



Rapportage

Onderzoek naar het huidige gebruik, wachttijden en
wachtlijsten Casemanagement Dementie 2018

Lennart Homan MSc.
dr. Patrick Jansen
Eline Lubbes MSc.
Evelien Rijken MSc.

Bureau HHM, 28 augustus 2018
LH/18/1386/evwldem

Managementsamenvatting (1/3)

In opdracht van het ministerie van VWS heeft bureau HHM de afgelopen maanden onderzoek gedaan naar het huidig gebruik van casemanagement dementie (CMD) ten opzichte van het aantal thuiswonende mensen met dementie. Ook onderzochten we de wachtlijsten, wachttijden en oorzaken voor het bestaan hiervan. Aanvullend keken we naar redenen waarom mensen geen gebruik maken van CMD.

Aantal thuiswonende mensen met dementie

Om het aantal thuiswonende mensen met dementie in kaart te brengen hebben we gebruikgemaakt van gegevens uit bestaand onderzoek. Een vaak gebruikt onderzoek dat ook in eerdere studies als uitgangspunt is gehanteerd betreft het onderzoek van TNO in opdracht van Alzheimer Nederland (2017). Dit onderzoek gaat uit van 270.000 mensen met dementie in 2015 en een groei naar 310.000 mensen in 2020. Bij een gelijke groei over de jaren gaat het om circa 294.000 mensen in 2018. Van deze groep woont een deel in een instelling. De Monitor Langdurige Zorg (MLZ) gaat uit van circa 88.500 mensen met dementie in een instelling op 1 januari 2018.

Uitgaande van deze cijfers **wonen circa 205.500 mensen met dementie thuis**. Dit zijn zowel mensen met, als mensen zonder de diagnose dementie.

Cijfers van het Nivel over 2016 tonen dat circa 103.000 mensen met de diagnose dementie bekend zijn bij de huisarts, hiervan wonen circa 85.000 mensen zelfstandig. Naar verwachting is dit aantal de afgelopen jaren gegroeid.

We schatten in dat anno 2018 circa 110.000 tot 120.000 mensen met dementie thuis wonen die niet bekend zijn bij een huisarts. Dit zijn mensen zonder de diagnose dementie.

Huidig gebruik casemanagement dementie

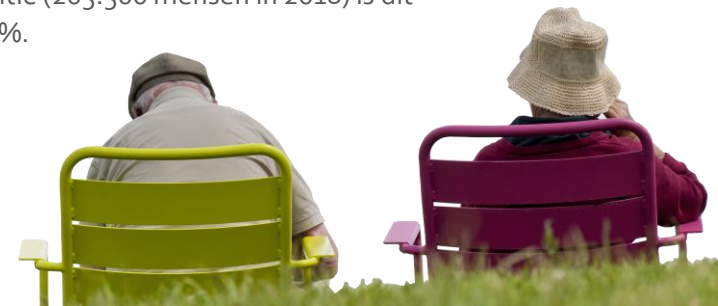
Om het huidig gebruik in kaart te brengen hebben we informatie verzameld bij de actieve dementienetwerken en onder de zorgaanbieders die CMD leveren. Deze partijen zijn in een vroegtijdig stadium betrokken bij dit onderzoek door een zestal regiogesprekken. Vervolgens hebben wij met een digitaal formulier de benodigde gegevens uitgevraagd.

Uit 61 regio's hebben we respons ontvangen. Deze 61 regio's dekken geografisch gezien heel Nederland. Van 39 regio's weten we op basis van de ontvangen respons dat we het huidig gebruik volledig in beeld hebben. Van de overige 22 regio's weten we dat niet alle zorgaanbieders die in de desbetreffende regio casemanagement dementie bieden gegevens hebben aangeleverd.

De ontvangen gegevens hebben we geëxtrapoleerd om het huidig gebruik van CMD in Nederland in kaart te brengen. Voor de 39 regio's waarvan een volledig beeld bestaat hebben we berekend hoe het huidig gebruik zich verhoudt tot het aantal thuiswonende mensen met dementie in de desbetreffende regio. Op basis van deze getallen hebben we berekend wat het verwachte huidige gebruik van CMD is in de overige 22 regio's.

Op basis van deze berekening schatten we de omvang van het **huidig gebruik casemanagement dementie op circa 62.000 mensen**.

Als we dit aantal afzetten tegen het aantal thuiswonende mensen met dementie dat bekend is bij een huisarts (85.000 mensen in 2016), dan ontvangt circa 73% CMD. Ten opzichte van het totaal aantal thuiswonende mensen met dementie (205.500 mensen in 2018) is dit percentage circa 30%.



Managementsamenvatting (2/3)

Redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van CMD

We hebben de respondenten gevraagd om ook aan te geven wat redenen zijn waarom geen gebruik wordt gemaakt van CMD. We ontvingen 208 reacties.

De 5 meest voorkomende redenen

1. Er is onbekendheid over het bestaan van CMD bij cliënten en of mantelzorger (18% van de ontvangen reacties)
2. De cliënt heeft geen behoefte aan CMD (15% van de ontvangen reacties)
3. De diagnose wordt pas laat gesteld (12% van de ontvangen reacties)
4. De cliënt is niet bekend bij zorgaanbieders (12% van de ontvangen reacties)
5. De cliënt wil zelf de regie behouden / is bang de regie te verliezen (11% van de ontvangen reacties)

Op basis van de respons blijkt dat er niet één reden is die er uitspringt. Wat wel opvalt is dat deze top 5 twee redenen bevat die te maken hebben met de eigen keuze van de cliënt om wel of niet gebruik te maken van CMD (nummer 2 en 5).

De andere redenen (nummer 1, 3 en 5) betreffen zaken die te maken hebben met de bekendheid over het bestaan van CMD; door extra inspanningen is het mogelijk om deze bekendheid te vergroten.

Wachlijsten en wachttijden voor casemanagement dementie

22 regio's hebben aangegeven wachlijsten te kennen en hebben hierover gegevens aangeleverd.

- Op deze wachlijsten staan in totaal **1.136 mensen**.
- De gemiddelde wachttijd van deze mensen bedraagt **33 dagen**.
- Van de 1.136 wachtenden staan **496 mensen langer dan 6 weken op een wachtlijst**. Deze 496 mensen zijn verdeeld over 18 regio's.
- In totaal bedraagt het aantal mensen dat **langer dan 6 weken wacht 44%** van het totaal aantal wachtenden.

De redenen voor het bestaan van wachlijsten zijn regionaal verschillend. De volgende redenen worden door de respondenten – van de hierboven genoemde 22 regio's die ook hebben aangegeven daadwerkelijk een wachtlijst te kennen – genoemd:

1. De maximale caseload van de huidige casemanagers is bereikt (**19 regio's geven dit aan**).
2. Door ziekte of verlof zijn op dit moment niet alle casemanagers beschikbaar (**7 regio's geven dit aan**).
3. Er zijn onvervulde vacatures voor casemanagers, deze zijn moeilijk in te vullen door het algemene tekort aan verpleegkundigen niveau 5 (**6 regio's geven dit aan**).
4. Verzwaring van de zorg vraagt per cliënt meer tijd (bijvoorbeeld meer crisis- en spoedsituaties), waardoor de caseload lager is dan voorzien (**5 regio's geven dit aan**).



Managementsamenvatting (3/3)

Vergelijking met eerdere onderzoeken

Huidig gebruik

Op **1 juli 2018** maken circa **62.000 mensen** gebruik van CMD. Eerder onderzoek naar het huidig gebruik van CMD toont dat na extrapolatie op peildatum **31 december 2016** circa **66.800 mensen** CMD ontvingen en op **1 juli 2017** circa **62.700 mensen**.

Wachtlijsten

Op **1 juli 2018** stonden **1.136 personen**, verdeeld over 22 regio's, op de gerapporteerde wachtlijst.

Het aantal personen op de gerapporteerde wachtlijst op **peildatum 31 december 2016** betrof **1.346 personen**, verdeeld over 31 dementienetwerken. Op peildatum **1 juli 2017** ging het om **1.322 personen**, verdeeld over 37 dementienetwerken.

In 2017 is ook gekeken naar wachttijden. Van de 37 netwerken met een wachtlijst konden destijds slechts 15 netwerken hierover uitsluitsel geven. Een goede vergelijking op wachttijden tussen de cijfers over 2017 en 2018 is daarom niet te maken.

Tot slot

We hebben het onderzoek in een relatief kort tijdsbestek van circa twee maanden uitgevoerd. Desondanks hebben we een hoge respons weten te realiseren en een hoge mate van betrokkenheid en bereidwilligheid ervaren van de dementienetwerken en zorgaanbieders om deel te nemen.

De gevolgde aanpak, de wijze waarop partijen zijn betrokken en de methodiek waarop extrapolatie heeft plaatsgevonden, maakt dat de gepresenteerde resultaten een actueel en betrouwbaar beeld bieden van de situatie medio 2018.



Inhoud

- [Managementsamenvatting](#)
- [Aanleiding en doel](#)
- [Aanpak](#)
- [Aantal thuiswonende mensen met dementie](#)
- [Respons](#)
- [Huidig gebruik van casemanagement](#)
- [Huidig gebruik van casemanagement - vergelijking met eerdere onderzoeken](#)
- [Redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement](#)
- [Wachtlijsten](#)
- [Wachtlijsten – Redenen](#)
- [Wachtlijsten – Oplossingsrichtingen](#)
- [Wachtlijsten – Vergelijking met eerdere onderzoeken](#)
- [Conclusies](#)
- [Reflectie](#)
- [Bijlage 1](#): Overzicht gehanteerde definities
- [Bijlage 2](#): Achtergrond cijfers aantal mensen met dementie en toelichting cijfers WoonZorgwijzer en AN-TNO op gemeenteniveau
- [Bijlage 3](#): Extrapolatie huidig gebruik casemanagement dementie
- [Bijlage 4](#): Regio's naar omvang geëxtrapoleerd gebruik CMD
- [Bijlage 5](#): Varianten van casemanagement – responsgroep
- [Bijlage 6](#): Caseload – responsgroep
- [Bijlage 7](#): Toelichting vergelijking huidig gebruik met eerdere onderzoeken
- [Bijlage 8](#): Eerder onderzoek naar redenen geen gebruik van casemanagement
- [Bijlage 9](#): Wachtlijsten – Verdieping
- [Bijlage 10](#): Overzicht dementienetwerken



vorige
pagina



volgende
pagina



Aanleiding en doel

Vanuit het Actieplan Casemanagement Dementie zijn in december 2016 en juli 2017 metingen uitgevoerd om in kaart te brengen hoeveel thuiswonende mensen met dementie in Nederland gebruikmaken van casemanagement dementie (CMD) en hoeveel mensen hiervoor op de wachtlijst staan.

Uit deze metingen bleek dat het lastig is om eenduidige gegevens hierover te verzamelen, omdat cijfers in dementienetwerken op verschillende manieren worden gedefinieerd en geregistreerd. Bovendien hebben deze onderzoeken beperkt inzicht geleverd over de wachttijden.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een nadere regel opgesteld die in het najaar van 2018 aanbieders verplicht om maandelijks eenduidige wachtlijstcijfers op te leveren. Vanuit deze definitie van wachtlijsten wordt aangenomen dat iemand op de wachtlijst staat wanneer hij/zij langer dan (de Treeknorm van) zes weken moet wachten op toegang tot casemanagement.

Vooruitlopend op de implementatie van de nadere regel van de NZa heeft het ministerie van VWS aan bureau HHM gevraagd om onderzoek te doen naar het huidige gebruik en de wachtlijsten voor casemanagement dementie.

In dit onderzoek is aangesloten op de definities die de NZa bij de nadere regel gebruikt, zodat het onderzoek vergelijkbare cijfers oplevert.

Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen:

- 1. Kwantitatief onderzoek**, waarbij:
 - a) een realistisch beeld wordt gegeven van het actuele aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie ten opzichte van het aantal (thuiswonende) mensen met dementie in Nederland en
 - b) cijfermatig in kaart wordt gebracht hoeveel mensen momenteel (langer dan zes weken, de Treeknorm) wachten op casemanagement dementie.
- 2. Kwalitatief onderzoek** waaruit blijkt:
 - a) wat de redenen zijn waarom mensen thuis wonen met dementie, maar geen casemanagement gebruiken en
 - b) wat de oorzaken van de wachtlijsten zijn, met daarbij eventuele oplossingsrichtingen.



Aanpak (1/2)

Voor het uitvoeren van het onderzoek waren wij in grote mate afhankelijk van de gegevens die de dementienetwerken en zorgaanbieders konden aanleveren.

In onze aanpak hebben we ervoor gekozen om in een vroeg stadium de netwerken en zorgaanbieders te informeren over de achtergrond en de aanpak van dit onderzoek.

In het verlengde hiervan hebben we begin juni zes regiogesprekken georganiseerd. Deze gesprekken waren erop gericht om:

- De aanwezigen nader te informeren over het hoe en waarom van dit onderzoek;
- Een toelichting te geven over de op handen zijnde NZa-regel over het verplicht publiceren van wachttijden en wachtlijsten;
- Per regio te inventariseren of sprake is van 'witte vlekken' (missen we bepaalde gebieden en/of zorgaanbieders die we in het kader van dit onderzoek wel moeten betrekken);
- De gegevensuitvraag nader toe te lichten (welke gegevens zijn precies nodig, in welk format moeten deze worden aangeleverd, wanneer moeten de gegevens binnen zijn) en vragen en opmerkingen van aanwezigen hierover te beantwoorden; ook hebben we hen gevraagd naar de beste manier om de gegevens uit te vragen.

De regiogesprekken zijn in totaal door mensen van circa 60 verschillende organisaties bezocht.

Het betrof zowel netwerkregisseurs, casemanagers als zorgaanbieders die al dan niet aangesloten zijn bij één van de actieve dementienetwerken. Andere organisaties die aanwezig waren bij deze gesprekken waren onder meer Alzheimer Nederland (AN), de NZa en ActiZ.

In de regiogesprekken hebben we aangegeven dat wij in het kader van ons onderzoek aansluiten bij de definities uit de 'Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie NR/REG-1827' van de NZa. Zie bijlage 1 voor de concrete definities die we hebben gebruikt.

Op basis van de input uit de regiogesprekken hebben wij een digitale gegevensuitvraag uitgezet via:

- 1) de contactpersonen per dementienetwerk,
- 2) de websites en communicatiekanalen van Alzheimer Nederland, ActiZ en BTN en
- 3) contactpersonen bij zorgaanbieders.

In totaal hebben we circa 150 verschillende organisaties (dementienetwerken en zorgaanbieders) rechtstreeks aangeschreven.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de respons die de uitvraag heeft opgeleverd. Daarna beschrijven we de resultaten van het onderzoek.



Aanpak (2/2)

Voor het kwalitatieve deel hebben we gebruikgemaakt van reeds beschikbare informatie. Het betreft onder andere de eerder uitgevoerde onderzoeken:

1. Casemanagement dementie. Stand van zaken, knelpunten en oplossingen (Bureau HHM i.o.v. Ministerie van VWS, 2016),
2. de onderzoeken voor de programma's Dementiezorg voor Elkaar en Nationaal Actieplan Casemanagement (Prof. Robbert Huijsman, 2017-2018)
3. Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg. Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact Thema-rapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (2018)
4. Alzheimer Europe, European carers' report 2018: Carers' experiences of diagnosis in five European countries (Dutch results), 2018)

Tijdens de regiobijeenkomsten hebben we de aanwezigen gevraagd naar redenen waarom mensen geen gebruik maken van casemanagement en wat de oorzaken zijn van wachtlijsten. We hebben de reeds bekende factoren ook bij hen getoetst.

Op basis van deze reacties hebben we een totaaloverzicht van redenen en oorzaken opgesteld. Dit overzicht hebben we aan Alzheimer Nederland voorgelegd met de vraag of er nog bepaalde aspecten ontbraken en het nodig was om een extra uitvraag onder mantelzorgers van cliënten met dementie uit te voeren.

De inschatting van Alzheimer Nederland was dat een uitvraag onder mantelzorgers waarschijnlijk niet tot wezenlijk andere aspecten zou leiden waardoor deze aanvullende uitvraag niet is uitgezet.

Daarnaast gaf Alzheimer Nederland aan dat momenteel - in samen met het Nivel - reeds een monitor onder mantelzorgers plaatsvindt. De monitor richt zich op mantelzorgers van een naaste met dementie die het meest voor de naaste zorgen. Meestal is dat de partner, dochter, zoon, een ander familielid of vriend(in). De monitor richt zich op de behoeften en ervaringen van mantelzorgers in de zorg voor de naaste met dementie. Met Alzheimer Nederland is afgesproken dat indien daaruit nog relevante aspecten naar voren komen deze door hen in een later stadium alsnog worden ingebracht.

De verzamelde redenen en oorzaken hebben we opgenomen in de online vragenlijst om een beeld te krijgen van de mate waarin deze aspecten door de respondenten worden herkend. Daarbij was het ook mogelijk om eventueel aanvullende aspecten aan te geven.



Aantal thuiswonende mensen met dementie

Landelijk circuleren verschillende cijfers over het aantal mensen met dementie. De themarapportage Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg (Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2018), beschrijft verschillende cijfers en licht deze toe. Voor een overzicht van de in deze rapportage gepresenteerde aantallen zie de tabel hiernaast. Zie voor een nadere toelichting op de aantallen en opgevoerde bronnen bijlage 2.

Het onderzoek van TNO/Alzheimer Nederland (2017) is ook in eerdere studies met betrekking tot casemanagement dementie veelvuldig gebruikt. Dit onderzoek gaat uit van 270.000 mensen met dementie in 2015 en een groei naar 310.000 mensen in 2020. Bij een gelijke groei over de jaren gaat het om circa 294.000 mensen in 2018.

Van deze groep woont een deel in een instelling. De Monitor Langdurige Zorg (MLZ) gaat uit van circa 88.500 mensen met dementie (psycho-geriatrische grondslag) op 1 januari 2018.

Uitgaande van bovengenoemde cijfers wonen circa **205.500 mensen met dementie thuis**.

Cijfers van het Nivel over 2016 tonen verder dat circa 103.000 mensen met dementie bekend zijn bij de huisarts, hiervan wonen er circa 85.000 zelfstandig. Dit aantal zal de afgelopen jaren naar verwachting zijn gegroeid.

Uitgaande van de cijfers van het Nivel en de gegevens over het aantal thuiswonende mensen met dementie schatten we in dat er anno 2018 circa 110.000 tot 120.000 mensen met dementie thuis wonen die niet bekend zijn bij een huisarts (205.500 mensen met dementie thuis minus 85.000 zelfstandig wonende mensen met dementie die bekend zijn bij de huisarts).

Aantal mensen met dementie	Bron	Jaar	Aantal
In bevolking	World Alzheimer Report (Prince e.a., 2015) Alzheimer Nederland/TNO (2017)	2016	254.000 – 270.000
Bekend bij huisarts	NIVEL Zorgregistraties eerste lijn	2016	103.000
Wonend in een zorginstelling	Monitor Langdurige Zorg	2014 2018	70.000 88.500*
Behandeld in specialistische GGZ	DIS GGZ (CBS Statline)	2014	23.000
Met medisch specialistische somatische zorg	DIS MSZ (NZa)	2015	48.000
Overleden aan dementie	CBS Doodsoorzakenstatistiek	2016	15.409
In bevolking	WoonZorgwijzer* (Rigo/BZK)	2016	282.000

*Toegevoegd aan de tabel van de rapportage van de SVZ, 2018.
Bijlage 2 bevat een toelichting op de WoonZorgwijzer.



Respons (1/2)

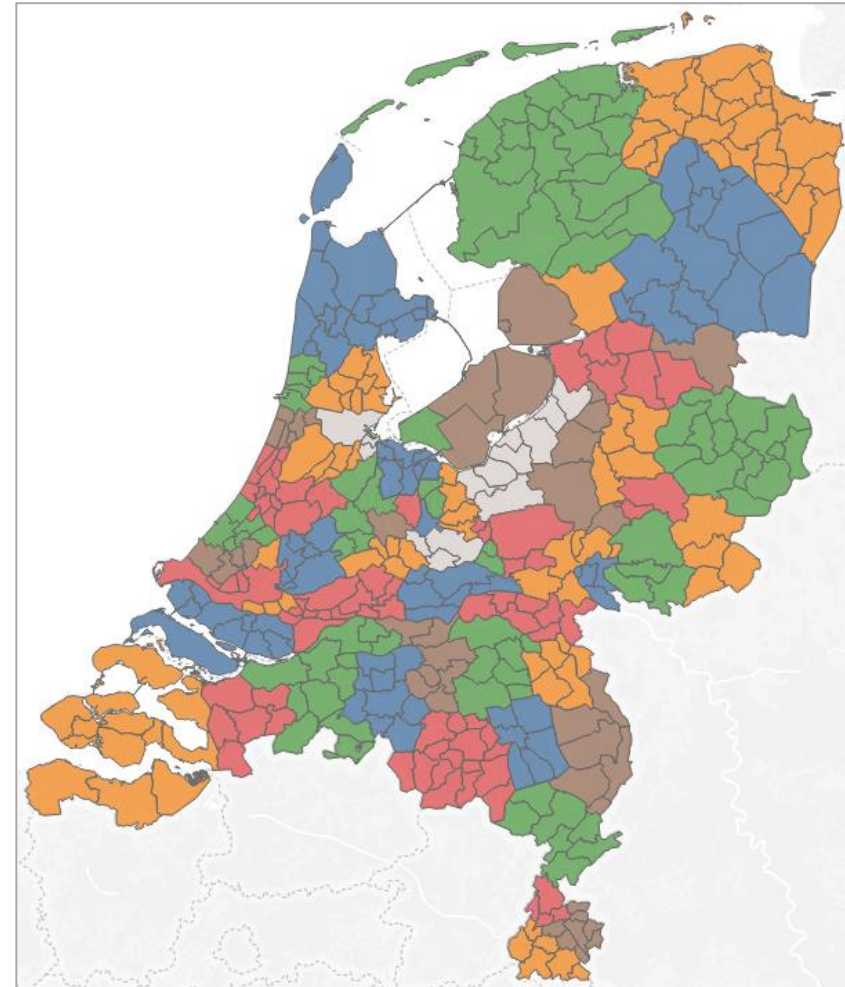
In Nederland zijn 57 regio's waarin dementienetwerken actief zijn. We baseren ons daarbij op een overzicht van Dementie Netwerk Nederland (DNN) dat we hebben getoetst in het veld. Deze toets heeft ertoe geleid dat er enkele verschuivingen hebben plaatsgevonden ten opzichte van het oorspronkelijke overzicht. Het definitieve overzicht hebben we opgenomen in [bijlage 10](#).

Op basis van dit overzicht blijkt dat er in vier regio's in Nederland geen netwerk actief is. Het betreft de gebieden Amsterdam, Barneveld, Noord West-Veluwe en Utrechtse Heuvelrug.

Omdat ook in deze gebieden casemanagement dementie wordt aangeboden, hebben wij deze vier regio's toegevoegd aan de 57 regio's waarin dementienetwerken actief zijn. Dit leidt tot 61 regio's waarmee heel Nederland wordt afgedekt. De kaart hiernaast laat zien hoe deze regio's verdeeld zijn over Nederland.

De verschillende kleuren op de kaart geven de regioscheidingen aan. De grijze gebieden zijn de vier regio's waar geen dementie-netwerk actief is.

Enkele regio's beslaan hele provincies, terwijl andere regio's bestaan uit een enkele gemeente. Ook qua inwoneraantallen verschillen deze regio's van elkaar. De omvang van de regio, zowel qua uitgestrektheid van het gebied, ook de demografische samenstelling van het gebied is uiteraard van grote invloed op het aantal mensen met dementie in desbetreffende regio.



10



naar
inhoud



vorige
pagina



volgende
pagina



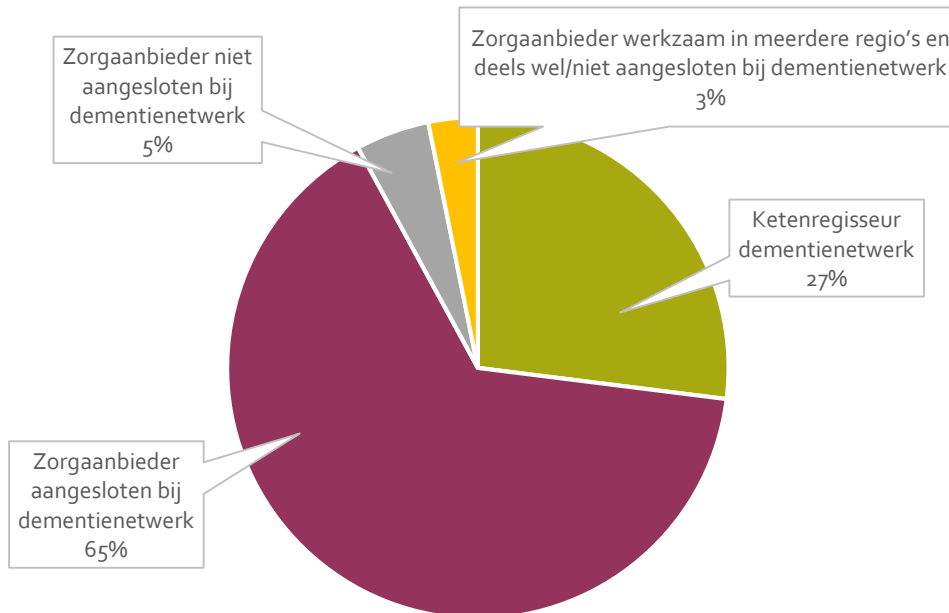
Respons (2/2)

Uit alle 61 regio's hebben we respons gekregen op de uitvraag.

In veel regio's zijn de gegevens aangeleverd door de netwerkcoördinator. De netwerkcoördinator heeft in die gevallen de gegevens zelf opgevraagd bij de zorgaanbieders die in die regio actief zijn en heeft deze vervolgens bij ons aangeleverd.

In andere regio's hebben we rechtstreeks gegevens ontvangen van de zorgaanbieders die daar casemanagement dementie leveren. Van de netwerkcoördinatoren hebben we daarbij doorgekregen welke zorgaanbieders actief zijn in die regio, zodat we op basis van de respons inzichtelijk hebben hoeveel van de in die regio actieve zorgaanbieders gegevens hebben aangeleverd.

Verdeeld over de 61 regio's ontvingen we van 126 unieke respondenten gegevens. Deze respondenten zijn als volgt verdeeld:



Uit de grafiek blijkt dat we ook respons hebben ontvangen van zorgaanbieders die (deels) niet zijn aangesloten bij een netwerk. Eén van deze organisaties is Buurtzorg die als één respondent is opgenomen en op postcodeniveau gegevens heeft aangeleverd. Op deze manier was het mogelijk om deze gegevens te verdelen over de 61 regio's.

Van 39 regio's weten we op basis van de ontvangen respons dat we het huidige gebruik volledig in beeld hebben. Dit is aan de ene kant door de netwerkcoördinator van de desbetreffende regio bevestigd, aan de andere kant hebben we van alle zorgaanbieders in de desbetreffende regio (waarvan bekend is dat zij casemanagement dementie bieden) gegevens ontvangen.

Van de overige 22 regio's weten we dat niet alle zorgaanbieders die in de desbetreffende regio casemanagement dementie bieden gegevens hebben aangeleverd. Wat dit betekent voor de daadwerkelijke omvang van het huidige gebruik in deze regio's is lastig in te schatten. Immers, de zorgaanbieders die gegevens hebben aangeleverd kunnen bijvoorbeeld 90% van alle cliënten met casemanagement dementie bedienen, maar dit percentage kan ook lager liggen.



