat om kleinschalige intramurale zorg voor mensen die aan dementie lijden.

Zorg voor jong dementerenden

In de beantwoording van de vragen van mevrouw Tonkens over jong dementerenden (Kamerstukken 2002–2003, nr. 1108) heb ik aangegeven dat er door mij niet specifiek beleid wordt gevoerd op het terrein van deze groep verzekerden. Ik ga ervan uit dat de zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk voldoende zicht hebben op de omvang van deze groep cliënten zodat zij er zorg voor kunnen dragen dat er voldoende kwalitatief goede zorg beschikbaar is.

Hoewel er in officiële termen geen verpleeghuizen met toegelaten capaciteit voor jongdementerenden zijn, wil dat niet zeggen dat die instellingen er in de praktijk niet zijn. Immers, de instellingen zelf worden rechtstreeks geconfronteerd met patiënten die reeds op jongere leeftijd met de eerste verschijnselen van dementie kampen. Sommige instellingen hebben zich om die reden reeds specifiek op die doelgroep gefocust en hebben in regionaal verband een bijzondere positie voor deze groep zorgbehoevenden.

De ruimere mogelijkheden die de gemoderniseerde AWBZ verzekerden biedt om te voorzien in de zorgbehoefte op het terrein van de verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling, zowel in natura als in de vorm van een persoonsgebonden budget, zullen dementerenden en dus ook jongdementerenden beter faciliteren en instellingen qua financieringsbronnen beter in staat stellen de zorg af te stemmen op deze bijzondere groep cliënten. Een belangrijk deel van de modernisering van de AWBZ is op 1 april 2003 ingevoerd. De invoering van de functiegerichte bekostiging

van de zorg in natura wordt de volgende stap. Belangrijk element daarin vormt de financiering op basis van zorgzwaarte.

Meest recente wachtlijstgegevens

Uit de laatste inventarisatie van de wachtlijsten blijkt dat de wachtlijsten geleidelijk afnemen. Niettemin wachtten op 1 november 2002 in totaal 6 284 mensen op opname in een verpleeghuis voor psychogeriatrische patiënten. Van deze mensen ontvangen er 2 402 geen overbruggingszorg. Daarnaast en ik verwijs u gemakshalve naar de brieven die ik u op 17 januari en 3 maart 2003 ter zake zond (Kamerstukken 2002–2003, 28 600 XVI, nrs. 99 en 110) wacht nog steeds een behoorlijk aantal ouderen op zorg thuis. Onder dat aantal wachtenden zijn zeker ook dementerenden, op basis van deze cijfers is niet aan te geven hoeveel. Aangezien in principe zorg thuis in het kader van de wachtlijstbestrijding als extra productie kan worden overeengekomen met het zorgkantoor, ligt het antwoord op de vraag waarom die mensen geen «overbruggingszorg» ontvangen niet in de sfeer van onvoldoende middelen. Personeelskrapte of de eigen wens van de verzekerde zijn factoren die daarin mee een rol spelen.

Regionale aanpak van de wachtlijsten

Veel van de hiervoor genoemde ontwikkelingen vinden tegelijkertijd plaats in de diverse regio's. Niettemin komt nog steeds niet alle bouw c.q. uitbreiding van de noodzakelijke zorgproductie in het gewenste tempo tot stand.

Daaraan liggen tal van oorzaken ten grondslag; van tussentijdse beleidswijzigingen tot wisselingen in de bestuursstructuur van instellingen, van niet beschikbare grond voor het bouwen van zorgvoorzieningen en zorgwoningen tot problemen met het aantrekken van voldoende personeel. Voor de totstandkoming van voldoende voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en zorg is ook samenwerking tussen partijen vereist. In het kader van de regionale aanpak van de wachtlijsten (zie mijn brief van 21 november 2002, Kamerstukken 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 43) wordt een poging gedaan om met alle partijen gezamenlijk (verzekeraars, aanbieders, woningcorporaties, gemeenten en provincies, welzijnsinstellingen) afspraken te maken over de door de onderscheiden partijen te leveren prestaties, zowel nu als in de toekomst. Om te weten wat er in welke regio moet gebeuren om te bewerkstelligen dat de wachtlijst verdwijnt, worden door mij regionale beelden opgesteld. Daarin staat beschreven wat er aan wonen, zorg en welzijn nodig is, wat er al aanwezig is, met welke bevolkingstoename en groei van het aantal ouderen rekening moet worden gehouden en waarin in verband daarmee moet worden geïnvesteerd als het gaat om die drie terreinen. Op basis van die gegevens gaan regionale partijen gezamenlijk aan de slag met het opstellen van een plan van aanpak dat ervoor moet zorgen dat er in zo'n drie jaar tijd een einde aan de wachtlijst komt. Op dit moment zijn er intensieve overleggen met regio's die belangstelling hebben getoond om op deze manier te gaan werken. Bij gelegenheid van die overleggen zal nadrukkelijk aandacht worden gevraagd voor de dementerenden. Zodra een en ander meer is uitgekristalliseerd zal ik u daarover nader berichten.

Effect meten

Alzheimer Nederland en TNO hebben naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad over dementie een eerste opzet ontwikkeld van een simulatieprogramma dementie. Het gaat om een simulatiemodel waarin de effecten van verschillende beleidsintensiveringen kunnen worden zichtbaar gemaakt. Ik heb besloten het model verder te laten ontwikkelen, omdat het mij in staat kan stellen ook inzicht te krijgen in de effecten van

toepassen van het LZD in onderscheiden regio's. Door met name de hele keten van wonen, welzijn, zorg en medische voorzieningen in het simulatiemodel te verwerken kan beter worden beoordeeld op welk onderdeel van het brede beleidsterrein waarover dementie zich uitstrekt het meest effectief een intensivering kan plaatsvinden.

Ik zal u over de voortgang van het totstandkomen van het Landelijk Zorgprogramma Dementie in het najaar van 2003 nader informeren.

Ik verwacht u voor nu voldoende te hebben geïnformeerd.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp