BUREAU hhm

ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

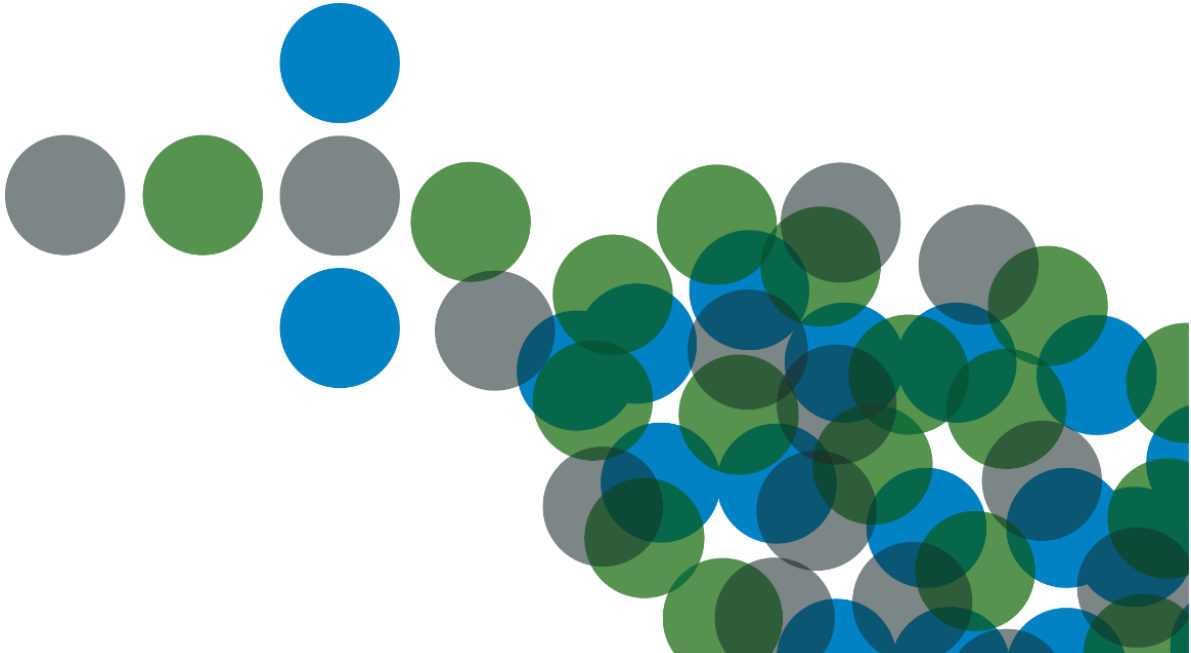
Gebruik casemanagement dementie in 2020

Auteurs dr. Patrick Jansen
Ingrid Hollander MSc
Anouk van der Veen MSc
Frank Terpstra

Opdrachtgever Ministerie van VWS

Kenmerk FT/21/0029/gcmd
Publicatiedatum 11 januari 2021

© Bureau HHM



Inhoud

Samenvatting 3

1. Onderzoeksvraag 7

2. Aanpak 9
2.1 Informeren van de betrokken partijen 9
2.2 Aanpak 'gebruik casemanagement dementie' 9
2.3 Aanpak 'geen gebruik casemanagement dementie' 13
2.4 Rapportage 14

3. Gebruik casemanagement dementie 15
3.1 Aantal mensen met dementie 15
3.2 Aantal mensen dat casemanagement dementie gebruikt 17
3.3 Varianten binnen casemanagement dementie 19
2.4 Inzet dementie-professionals 21

4. Redenen geen gebruik casemanagement dementie 24
4.1 Perspectief vanuit dementie-professionals 24
4.2 Perspectief vanuit mantelzorgers 25
4.3 Perspectief vanuit huisartsen / POH's 27

5. Aanbevelingen 28
5.1 Aanbevelingen in het kader van beleid 28
5.2 Aanbevelingen in het kader van (vervolg)onderzoek 30

Bijlage 1. Vragenlijst Gebruik casemanagement dementie 31
Bijlage 2. Uitwerking interviews met mantelzorgers 37
Bijlage 3. Overzicht van dementienetwerken 2020 40

Dit rapport is geoptimaliseerd voor lezen op een beeldscherm.
Navigeer tussen de hoofdstukken met de cijfers in de kantlijn.
Met de pijl daaronder komt u terug bij de inhoudsopgave.

1
2
3
4
5

Samenvatting

Het ministerie van VWS heeft bureau HHM gevraagd om onderzoek te doen naar het gebruik van casemanagement dementie. Het doel van dit onderzoek was tweeledig:

1. Het in beeld krijgen hoeveel mensen gebruikmaken van casemanagement dementie ten opzichte van het aantal thuiswonende mensen met dementie.
2. Inzicht krijgen in de redenen waarom mensen geen gebruik maken van casemanagement dementie.