Huidig gebruik casemanagement dementie

In dit onderzoek hanteren we de definitie uit de Zorgstandaard dementie (2013) voor wat betreft casemanagement voor mensen met dementie:

Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van 'niet pluis' of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.

De deelnemers aan de regiogesprekken hebben unaniem aangegeven deze definitie te hanteren. Deze definitie wordt ook door de NZa gehanteerd met betrekking tot de nadere regel, zoals te lezen is in bijlage 1.

Ook herkennen de deelnemers de verschillende varianten van waaruit casemanagement aan mensen met dementie wordt geleverd. In bijlage 5 hebben we een omschrijving opgenomen van deze varianten en de mate waarin deze voorkomen. Bijlage 6 geeft een beeld van de caseload voor de verschillende varianten.

Uitgaande van de bovenstaande definitie en de verschillende varianten waarin casemanagement dementie wordt geleverd hebben we vervolgens de gegevensuitvraag uitgevoerd.

De gegevens die de respondenten hebben aangeleverd laten zien dat, zonder te extrapoleren, 50.765 thuiswonende mensen met dementie gebruikmaken van casemanagement.

50.765 thuiswonende mensen met dementie maken gebruik van casemanagement (zonder extrapolatie)

Vervolgens hebben we de ontvangen gegevens geëxtrapoleerd op basis van twee verschillende uitgangspunten (zie bijlage 3 voor methode en toelichting):

Huidig gebruik CMD geëxtrapoleerd	Alzheimer Nederland /TNO	WoonZorgwijzer
Onder marge (grens eerste kwartiel)	58.544	56.844
Mediaan	61.222	62.637
Boven marge (grens derde kwartiel)	69.408	67.660

De tabel laat de bandbreedte zien van de extrapolatie. Om één getal te hanteren voor het huidig gebruik achten wij het betrouwbaar om het gemiddelde te nemen van de mediaan van beide berekeningen en dit af te ronden (Alzheimer Nederland/TNO en WoonZorgwijzer).

We constateren dat het aantal thuiswonende mensen met dementie dat gebruikmaakt van casemanagement rond de 62.000 ligt. In bijlage 4 hebben we een verdieping opgenomen, waarin we de regio's hebben ingedeeld naar omvang van het geëxtrapoleerd huidig gebruik.

62.000 thuiswonende mensen met dementie maken gebruik van casemanagement (na extrapolatie)



Huidig gebruik van CMD- vergelijking met eerdere onderzoeken

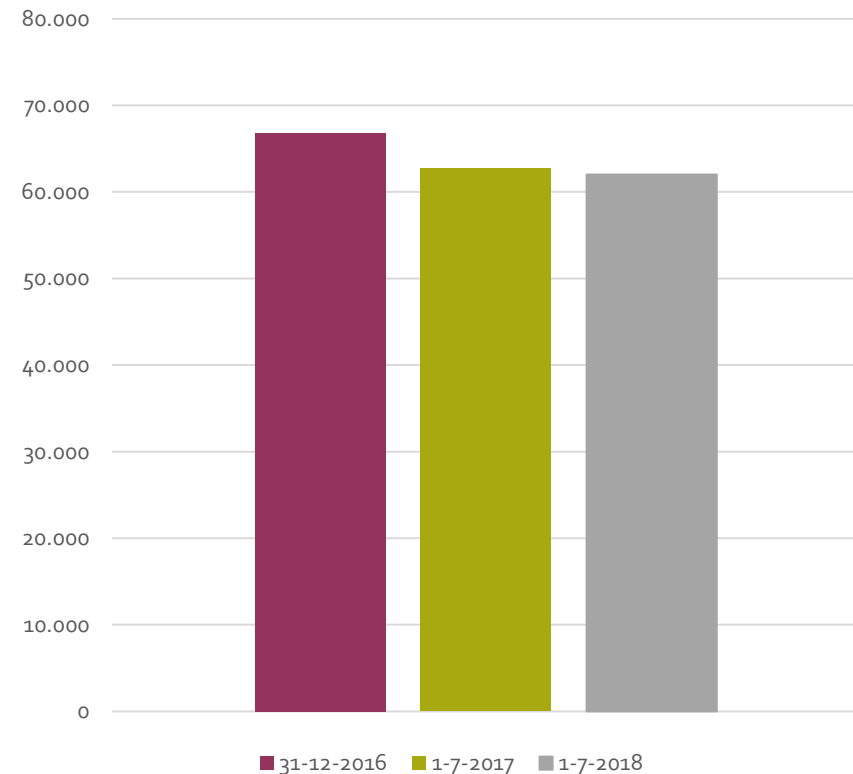
We hebben de cijfers over het huidig gebruik vergeleken met de inventarisaties uit 2016 en medio 2017. Het betreft het onderzoek van bureau HHM uit 2016, aangevuld met gegevens door de projectleider van het Actieplan. Daarmee is een beeld gegeven van de situatie op peildatum 31 december 2016. Daarnaast heeft de projectleider van het Actieplan ook het huidig gebruik op peildatum 1 juli 2017 in kaart gebracht.

Deze onderzoeken tonen aan dat na extrapolatie circa 83.490 personen over heel 2016 (dus niet op peildatum) en 78.440 over heel 2017 (dus niet op peildatum) gebruikmaakten van CMD. De onderbouwing die werd gegeven in deze onderzoeken: *"Voorts hebben we gebruikersaantallen per peildatum in beeld gebracht, terwijl er jaarlijks een gemiddelde instroom van nieuwe cliënten en uitstroom overleden of opgenomen cliënten is. Dat benaderen we op circa 25% per jaar."*

Om een zuivere vergelijking te maken met het huidig gebruik op peildatum 1 juli 2018 hebben we de aantallen over 2016 en 2017 gecorrigeerd voor de circa 25% die destijds is gebruikt om van aantallen op peildatum, naar aantallen over een heel jaar te gaan. Respectievelijk gaat het dan om 66.792 mensen op peildatum 31 december 2016 en 62.725 mensen op 1 juli 2017. Op basis van dit onderzoek komen we tot de conclusie dat na extrapolatie het aantal mensen dat op 1 juli 2018 CMD ontving circa 62.000 betreft.

Zie [bijlage 7](#) voor een nadere toelichting op deze vergelijking.

Huidig gebruik CMD na extrapolatie op peildatum



Redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement (1/2)

We hebben in de regiobijeenkomsten doorgevraagd naar redenen om geen gebruik te maken van casemanagement in verschillende fasen van het traject. Daarbij hebben we ook gebruikgemaakt van eerder onderzoek waarin is gekeken naar redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement dementie. Een korte toelichting op deze onderzoeken hebben we toegevoegd in [bijlage 8](#).

Tijdens de regiobijeenkomsten kwamen de volgende redenen naar boven:

Keuze van de cliënt

- De cliënt heeft geen behoefte aan casemanagement, bijvoorbeeld omdat hij/zij een sterk eigen netwerk heeft. Het met de familie/het netwerk zelf op willen lossen kan ook vanuit een culturele achtergrond komen.
- De cliënt heeft geen behoefte aan casemanagement, omdat hij/zij op een andere manier ondersteund wordt. Bijvoorbeeld door de huisarts of een organisatie buiten de dementieketen.
- De cliënt heeft zorgmijdend gedrag. De cliënt accepteert bijvoorbeeld geen ondersteuning omdat hij/zij niet getypeerd wil worden als persoon met dementie (taboe). Of omdat de cliënt zelf de regie wil behouden of bang is de regie te verliezen wanneer casemanagement dementie wordt ingezet.
- De cliënt wil geen eigen bijdrage betalen en daarom geen casemanagement ontvangen (dit geldt als het casemanagement wordt geboden in de thuissituatie vanuit de Wlz, voor casemanagement geboden vanuit de Zvw geldt geen eigen bijdrage).

Samenwerking en organisatie

- De cliënt is niet bekend bij zorgaanbieders, omdat er geen diagnose is gesteld en/of er geen professionals of familie zijn die signaleren. Hoewel CMD ook in de niet-pluis-fase kan worden ingezet (zie de zorgstandaard) ontvangen voornamelijk mensen waar de diagnose is gesteld CMD. Daardoor is het aannemelijk om te veronderstellen dat indien de diagnose eerder in het ziekteproces wordt gesteld, de cliënt ook eerder een beroep zal doen op CMD.
- De cliënt ontvangt ondersteuning van een organisatie die geen casemanagement levert en kan aanvullend niet óók door een andere organisatie in zorg genomen worden. Dit kunnen zowel grote thuiszorgaanbieders zijn als kleine aanbieders die zich op specifieke cliëntgroepen richten.

Informatieachterstand

- Verwijzers weten niet van het bestaan van casemanagement, denken dat het niet meer bestaat of weten niet (meer) waar ze naartoe moeten verwijzen door organisatorische wijzigingen.
- Mantelzorgers en cliënten weten niet van het bestaan van casemanagement en worden er door zorgverleners niet op gewezen.

Capaciteit

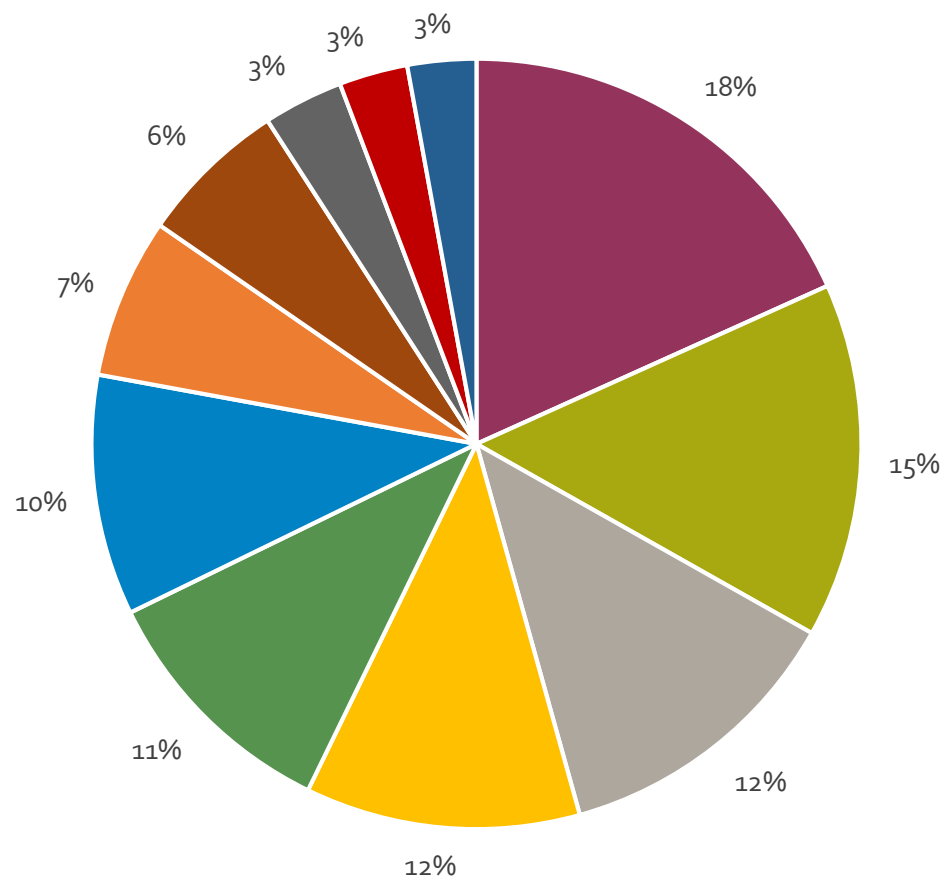
- Huisartsen hebben onvoldoende capaciteit om (beginnende) dementie tijdig te signaleren.
- Reguliere wijkverpleegkundige taken nemen zoveel tijd in beslag dat de wijkverpleegkundige geen tijd overhoudt voor het bieden van casemanagement.



Redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement (2/2)

Naast de input uit de regiogesprekken hebben we de deelnemers aan het kwantitatieve onderzoek ook gevraagd naar de redenen waarom mensen geen gebruik maken van casemanagement dementie.

Redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van CMD (N=208)



- Er is onbekendheid over het bestaan van casemanagement bij cliënt en/of mantelzorgers
- De cliënt heeft geen behoefte aan casemanagement
- De diagnose wordt pas laat gesteld
- De cliënt is niet bekend bij zorgaanbieders
- De cliënt wil zelf de regie behouden / is bang de regie te verliezen
- Er heerst een taboe op de diagnose dementie
- Er is onbekendheid bij verwijzers over het bestaan van casemanagement
- De cliënt ontvangt een andere vorm van ondersteuning buiten de keten om
- De cliënt wil de eigen bijdrage niet betalen
- De geïndiceerde uren gaan op aan verpleging/verzorging
- Niet van toepassing

15



naar inhoud



vroegere pagina



volgende pagina



Wachtlijsten

22 regio's hebben aangegeven wachtlijsten te kennen en hebben hierover gegevens aangeleverd.

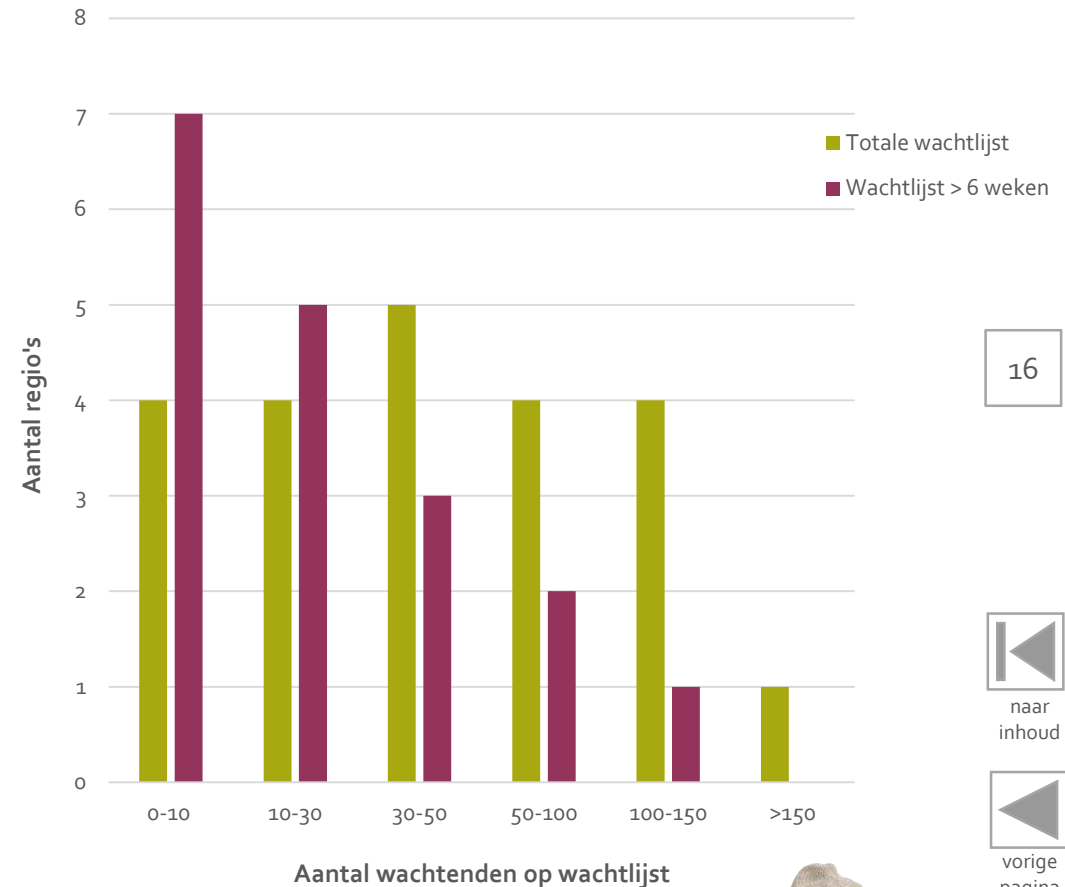
- Op de gecombineerde wachtlijst van de 22 regio's die gegevens hebben aangeleverd staan in totaal **1.136 mensen**. De gemiddelde wachttijd van deze mensen bedraagt **33 dagen**.
- Van de in totaal 1.136 wachtenden staan **496 mensen** langer dan zes weken op een wachtlijst. Deze 496 mensen zijn verdeeld over 18 regio's. Dit betekent dat bij vier regio's geen mensen op de wachtlijst staan die langer dan zes weken wachten.
- In totaal omvat het aantal mensen dat langer dan zes weken wacht (N=496) 44% van het totaal aantal wachtenden (N=1.136).

De omvang van de totale wachtlijst varieert per regio. De figuur hiernaast toont deze variatie.

Wat onder andere opvalt is dat 14 regio's een wachtlijst kennen waar meer dan 30 mensen op staan. Daar tegenover staat dat maar zes regio's een wachtlijst kennen van meer dan 30 mensen die langer dan zes weken wachten.

Op de volgende pagina gaan we dieper in op de kenmerken van de wachtlijsten per regio.

Regio's naar omvang totale wachtlijst en omvang wachtlijst > 6 weken



Wachtlijsten - Verdieping

Per regio keken we naar een aantal kenmerken die mogelijk het bestaan van de wachtlijst verklaren. Daarnaast betrekken we de redenen voor het bestaan van de wachtlijst die door deze regio's zelf zijn genoemd.

Zie voor een totaaloverzicht van de verdieping per regio [bijlage 9](#).

Een aantal zaken valt op:

- Het aantal mensen dat langer wacht dan zes weken ten opzichte van het totaal aantal thuiswonende mensen met dementie is klein (0-2%)
- Er zit veel variatie in de mate waarin de omvang van de wachtlijst zich verhoudt tot het aantal mensen dat gebruikmaakt van CMD.
- Het aantal mensen dat gebruikmaakt van CMD ten opzichte van het totaal aantal thuiswonende mensen met dementie ligt (in de regio's die een wachtlijst kennen) - op een drietal uitzonderingen na - rond de 30-40%. Daarbij gaat het om de totale groep thuiswonende mensen met dementie, dus zowel om mensen met, als zonder een diagnose voor dementie.
- Verhoudingsgewijs kennen veel van deze regio's casemanagers van variant A. Op basis van de respons op het huidig gebruik zijn in Nederland circa 5.200 mensen die conform variant A CMD aangeboden krijgen. 4.900 van deze mensen zijn woonachtig in acht regio's die ook wachtlijsten kennen en hierover gegevens hebben aangeleverd.
- Het aantal casemanagers (absoluut en fte) dat per regio actief is varieert. Ook de berekende caseload per regio varieert. (We hebben ook uitvraag gedaan naar gegevens over caseload, zie voor de overkoepelende resultaten [bijlage 6](#)).

Het is lastig om op basis van deze beschouwing harde uitspraken te doen over de exacte redenen waarom wachtlijsten ontstaan.

We kunnen concluderen dat veel variatie bestaat tussen de regio's waarover wachtlijsten zijn gerapporteerd en dat geen eenduidige kenmerken zijn te benoemen die de aanwezigheid van wachtlijsten kunnen voorspellen.

Om deze redenen achten wij het niet betrouwbaar om wachtlijstgegevens te extrapoleren voor de regio's waarvan wij weten dat niet alle zorg-aanbieders gegevens hebben aangeleverd.

In dit onderzoek presenteren we daarom alleen de daadwerkelijk gerapporteerde wachtlijstgegevens.



Wachtlijsten – Redenen

De redenen voor het bestaan van wachtlijsten zijn regionaal verschillend. De vragen over de redenen voor wachtlijsten zijn alleen ingevuld door respondenten die ook hebben aangegeven daadwerkelijk een wachtlijst te kennen.

De volgende redenen werden genoemd in de online vragenlijst:

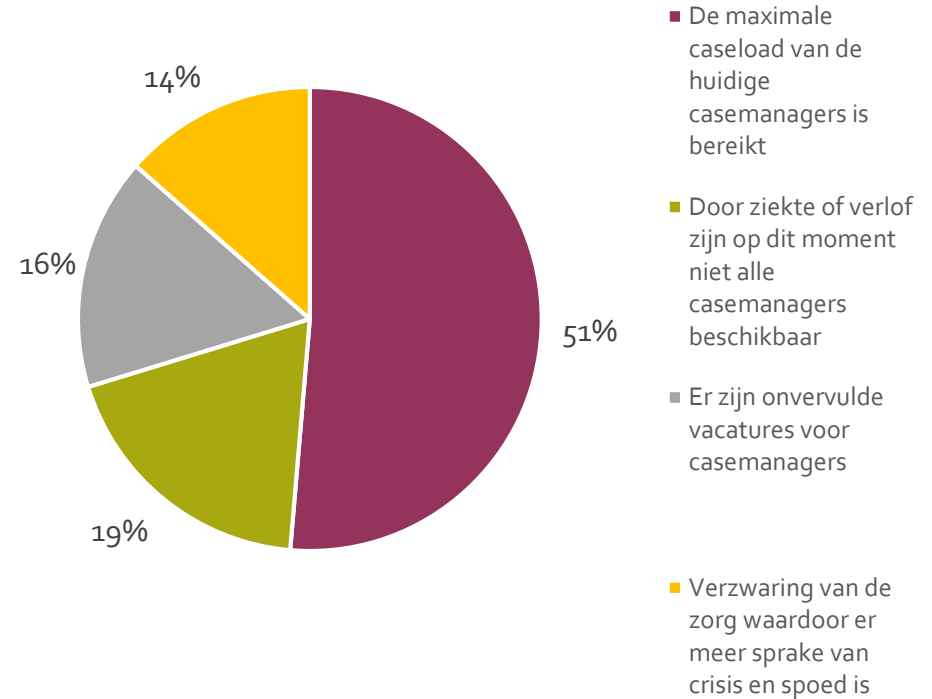
Caseload

- De maximale caseload van de huidige casemanagers is bereikt.
19 regio's met wachtlijsten geven dit aan als reden.
- Verzwaring van de zorg vraagt per cliënt meer tijd (bijvoorbeeld meer crisis- en spoedsituaties), waardoor de caseload lager is dan voorzien.
5 van de regio's met wachtlijsten benoemen dit.

Capaciteit

- Er zijn onvervulde vacatures voor casemanagers, deze zijn moeilijk in te vullen door het algemene tekort aan verpleegkundigen niveau 5.
6 regio's met wachtlijsten geven dit als reden.
- Door ziekte of verlof zijn op dit moment niet alle casemanagers beschikbaar.
7 regio's met wachtlijsten geven dit als reden.

Redenen voor wachtlijst (N=37)



Wachlijsten – Oplossingsrichtingen

Tijdens de zes regiobijeenkomsten hebben we ook gevraagd naar oplossingsrichtingen voor de huidige wachlijsten.

Onderstaande oplossingsrichtingen zijn aangedragen:

- Sluit aan bij landelijke en regionale programma's ter bevordering van de arbeidsmarkt;
- Zorg voor een brede functiedifferentiatie bij het leveren van case-management aan mensen met dementie, zodat er meer mensen zijn die deze ondersteuning kunnen bieden;
- Zet vroeg in het dementieproces een verzorgende of verpleegkundige in om zo tijdig bij de cliënt betrokken te zijn;
- Verbeter de samenwerking met andere partijen, zoals de gemeente, huisarts, zorgverzekeraar en andere zorgaanbieders;
- Betrek mantelzorgers in het proces en ondersteun deze ook;
- Probeer over de schotten van wetten heen te denken bij het zoeken naar creatieve oplossingen.

In relatie tot het voorkómen en/of terugdringen van wachlijsten is het wenselijk om aan te sluiten bij programma's ter bevordering van de arbeidsmarkt. Het zoeken naar oplossingen om meer mensen op te leiden tot casemanager dementie ligt daarbij voor de hand.

Het vroegtijdig in contact komen met de cliënt en zijn of haar netwerk maakt het mogelijk dat de caseload van casemanagers beter is te voorspellen. Als cliënten pas in een later stadium in beeld zijn is de kans groter dat de complexiteit en de intensiteit leiden tot een hogere belasting van de casemanager.

Het oplossen van wachlijsten vraagt volgens ons om een gerichte regionale aanpak in nauwe samenwerking met de betrokken dementienetwerken.

Regio's kunnen hierin van elkaar leren: wat maakt dat in vergelijkbare regio's verschillen zijn in het gebruik van CMD, het bestaan van wachlijsten CMD en de lengte van de wachttijden?



Wachtlijsten – Vergelijking met eerdere onderzoeken

We hebben de gegevens over de wachtlijsten van medio 2018 vergeleken met de wachtlijstgegevens uit eerdere onderzoeken. Hiervoor maakten we gebruik van de inventarisaties uit 2016 en medio 2017. Het betreft het onderzoek van bureau HHM uit 2016, aangevuld met gegevens door de projectleider van het Actieplan. Daarmee is een beeld gegeven van de situatie op peildatum 31 december 2016. Daarnaast zijn door de projectleider van het Actieplan ook de wachtlijstgegevens op peildatum 1 juli 2017 in kaart gebracht.

Ten opzichte van de wachtlijstgegevens uit deze eerdere inventarisaties komen we tot de volgende vergelijking (zie onderstaande tabel). Te zien is dat het aantal responderende netwerken in alle drie metingen nagenoeg gelijk is. Verder laat het zien dat er in 2018 ten opzichte van eerdere jaren meer regio's zijn zonder wachtlijst.

Wat met name opvalt is dat het aantal netwerken met een relatief kleine wachtlijst tot 40 personen aanzienlijk is afgenomen. Het totaal aantal mensen op de wachtlijst is mede daardoor afgenomen.

Over de wachtlijst uit 2017 wordt aangegeven dat "van de 36 dementienetwerken met een wachtlijst, 15 netwerken (39%) uitsluitend konden geven over de wachtduur. Drie dementienetwerken hebben een wachttijd van gemiddeld slechts twee weken, in acht netwerken ligt de gemiddelde wachttijd tussen twee en zes weken en bij vier netwerken is het zes weken of langer (Treeknorm). Dat lijkt alleszins mee te vallen, maar deze cijfers zijn over het algemeen grove benaderingen, uit diverse instellingen gecombineerd en geaggregeerd door de ketenregisseurs." (Bron: Rapportage projectleider Actieplan – Twee peilingen over gebruik casemanagement en wachtlijsten. September 2017).

Van alle 22 dementienetwerken met een wachtlijst uit het onderzoek van 2018 is de wachtduur bekend. Hiervan geven 18 netwerken aan mensen op de wachtlijst te hebben staan die al langer dan 6 weken (Treeknorm) wachten. Zie hiervoor ook de tabel in bijlage 9. In hoeverre dit een toename is ten opzichte van de situatie in 2017 is lastig in te schatten omdat destijds slechts van 15 van de 36 dementienetwerken die aangaven een wachtlijst te hebben de wachtduur bekend was.

Peildatum	Aantal netwerken*	Geen wachtlijst	Max. 20 wachtenden	20 - 40	40 - 60	60 - 80	80 - 100	>= 100	Totaal aantal wachtenden
31-12-2016	61	30	10	11	3	1	1	5	1.346
1-7-2017	62	25	17	11	3	2	0	4	1.322
1-7-2018	61	39	7	5	3	1	1	5	1.136

Tabel. Aantal netwerken verdeeld naar omvang wachtlijst en het totaal aantal personen op de wachtlijst op drie peildata. De tabel zegt niets over de gemiddelde wachtduur van de personen op deze wachtlijsten.

- Het aantal netwerken dat gegevens heeft aangeleverd. Voor 2018 geldt dat er naast de 57 regio's waarin volgens de lijst van DNN een netwerk actief is, er 4 regio's zijn waar geen netwerk actief is.



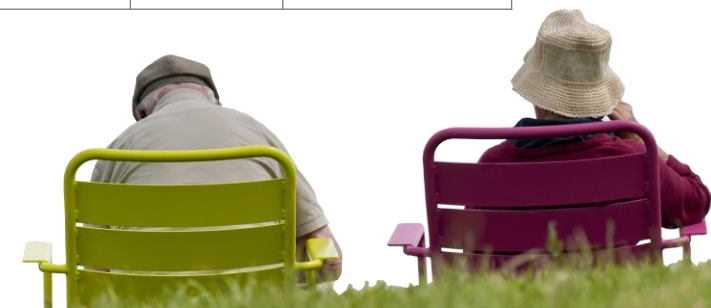
naar inhoud



vorige pagina



volgende pagina



Conclusies (1/2)

In dit onderzoek hebben we gevraagd om een antwoord te geven op onderstaande vragen.

- a) Geef een realistisch beeld van het actuele aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie ten opzichte van het aantal (thuiswonende) mensen met dementie in Nederland.
- b) Onderzoek wat de redenen zijn waarom mensen thuis wonen met dementie, maar geen casemanagement gebruiken.
- c) Breng tevens cijfermatig in kaart hoeveel mensen momenteel (langer dan zes weken, de Treeknorm) wachten op casemanagement dementie.
- d) Onderzoek wat de oorzaken van de wachtlijsten zijn, met daarbij eventuele oplossingsrichtingen.

We beschrijven per vraag beknopt de uitkomsten.

Huidig gebruik CMD ten opzichte van het totaal aantal thuiswonende mensen met dementie

We concluderen dat 62.000 mensen casemanagement dementie ontvangen. Dit staat gelijk aan circa 30% van het totaal aantal thuiswonende mensen (205.500) met dementie (met en zonder diagnose) en circa 70% van de thuiswonende mensen met de diagnose dementie die bekend zijn bij de huisarts (85.000).

De omvang van het huidig gebruik is vrijwel gelijk aan de meting uit 2017, daar waar we in 2017 nog een afname zagen ten opzichte van 2016.



naar
inhoud



vorige
pagina



volgende
pagina



Conclusies (2/2)

Redenen waarom mensen geen gebruik maken van CMD

De belangrijkste redenen waarom mensen geen gebruik maken van CMD:

1. Er is onbekendheid over het bestaan van CMD bij cliënten en of mantelzorger.
2. De cliënt heeft geen behoefte aan CMD.
3. De diagnose wordt pas laat gesteld*.
4. De cliënt is niet bekend bij zorgaanbieders.
5. De cliënt wil zelf de regio behouden/is bang de regie te verliezen.

Wat opvalt is dat deze top 5 twee redenen bevat die te maken hebben met de eigen keuze van de cliënt om wel of niet gebruik te maken van CMD (nummer 2 en 5).

De andere redenen (nummer 1, 3 en 5) betreffen zaken die te maken hebben met de bekendheid over het bestaan van CMD; door extra inspanningen is het mogelijk om deze bekendheid te vergroten.

**Hoewel CMD ook in de niet-pluis-fase kan worden ingezet (zie de zorgstandaard) ontvangen voornamelijk mensen waar de diagnose is gesteld CMD. Daardoor is het aannemelijk om te veronderstellen dat indien de diagnose eerder in het ziekteproces wordt gesteld, de cliënt ook eerder een beroep zal doen op CMD.*

Omvang wachtlijsten

De gerapporteerde wachtlijsten zijn ten opzichte van vorige jaren afgenomen tot 496 mensen die langer dan (de Treeknorm) van zes weken op casemanagement wachten. Er zijn minder regio's met gerapporteerde wachtlijsten (22) en de wachtlijsten zijn over het algemeen korter dan voorheen.

Oorzaken van de wachtlijsten

De redenen voor het bestaan van wachtlijsten zijn regionaal verschillend. Wachtlijsten ontstaan voornamelijk door regionale caseload- en/of capaciteitsproblemen. Daarbij gaat het om het niet kunnen vervullen van vacatures en het niet kunnen opvangen van uitval van casemanagers (door ziekte of verlof). Gevolg hiervan is dat de bestaande casemanagers sneller tegen de grenzen van hun maximale caseload aanlopen. Dit wordt mede beïnvloed door verzwaring van de zorg, wat per cliënt meer tijd vraagt.



naar
inhoud



vorige
pagina



volgende
pagina



Reflectie

Het onderzoek is in een relatief kort tijdsbestek van circa twee maanden uitgevoerd. De regiogesprekken zijn begin juni georganiseerd en de gegevensuitvraag is eind juli afgerond.

Toch hebben we een hoge respons weten te realiseren en hebben we een hoge mate van betrokkenheid en bereidwilligheid ervaren van de dementienetwerken en zorgaanbieders om deel te nemen.

Bij dit type onderzoek is vanwege non-respons altijd een bepaalde mate van onzekerheid met betrekking tot de gepresenteerde aantallen. Met de gevolgde aanpak, de wijze waarop partijen betrokken zijn en de methodiek waarop extrapolatie heeft plaatsgevonden hebben we deze onzekerheid geminimaliseerd. De gepresenteerde resultaten bieden daarmee een actueel en betrouwbaar beeld van de situatie medio 2018.

De wijze waarop de onderzoeken in 2016 en 2017 zijn uitgevoerd ten opzichte van dit onderzoek verschilt op enkele onderdelen. Toch kunnen de uitkomsten van deze onderzoeken wel met elkaar worden vergeleken. Dit laat zien dat het aantal mensen dat gebruikmaakt van CMD redelijk stabiel is gebleven en dat de omvang van de gerapporteerde wachtlijsten is afgenomen.

We hopen dat de uitkomsten van dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan de doorontwikkeling van casemanagement dementie in Nederland.

Alle netwerkcoördinatoren ontvangen na oplevering van dit onderzoek een factsheet met de regionale resultaten van het onderzoek over het aantal mensen met dementie, het gebruik van CMD, de omvang van wachtlijsten en wachttijden. De partijen in de regio kunnen op basis van deze gegevens met elkaar in gesprek kunnen om de organisatie van casemanagement verder te optimaliseren.



naar
inhoud



vorige
pagina



volgende
pagina



Bijlage 1: Overzicht gehanteerde definities

- **Casemanagement dementie**
Casemanagement dementie, zoals omschreven bij of krachtens de Zvw en de Zorgstandaard dementie:
Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van 'niet plus' of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.
- **Dementienetwerk**
Een regionaal netwerk dementie is een samenwerkingsverband van zorginstellingen met het doel om gezamenlijk de zorg voor mensen met dementie te coördineren en verbeteren.
- **Retrospectief**
De gemiddelde gerealiseerde wachttijd van alle patiënten die in de laatste maand in zorg zijn genomen.
- **Treeknorm**
De maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen. Casemanagement dementie valt onder de Treeknorm V&V thuiszorg van 6 weken (80% binnen 4 weken). Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar deze tijdigheidsnorm te borgen voor zijn verzekerden.
- **Wachttijd**
Het aantal weken tussen het moment dat een patiënt wordt aangemeld door de patiënt / mantelzorger of verwijzer bij een zorgaanbieder voor casemanagement dementie, tot het moment dat de patiënt hiervoor bij de zorgaanbieder terecht kan (in zorg wordt genomen). De wachttijd wordt retrospectief berekend.
- **Wachtrij**
Een anoniem overzicht van het aantal mensen dat bij de organisatie is aangemeld voor casemanagement dementie, maar nog niet in zorg is genomen.

Gebaseerd op de [Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie NR/REG-1827](#)



naar
inhoud



vorige
pagina



volgende
pagina



Bijlage 2: Achtergrond cijfers aantal mensen met dementie en toelichting cijfers WoonZorgwijzer en AN-TNO op gemeenteniveau (1/3)

Landelijk circuleren verschillende cijfers over het aantal mensen met dementie. De themarapportage [Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg](#) (Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2018), beschrijft verschillende cijfers en licht deze toe. In deze rapportage worden onder andere de onderzoeken van Prince e.a. (2015) en Alzheimer Nederland/TNO (2017) aangehaald als onderzoeken waarin in het aantal mensen met dementie in de totale bevolking wordt becijferd. Hieraan hebben wij de WoonZorgwijzer toegevoegd. Hieronder geven we een korte toelichting op deze onderzoeken, voordat we ingaan op de wijze waarop we de cijfers van de WoonZorgwijzer en AN-TNO hebben gebruikt.

De schatting in het onderzoek van Prince e.a. (2015) is gebaseerd op een samenvoeging van een groot aantal studies en heeft daarom een grote totale onderzoekspopulatie. De afzonderlijke studies (ingedeeld naar een aantal grotere regio's waaronder West-Europa) vonden echter plaats in veel verschillende landen, met verschillen in het vóórkomen van dementie. Bovendien is een deel van de studies alweer enige jaren geleden uitgevoerd, en is het de vraag of de schattingen van toen nog steeds gelden.

De schatting van Alzheimer Nederland/TNO (2017) is gebaseerd op het ERGO-onderzoek, dat 25 jaar geleden werd uitgevoerd in de wijk Ommoord in Rotterdam. Zoals de themarapportage van de SVZ aangeeft is het de vraag of deze oude cijfers uit één bepaalde wijk representatief zijn voor heel Nederland. Bovendien is het niet zeker of de leeftijdsspecifieke prevalentie-cijfers van toen nu nog steeds gelden.

Om de betrouwbaarheid van de schatting van het aantal mensen met dementie te vergroten hebben we ook aantallen van de [WoonZorgwijzer](#) toegevoegd. Dit model gebruikt als basis de gegevens van het onderzoek van Alzheimer Nederland, maar houdt ook rekening met regionale verschillen die voortkomen uit de demografische samenstelling (leeftijd, geslacht, etniciteit), huishoudensamenstelling, woonsituatie en sociaal-economische opbouw van verschillende regio's.

De WoonZorgwijzer is een instrument om de (lokale) beleidsvorming op het gebied van wonen, zorg en ondersteuning te faciliteren. Op een laag geografisch schaalniveau wordt inzichtelijk gemaakt waar mensen met een bepaalde aandoening wonen en welke beperkingen zij mogelijk ervaren. Deze gegevens zijn voor alle gemeenten in Nederland beschikbaar.

Voor voorliggend onderzoek heeft bureau HHM de toegang gekregen tot de landelijke gegevens. Daarnaast zijn deze gegevens regionaal toegankelijk, waarover meer informatie is te vinden via de [WoonZorgwijzer](#)

De WoonZorgwijzer is in 2015 en 2016 door RIGO ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Naast BZK als opdrachtgever zijn bij de ontwikkeling Platform31, VWS, VNG, Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg en Achmea/Zilveren Kruis betrokken.



naar
inhoud



vorige
pagina



volgende
pagina



Bijlage 2: Achtergrond cijfers aantal mensen met dementie en toelichting cijfers WoonZorgwijzer en AN-TNO op gemeenteniveau (2/3)

De WoonZorgwijzer becijfert de omvang van groepen cliënten op basis van populatie- en omgevingskenmerken. Om het aantal mensen met dementie op lokaal niveau (CBS-wijkniveau) inzichtelijk te maken gebruikt de WoonZorgwijzer onder andere CBS-(micro)data. Het betreft lokale data over de bevolkingsopbouw, huishoudenssamenstelling, woonsituatie en inkomenssituatie.

De WoonZorgwijzer maakt gebruik van onderzoek van Alzheimer Nederland/TNO om de totale groep mensen met dementie in kaart te brengen. Beide methoden becijferen het aantal mensen met dementie op basis van prognoses/schattingen. Voor beide bronnen geven we het aantal mensen weer dat is becijfert voor 2015 en voor 2020.

Alzheimer Nederland/TNO
 gaat over **2015** en **2020** uit van respectievelijk

270.000 en 310.000

mensen met dementie

De **WoonZorgwijzer**
 becijfert voor **2015** en **2020** respectievelijk

282.000 en 305.000

mensen met dementie.

Wat opvalt is dat het verschil tussen beide bronnen afneemt als we kijken naar de jaartallen 2015 en 2020. Daaruit blijkt dat beide bronnen een andere wijze van prognosticeren kennen.

Beide bronnen verschillen ook van elkaar in de manier waarop het aantal thuiswonende mensen met dementie wordt berekend. Alzheimer Nederland/TNO corrigeert het totaal aantal mensen met dementie door deze groep te verminderen met het aantal mensen dat op basis van een Wlz-indicatie intramuraal verblijft.

Landelijk wordt vaak gerekend met het aantal van 70.000 mensen met een Wlz-indicatie, daarmee resulterend in een thuiswonende groep mensen met dementie in 2015 van circa 200.000.

De WoonzorgWijzer kent een andere benaderingswijze. Deze corrigeert op postcodeniveau voor de aanwezigheid van intramurale voorzieningen (verpleeg-, en verzorgingshuizen). Hier corrigeert de WoonzorgWijzer door postcodegebieden waar een hoge concentratie aan 75+ers woont als intramuraal te beschouwen. De bevolkingsprognose waarvan de WoonzorgWijzer gebruikmaakt kent een afname van het aantal gebieden waar in een hoge concentratie 75+ers samen wonen. Daarbij geven zij aan dat:

- de afname deels het gevolg is van de beleidsmatige extramuralisering die in deze periode plaatsvond (i.c.m. het overlijden van de institutionele bevolking), maar daarnaast geldt dat deze
- deels het gevolg kan zijn van transities in de sector die leiden tot meer kleinschaligheid.

Landelijk becijfert de WoonzorgWijzer door deze andere benaderingswijze het aantal thuiswonende mensen met dementie op 250.000 in 2015.

Beide bronnen ook van elkaar verschillen in de wijze waarop het aantal thuiswonende mensen *per gemeente* wordt berekend.



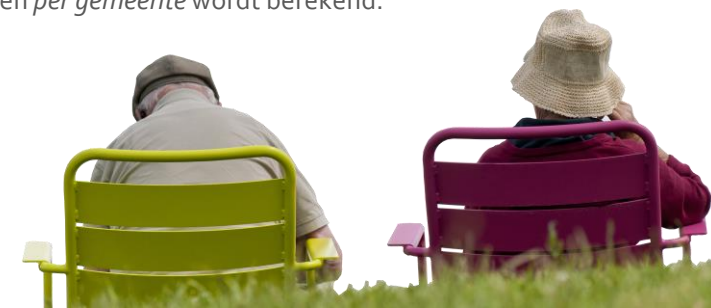
naar inhoud



vorige pagina



volgende pagina



Bijlage 2: Achtergrond cijfers aantal mensen met dementie en toelichting cijfers WoonZorgwijzer en AN-TNO op gemeenteniveau (3/3)

TNO heeft in 2016 in opdracht van Alzheimer Nederland een overzicht per gemeente gemaakt van het aantal mensen met dementie per gemeente. Daarbij zijn de totaalaantallen van Nederland aan de hand van de bevolkingsopbouw per gemeente verdeeld over deze gemeenten. De cijfers per gemeenten zijn niet gecorrigeerd voor het aantal mensen met dementie dat in een instelling verblijft.

De AN/TNO-cijfers die wij in ons onderzoek hebben gebruikt ten behoeve van de extrapolatie hebben we wel gecorrigeerd, gebruikmakend van Wlz-indicatiegegevens van het CIZ op peildatum 1 januari 2018. Hiermee hebben we per gemeente gecorrigeerd voor het aantal dat intramuraal verblijft (met een Wlz-indicatie op basis van de grondslag Psycho-geriatrie). In totaal gaat het om circa 80.000 mensen met een Wlz-indicatie. Met de wijze waarop deze indicaties op gemeentelijk niveau daadwerkelijk worden verzilverd en ook de wijze waarop (ZIN/PGB/VPT/MPT) wordt geen rekening gehouden.

Zoals we hiervoor al aangaven hanteert de WoonZorgwijzer een andere methode om te corrigeren voor het aantal mensen met dementie dat intramuraal woont. Daarnaast kijken zij naar andere factoren op gemeentelijk niveau om de prognose van het aantal mensen met dementie dat thuis woont uit te voeren. Daarbij gaat het o.a. om huishoudens-samenstelling, woonsituatie en inkomenssituatie.

De WoonzorgWijzer houdt daarom meer rekening met lokale verschillen die van invloed zijn op het vóórkomen van mensen met dementie die thuis wonen dan de cijfers van AN/TNO. De AN/TNO-cijfers houden daar tegenover juist weer beter rekening met het aandeel intramurale cliënten.

We hebben beide bronnen (AN/TNO en de WoonZorgwijzer) gebruikt om een betrouwbare extrapolatie uit te voeren voor wat betreft de omvang van het huidige gebruik van CMD in Nederland.

Beide bronnen kunnen ook worden gebruikt en met elkaar worden vergeleken om te bepalen hoeveel thuiswonenden mensen met dementie CMD ontvangen.



Bijlage 3: Extrapolatie huidig gebruik casemanagement dementie (1/2)

De ontvangen gegevens hebben we als volgt geëxtrapoleerd:

1. Voor 39 regio's geldt dat we een volledig beeld hebben van het huidig gebruik. In deze 39 regio's gebruiken 38.406 mensen case-management dementie (CMD).
2. Voor deze regio's berekenden we het percentage van het aantal gebruikers van CMD ten opzichte van het aantal thuiswonende mensen met dementie.
We hebben deze percentages berekend met gegevens van Alzheimer Nederland/TNO, (AN/TNO) en met gegevens van de WoonZorgwijzer (WzWijz), beiden met betrekking tot het aantal thuiswonende mensen met dementie. (Zie [bijlage 2](#) voor een uitgebreidere toelichting op beide bronnen).
3. De berekening van deze percentages leidt tot twee boxplots, zoals weergegeven op de volgende pagina. De boxplot bestaat uit het minimum, het eerste kwartiel, de mediaan (of tweede kwartiel), het derde kwartiel en het maximum van de berekende percentages op basis van de gegevens van de 39 regio's.
4. Deze berekende percentages gebruiken we om voor de 22 regio's waarvan we weten dat niet alle zorgaanbieders gegevens hebben aangeleverd te extrapoleren hoeveel mensen naar verwachting in deze 22 regio's CMD gebruiken.



naar
inhoud



vorige
pagina

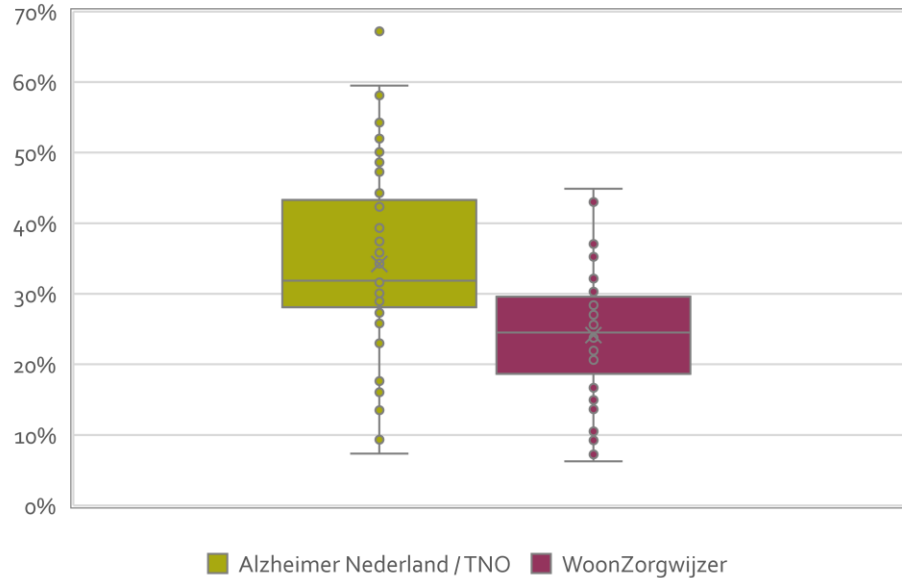


volgende
pagina



Bijlage 3: Extrapolatie huidig gebruik casemanagement dementie (2/2)

Boxplot van het percentage mensen dat gebruikmaakt van CMD ten opzichte van het aantal thuiswonende mensen met dementie voor 39 regio's



De boxplot laat zien dat de spreiding van het aantal thuiswonende mensen met dementie dat CMD gebruikt groter is als de AN/ TNO cijfers worden gebruikt ten opzichte van de WoonZorgwijzer. Verder laat het zien dat de AN/TNO cijfers uitgaan van een kleinere groep thuiswonende mensen met dementie dan de WoonZorgwijzer (dit blijkt uit de hogere percentages ten opzichte van de WoonZorgwijzer).

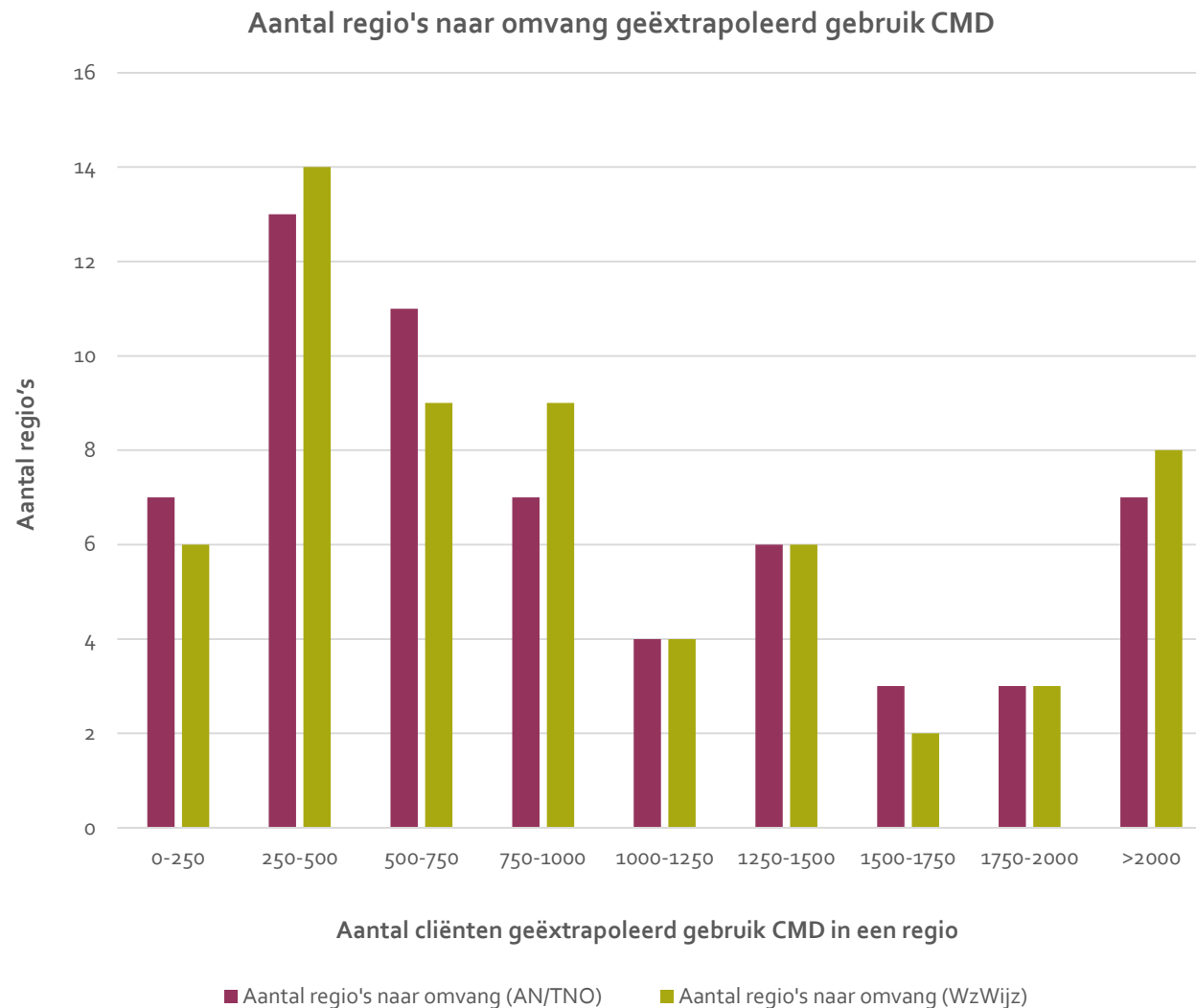
Uitgaande van de percentages die horen bij de grens van het eerste kwartiel (onder marge), het derde kwartiel (boven marge) en de mediaan berekenen we voor de 22 regio's waarvan we weten dat niet alle zorgaanbieders gegevens hebben aangeleverd, het aantal mensen dat gebruikmaakt van CMD.

De cijfers van AN/TNO gaan uit van een gemiddeld hoger percentage van thuiswonenden mensen met dementie die CMD gebruiken, dan de percentages van de WoonZorgwijzer. Voor de extrapolatie gaan de cijfers van Alzheimer Nederland/TNO uit van een kleinere groep thuiswonende mensen met dementie, dan de WoonZorgwijzer.

Hogere percentages ten opzichte van een kleinere groep (AN/TNO) en lagere percentages ten opzichte van een grotere groep (WoonZorgwijzer) maken dat de extrapolatie voor beide methodes een vergelijkbare orde van grootte kent.



Bijlage 4: Regio's naar omvang geëxtrapoleerd gebruik CMD



De grafiek toont het aantal regio's verdeeld over de omvang van het huidige gebruik. Het gaat hier om een verdeling van de regio's op basis van het geëxtrapoleerde gebruik.

De regio's verschillen qua omvang in het huidige gebruik van elkaar, zoals duidelijk te zien is. Deze verschillen hangen uiteraard nauw samen met o.a. de oppervlakte van de regio, de omvang en opbouw van de bevolking.

Omdat we het huidige gebruik zowel geëxtrapoleerd hebben met gegevens van AN/TNO, als van de WzWijz geven we in de grafiek hiernaast beide uitkomsten weer.

Hiervoor hebben we de gegevens gebruikt die met behulp van de mediaan zijn berekend.

(AN/TNO = 61.222, WzWijz = 62.637)

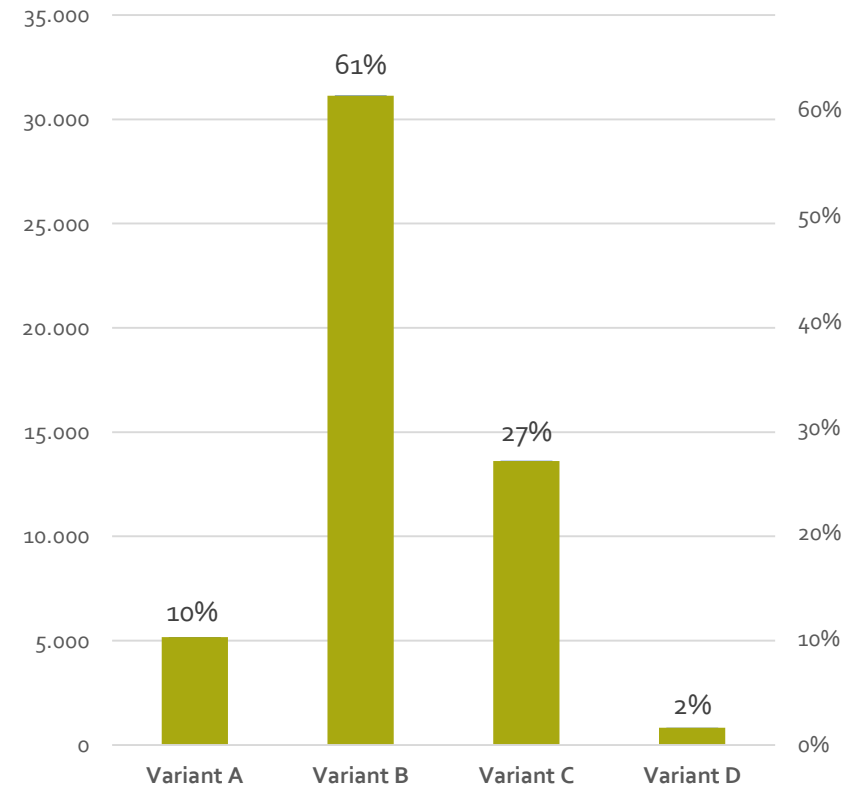


Bijlage 5. Varianten van casemanagement – responsgroep

We hebben de respondenten gevraagd om het huidige gebruik van casemanagement te categoriseren aan de hand van vier in de praktijk voorkomende varianten. Deze varianten hebben we getoetst en besproken tijdens de regiogesprekken. De aanwezigen gaven aan dat deze categorieën het totale speelveld afdekken.

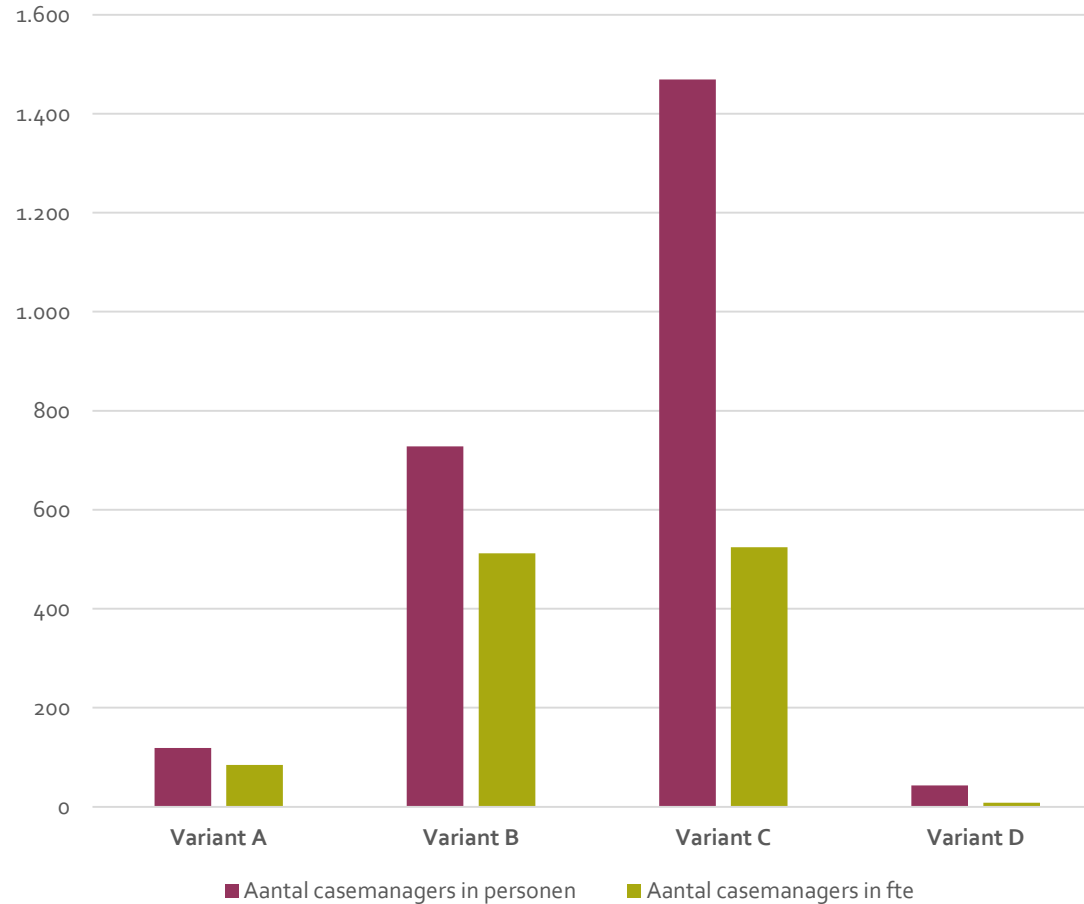
	Omschrijving variant
A	De casemanager voor mensen met dementie werkt vanuit een onafhankelijke casemanagement-organisatie. Op deze manier kan de casemanager onafhankelijk van zorgaanbieder diensten aanbieden. Het casemanagement wordt uitgevoerd volgens de zorgstandaard dementie.
B	De dedicated casemanager voor mensen met dementie werkt vanuit een zorgaanbieder(s). De dedicated casemanager werkt bij een zorgaanbieder en het netwerk of regio heeft de organisatie zo ingericht dat de casemanagers aantoonbaar één team zijn en onafhankelijk werken. Het casemanagement wordt uitgevoerd volgens de zorgstandaard dementie.
C	De wijkverpleegkundige die casemanagement levert zoals beschreven in de zorgstandaard dementie. In tegenstelling tot variant B, werkt deze wijkverpleegkundige niet exclusief met mensen met dementie en hun naasten en voert hij/zij ook andere taken uit die horen bij zijn/haar rol als wijkverpleegkundige.
D	Iemand die casemanagement levert zoals beschreven in de zorgstandaard dementie en waarbij het casemanagement voor cliënten met dementie onderdeel uitmaakt van een bredere functie zoals: POH, ouderen-adviseur en/of maatschappelijk werker.

De verdeling over de varianten in onderstaande figuur is gebaseerd op de ontvangen respons. Deze gegevens zijn niet geëxtrapoleerd, omdat dit - vanwege de regionale diversiteit - teveel onzekerheden met zich meebrengt.



Bijlage 6. Caseload - responsgroep

Casemanagers per variant (in personen en fte)



We hebben ook gevraagd om per variant aan te geven hoeveel casemanagers in de regio actief zijn. Daarbij is gevraagd om dit zowel uit te drukken in unieke personen, als in fte.

Onderstaande gegevens en de gegevens in de grafiek links zijn op basis van de ontvangen respons. Deze gegevens zijn niet geëxtrapoleerd, omdat dit teveel onzekerheden met zich meebrengt, vanwege de regionale diversiteit.

De caseload per fte ziet er gemiddeld genomen als volgt uit:

Variant A: 61 cliënten per fte

Variant B: 61 cliënten per fte

Variant C: 26 cliënten per fte

Variant D: 96 cliënten per fte

We hebben de gevraagd om aan te geven hoe casemanagement dementie wordt gefinancierd. Voor Nederland ziet de verdeling er als volgt uit:

82% Zorgverzekeringswet (Zvw)

18% Wet langdurige zorg (Wlz)



Bijlage 7: Toelichting vergelijking huidig gebruik met eerdere onderzoeken

Zoals aangegeven hebben we de cijfers over het huidig gebruik vergeleken met de inventarisaties uit 2016 en medio 2017. Daarbij hebben wij, om een zuivere vergelijking te maken, de cijfers over 2016 en 2017 gecorrigeerd voor de circa 25% die destijds is gebruikt om van aantallen op peildatum, naar aantallen over een heel jaar te gaan.

Wij hebben deze cijfers gecorrigeerd, omdat de opdracht van dit onderzoek was om het huidig gebruik en de wachtlijsten op peildatum in beeld te brengen. De nadere regel van de NZa gaat daarnaast ook uit van het maandelijks aanleveren van informatie over wachtlijsten en wachttijden op peildatum.

Verder dient te worden opgemerkt dat de wijze waarop voor de peilingen in 2016 en 2017 is geëxtrapoleerd voor netwerken waarover geen of onvolledige gegevens beschikbaar zijn afwijkt van de wijze waarop in voorliggend onderzoek voor 2018 is geëxtrapoleerd. De eerdere onderzoeken corrigeren het aantal op basis van het aantal dementie-netwerken (N=85) dat een aantal jaren geleden leidde tot een vrijwel landelijke dekking.

De extrapolatie uit het onderzoek van 2018 gaat uit van het verwachte aantal gebruikers van CMD ten opzichte van het aantal thuiswonende mensen in de geografische regio's waarvan bekend is dat niet alle zorgaanbieders (N=22) gegevens hebben aangeleverd. In voorliggend onderzoek hoeven we slechts voor deze 22 regio's te corrigeren om tot een landelijke dekking te komen.

We hebben er bewust voor gekozen om de aantallen op peildatum 1-7-2018 op deze wijze te extrapoleren, omdat dit een betrouwbaar beeld geeft van het huidig gebruik. Deze wijze van extrapoleren houdt namelijk rekening met de regionale diversiteit, zowel qua omvang (demografische en geografische), als met het aantal thuiswonende mensen met dementie in de desbetreffende regio.

De extrapolaties uit 2016 en 2017 houden hier geen rekening mee, maar kijken sec naar het aantal dementienetwerken dat gegevens heeft aangeleverd ten opzichte van het aantal netwerken van 85 dat een aantal jaren geleden tot een nagenoeg landelijke dekking leidde.



Bijlage 8. Eerder onderzoek naar redenen geen gebruik van casemanagement

In de meeste regio's in Nederland wordt casemanagement aangeboden tijdens of na het diagnosetraject. Het stellen van de diagnose zelf en het daarna in kaart brengen van de hulpbehoefte is echter nog niet vanzelfsprekend.

Uit eerder onderzoek (Alzheimer Europe, European carers' report 2018: Carers experiences of diagnosis in five European countries (Dutch results, 2018) blijkt dat mensen niet direct hulp zoeken bij de eerste signalen van dementie (75% wacht langer dan 6 maanden). Na het zoeken van hulp moet een derde van de mensen nog langer dan een half jaar wachten op een diagnosetraject. In totaal zit gemiddeld 2 jaar en 7 maanden tussen de eerste signalen en de diagnose. Na de diagnose krijgt ruim een derde van de mensen informatie over de beschikbaarheid van hulp of steun en een kwart van de mensen praktisch advies over hoe om te gaan met dementie.

Mantelzorgers gaven in 2016 aan dat casemanagement de belangrijkste factor is om de zorg voor hun naasten thuis langer vol te houden (Alzheimer Nederland, Dementiemonitor mantelzorg, 2016).

In onderzoek (Bureau HHM, Casemanagement dementie: stand van zaken, knelpunten en oplossingen, 2016) gaven ketenregisseurs mogelijke redenen van wachtlijsten aan: een maximale caseload en de mate waarin organisaties doorverwijzen naar andere aanbieders voor casemanagement. Overigens was er destijds zeer beperkt zicht op de omvang van wachtlijsten.

Uit de peilingen in 2016 en 2017 binnen het actieplan casemanagement dementie kwam naar voren dat er wachtlijsten kunnen ontstaan als gevolg van het beëindigen of anders vormgeven van dementienetwerken, knelpunten rondom financiering en inkoop of een tekort aan gekwalificeerd personeel (Kamerbrief over voortgangsbrief actieplan casemanagement dementie, 03-04-2017).



Bijlage 9. Wachtlijsten - Verdieping

Regio	Omvang wachtlijst > 6 weken	Huidig gebruik	Omvang wachtlijst > 6 weken t.o.v. aantal thuiswonenden met dementie	Omvang wachtlijst t.o.v. huidig gebruik	Omvang huidig gebruik t.o.v. aantal thuiswonenden met dementie	% variant A t.o.v. huidig gebruik	% variant B t.o.v. huidig gebruik	% variant C t.o.v. huidig gebruik	% variant D t.o.v. huidig gebruik	Aantal case-managers personen	Aantal case-managers FTE	Caseload o.b.v. aantal FTE t.o.v. het huidig gebruik
1	125	1.774	2%	7%	31%	88%	0%	12%	0%	61	29,82	59
2	60	1.589	1%	4%	31%	0%	96%	4%	0%	38	24,62	65
3	60	1.236	1%	5%	34%	0%	94%	6%	0%	39	19,3	64
4	46	1.276	0%	4%	59%	0%	90%	10%	0%	60	33,11	39
5	46	546	2%	8%	32%	51%	33%	17%	0%	14	6,29	87
6	32	609	1%	5%	23%	80%	0%	20%	0%	28	12,45	49
7	23	407	1%	6%	27%	0%	98%	2%	0%	12	7,22	56
8	22	883	1%	1%	81%	0%	72%	28%	0%	42	14,58	61
9	17	642	1%	3%	32%	84%	0%	16%	0%	25	10,58	61
10	16	1.164	0%	1%	32%	97%	0%	3%	0%	24	16,56	70
11	12	337	1%	4%	31%	0%	89%	11%	0%	12	5,8	58
12	9	2.638	0%	0%	34%	0%	90%	10%	0%	50	30,88	85
13	8	195	0%	4%	7%	0%	44%	56%	0%	16	3,91	50
14	7	978	0%	1%	40%	0%	53%	47%	0%	65	21,3	46
15	6	1.267	0%	0%	49%	0%	89%	11%	0%	52	21,4	59
16	5	2.084	0%	0%	32%	4%	34%	61%	0%	102	61,17	34
17	1	1.290	0%	0%	39%	0%	92%	8%	0%	44	24,64	52
18	1	2.166	0%	0%	31%	5%	22%	72%	1%	119	63,29	34
19	0	331	0%	0%	31%	0%	93%	7%	0%	10	5,65	59
20	0	2.738	0%	0%	37%	0%	92%	8%	0%	83	41,32	66
21	0	849	0%	0%	30%	87%	0%	13%	0%	37	18,74	45
22	0	726	0%	0%	37%	41%	41%	17%	0%	24	12,64	57



Bijlage 10: Overzicht dementienetwerken (1/4)

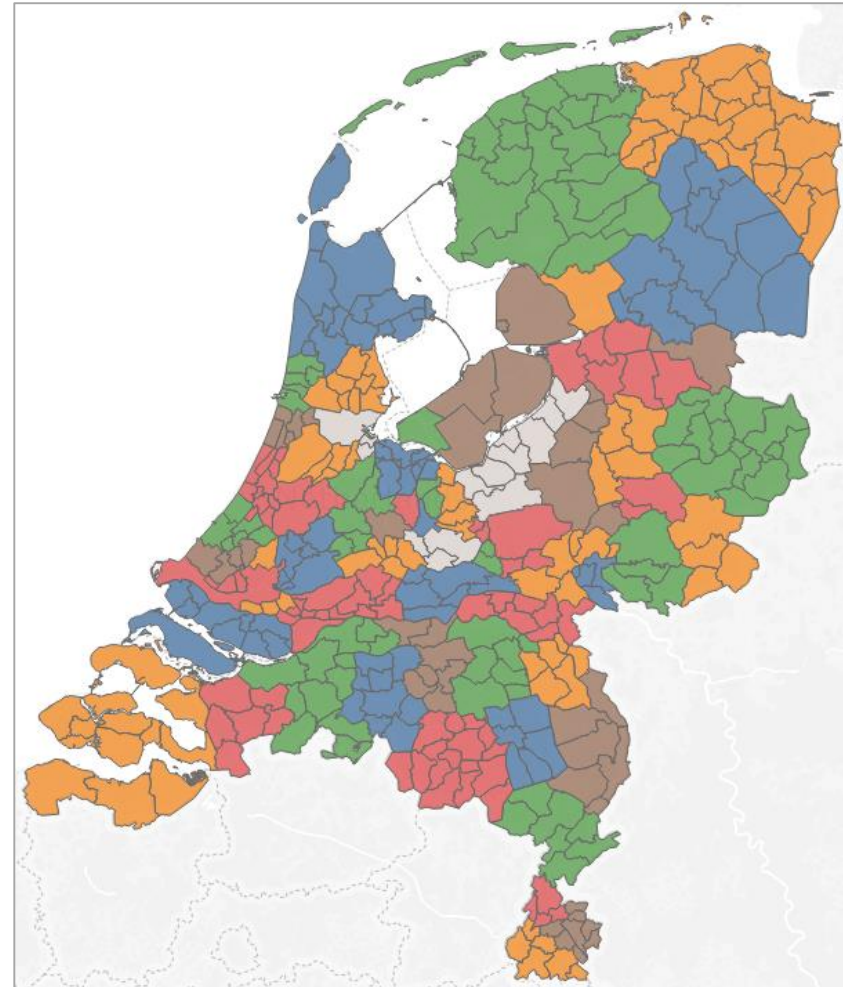
De basis voor dit overzicht is een overzicht van DNN met daarop de netwerken dementie in Nederland. Dit overzicht is ook op hun website is te vinden, zie daarvoor: <https://www.dementienetwerknederland.nl/de-netwerken-dementie-in-nederland/netwerken-dementie-in-nederland/>

Op enkele onderdelen wijkt ons overzicht af van de lijst van DNN. De lijst van DNN kent meer 'grijze gemeenten' dan ons overzicht. In enkele gevallen hebben wij deze 'grijze gemeenten' toegevoegd aan een bestaand netwerk. Dit hebben we gedaan om de volgende redenen:

- Op de website van het netwerk of andere organisaties is terug te vinden dat desbetreffende 'grijze gemeente' wel onderdeel is van het netwerk.
- De netwerkcoördinator heeft aangegeven desbetreffende 'grijze gemeente' tot haar werkgebied te rekenen.
- De 'grijze gemeente' in kwestie is dusdanig klein en omsloten door één (of soms zelfs meerdere) dementienetwerken dat het in kader van onze gegevensuitvraag niet praktisch was om deze gemeente als aparte regio op te nemen.

Daarnaast hebben we van een aantal dementienetwerken de naam gewijzigd, in de meeste gevallen op verzoek van de netwerkcoördinator.

In een enkel geval hebben we ook een dementienetwerk toegevoegd. Het betreft het netwerk Ketenzorg Dementie Zuid-Hollandse Eilanden. In het overzicht van DNN maken de gemeenten die hieronder vallen onderdeel uit van het netwerk Ketenzorg Zeeland Totaal. De netwerkcoördinator van Ketenzorg Dementie Zuid-Hollandse Eilanden heeft ons erop geattendeerd dat dit niet correct was.



Bijlage 10: Overzicht dementienetwerken (2/4)

Dementienetwerk	Gemeenten
Amersfoort Keten Dementie	Amersfoort Bunschoten Leusden Woudenberg
Amsterdam	Amsterdam Diemen
Arnhem Keten Dementie	Amhem Doesburg Lingewaard Overbetuwe Rheden Rozenaal
Barnveld	Barneveld
De Liemers Keten Dementie	Duiven Rijnwaarden Westervoort Zevenaar
Dementie Keten Team de Noordelijke Maasvallei	Boxmeer Cuijk Gennep Mill en Sint Hubert Mook en Middelaar Sint Anthonis
Dementienetwerk Almere	Almere
Dementie Rhenen Veenendaal	Rhenen Veenendaal
Dementie Twente	Almelo Borne Dinkelland Enschede Haaksbergen Hellendoorn Hengelo Hof van Twente Losser Oldenzaal Rijssen-Holten Tubbergen Twenterand Wierden
Dementie Zaanstreek Waterland	Beemster Edam-Volendam Landsmeer Oostzaan

Dementienetwerk	Gemeenten
	Purmerend Waterland Wormerland Zaanstad
Dementieketen Lansingerland	Lansingerland
Dementieketen Rivierenland	Buren Culemborg Geldermalsen Neder-Betuwe Neerijnen Tiel
Dementienetwerk Breda en omstreken	Aalburg Alphen-Chaam Baarle-Nassau Breda Drimmelen Etten-Leur Geertruidenberg Moerdijk Oosterhout Werkendam Woudrichem Zundert
Dementienetwerk Capelle en Krimpen	Capelle aan den IJssel Krimpen aan den IJssel
Dementienetwerk West-Brabant	Bergen op Zoom Halderberge Roosendaal Rucphen Steenbergen Woensdrecht
Dementienetwerk Zuid Holland Noord	Alphen aan den Rijn Hillegom Kaag en Braassem Katwijk Leiden Leiderdorp Lisse Nieuwkoop Noordwijk Noordwijkerhout Oegstgeest Teylingen Voorschoten Zoeterwoude

Dementienetwerk	Gemeenten
Dementienetwerk Zutphen	Lochem Zutphen
Geriatrienetwerk kwetsbare ouderen DWO	Delft Midden-Delfland Pijnacker-Nootdorp Westland
Hulp bij Dementie Maastricht	Eijsden-Margraten Gulpen-Wittem Maastricht Meerssen Vaals Valkenburg aan de Geul
Hulp bij dementie Midden-Limburg	Echt-Susteren Leudal Maasgouw Nederweert Roerdalen Roermond Weert
Hulp bij Dementie Noord Limburg	Beesel Bergen (L.) Horst aan de Maas Peel en Maas Venlo Venray
Hulp bij Dementie Parkstad	Brunssum Heerlen Kerkrade Landgraaf Nuth Onderbanken Simpelveld Voerendaal
Hulp bij Dementie Westelijke Mijnstreek	Beek Schinnen Sittard-Geleen Stein
Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen West Achterhoek	Bronckhorst Doetinchem Montferland Oude IJsselstreek
Keten Barendrecht, Ridderkerk	Albrandswaard Barendrecht Ridderkerk
Keten Dementie Midden-Brabant	Dongen Gilze en Rijen



Bijlage 10: Overzicht dementienetwerken (3/4)

Dementienetwerk	Gemeenten
	Goirle Heusden Hilvarenbeek Loon op Zand Oisterwijk Tilburg Waalwijk
Keten Dementie Regio Oss Uden Veghel	Bernheze Boekel Grave Landerd Oss Sint-Oedenrode Uden Veghel
Ketenzorg Dementie Amstelland en de Meerlanden	Aalsmeer Amstelveen Haarlemmermeer Ouder-Amstel Uithoorn
Ketenzorg Dementie Baarn-Soest	Baarn Soest
Ketenzorg Dementie Gelderse Vallei	Ede Renkum Renswoude Scherpenzeel Wageningen
Ketenzorg Dementie regio Helmond	Asten Deurne Gemert-Bakel Helmond Laarbeek Someren
Ketenzorg Dementie Waardenland	Alblasserdam Dordrecht Giessenlanden Gorinchem Hardinxveld-Giessendam Hendrik-Ido-Ambacht Leerdam Lingewaal Molenwaard Papendrecht Sliedrecht Zederik Zwijndrecht

Dementienetwerk	Gemeenten
Ketenzorg Dementie Zuid-Hollandse Eilanden	Binnenmaas Brielle Cromstrijen Goeree-Overflakkee Hellevoetsluis Korendijk Nissewaard Oud-Beijerland Strijen Westvoorne
Ketenzorg Zeeland Totaal	Borsele Goes Hulst Kapelle Middelburg Noord-Beveland Reimerswaal Schouwen-Duiveland Sluis Temeuzen Tholen Veere Vlissingen
Lekstroom Keten Dementie	Houten IJsselstein Lopik Nieuwegein Vianen
Midden Kennemerland Keten	Beverwijk Castricum Heemskerk Uitgeest Velsen
Netwerk 100 Nijmegen e.o.	Berg en Dal Beuningen Druten Heumen Nijmegen West Maas en Waal Wijchen
Netwerk Dementie Drenthe	Aa en Hunze Assen Borger-Odoorn Coevorden De Wolden Emmen

Dementienetwerk	Gemeenten
	Hoogeveen Meppel Midden-Drenthe Noordenveld Tynaarlo Westerveld
Netwerk Dementie Eindhoven e.o.	Bergeijk Best Bladel Cranendonck Eersel Eindhoven Geldrop-Mierlo Heeze-Leende Nuenen, Gerwen en Nederwetten Oirschot Reusel-De Mierden Son en Breugel Valkenswaard Veldhoven Waalre
Netwerk Dementie Gooi & Vechtstreek	Blaricum Eemnes Gooise Meren Hilversum Huizen Laren Weesp Wijdmeren
Netwerk Dementie Groningen	Appingedam Bedum Bellingwedde De Marne Delfzijl Eemsmond Groningen Grootegast Haren Hoogezand-Sappemeer Leek Loppersum Marum Menterwolde Oldambt Pekela Slochteren



Bijlage 10: Overzicht dementienetwerken (4/4)

Dementienetwerk	Gemeenten
	Stadskanaal Ten Boer Veendam Vlagtwedde Winsum Zuidhorn
Netwerk Dementie Haaglanden	Leidschendam-Voorburg Rijswijk 's-Gravenhage Wassenaar Zoetermeer
Netwerk Dementie IJssel-Vecht	Dalfsen Kampen Ommen Staphorst Zwartewaterland Zwolle
Netwerk Dementie Midden-Holland	Bodegraven-Reeuwijk Gouda Krimpenerwaard Schoonhoven Waddinxveen Zuidplas
Netwerk Dementie Noordoost Overijssel	Hardenberg
Netwerk Dementie Noord- en Oost-Flevoland	Dronten Lelystad Noordoostpolder Urk Zeewolde
Netwerk Dementie Noord-Holland-Noord	Alkmaar Bergen (NH.) Den Helder Drechterland Enkhuizen Heerhugowaard Heiloo Hollands Kroon Hoorn Koggenland Langedijk Medemblik Opmeer Schagen Stede Broec Texel

Dementienetwerk	Gemeenten
Netwerk Dementie Oost Achterhoek	Aalten Berkelland Oost Gelre Winterswijk
Netwerk dementie Steenwijkerland	Steenwijkerland
Netwerk Dementie Utrecht stad	Utrecht
Netwerk Dementie VVT instellingen Den Bosch, Noordoost Brabant	Boxtel Haaren Maasdiel Schijndel 's-Hertogenbosch Sint-Michielsgestel Vught Zaltbommel
Netwerk Dementie Zeist	Zeist
Netwerk Dementie/Geriatrie Oost-Veluwe	Apeldoorn Brummen Epe Hatterm Heerde
Netwerk Keten zorg Dementie De Bilt	De Bilt
Netwerken Dementie Salland	Deventer Olst-Wijhe Raalte Voorst
Noord West-Veluwe	Elburg Emelo Harderwijk Nijkerk Nunspeet Oldebroek Putten
Stedelijke Keten Dementie Rotterdam	Maassluis Rotterdam Schiedam Vlaardingen
Tinz, netwerk Dementie Friesland	Achtkarspelen Ameland Dantumadiel De Friese Meren Dongeradeel

Dementienetwerk	Gemeenten
	Ferwerderadiel Franekeradeel Harlingen Heerenveen het Bildt Kollumerland en Nieuwkruisland Leeuwarden Leeuwarderadeel Littenseradiel Menameradiel Ooststellingwerf Opsterland Schiermonnikoog Skarsterlân Smallingerland Sneek Súdwest-Fryslân Terschelling Tytsjerksteradiel Vlieland Weststellingwerf Wûnseradiel Wymbritseradiel
Utrechtse Heuvelrug	Bunnik Utrechtse Heuvelrug Wijk bij Duurstede
Westelijk Utrecht Keten Dementie	De Ronde Venen Montfoort Oudewater Stichtse Vecht Woerden
Zuid Kennemerland Keten Dementie	Bloemendaal Haarlem Haarlemmerliede en Spaarnwoude Heemstede Zandvoort