Om het eerste doel inzichtelijk maken, hebben we een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Het eerste onderdeel van dit onderzoek was het inzichtelijk maken van het aantal thuiswonende mensen met dementie. Vervolgens hebben we bij de partijen die casemanagement dementie leveren een uitvraag gedaan naar het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie en hoeveel casemanagers dit leveren. In veel gevallen was dit de ketenregisseur van de dementieketen, die kon aangeven hoeveel mensen in de regio gebruikmaken van case-management dementie. In een aantal regio's is geen sprake van een dementieketen, in dit geval hebben we de zorgaanbieders benaderd die casemanagement dementie leveren in de regio.

Dit onderzoek is in 2018 ook uitgevoerd. We hebben in dit onderzoek de cijfers van 2018 gebruikt om een vergelijking te kunnen maken tussen 2018 en 2020 en zo te onderzoeken of er een toename is geweest van het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie.

Aantal mensen met dementie

In dit onderzoek hebben we voornamelijk gebruikgemaakt van de gegevens van Alzheimer Nederland en Vektis om de aantallen mensen met dementie weer te geven. Dit hebben we gedaan omdat beide bronnen inzicht geven in het totaal aantal mensen met dementie in Nederland. De cijfers van Alzheimer Nederland worden veel gebruikt. Daarnaast heeft Vektis de afgelopen jaren op basis van Zvw- en Wlz-zorgdeclaraties onderzoek gedaan naar de aantallen mensen met dementie in Nederland en hebben ook zij in kaart gebracht hoeveel mensen in Nederland dementie hebben Daarnaast hebben we andere bronnen gebruikt om meer inzicht te geven in diverse cijfers rondom het aantal mensen met dementie in Nederland.

We komen daarbij op de volgende cijfers:

- Het totaal aantal mensen met dementie in Nederland ligt tussen de 280.000 en 300.000 in 2020
- Het aantal mensen met dementie dat in een instelling woont ligt tussen de 70.245 en 84.900.
- Het aantal mensen met dementie dat thuis woont en bekend is bij de huisarts is ongeveer 114.300 personen
- Het aantal mensen met dementie dat in zorg is, ligt tussen de 184.545 en 199.200.
- Het aantal thuiswonende personen met dementie zonder diagnose ligt tussen de 80.800 en 95.455
- Het totaal aantal mensen met dementie dat thuis woont ligt tussen de 171.504 en 215.269 in 2020

Aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat in september 2020 in totaal 71.000 mensen gebruikmaakten van casemanagement dementie. Ten opzichte van 2018, toen ongeveer 61.900 mensen gebruikmaakten

van casemanagement dementie, is dit een stijging van ruim 9.000 personen.

Wanneer we het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie relateren aan het aantal thuiswonende mensen met dementie, dan komen we tot de volgende cijfers:

- Op basis van de cijfers van Alzheimer Nederland, maakten in 2018 35% van de thuiswonende mensen met dementie gebruik van casemanagement dementie en in 2020 41%. Dit is een stijging van bijna 7%.
- Op basis van de cijfers van Vektis, maakten in 2018 31% van het totaal aantal mensen met dementie dat thuis woont gebruik van casemanagement dementie en in 2020 33%. Dit is een stijging van ruim 2%.

Als we het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie relateren aan het aantal mensen dat bekend is bij de huisarts, zien we de volgende cijfers:

- In 2018 waren 103.000 mensen met dementie bekend bij de huisarts, hiervan maakten 61.900 mensen gebruik van case-management dementie, wat neerkomt op 60%
- In 2020 waren 114.300 mensen met dementie bekend bij de huisarts, hiervan maakten 71.000 mensen gebruik van case-management dementie, wat neerkomt op 62%.

Varianten casemanagement dementie

Bij het in kaart brengen van casemanagement dementie hebben we onderscheid gemaakt in vier varianten. Volgens de zorgstandaard dementie[1] voldoen de varianten 1 en 2 aan de voorwaarden van casemanagement dementie verstaan. De varianten 3 en 4 zijn geen casemanagement dementie zoals de zorgstandaard dementie dit omschrijft. Omdat we wel een volledig beeld wilden krijgen van de (coördinerende) ondersteuning aan mensen met dementie, hebben we ook gevraagd om aan te geven hoeveel cliënten deze vorm van ondersteuning ontvangen. Ook hebben we deze vormen in kaart gebracht om een goede vergelijking te kunnen maken met het onderzoek uit 2018. We hebben de volgende vier varianten in beeld gebracht:

1. De casemanagement professional werkt vanuit een onafhankelijke casemanagement-organisatie. Op deze manier biedt de case-manager onafhankelijk van een zorgaanbieder diensten aan. Het casemanagement wordt uitgevoerd volgens de zorgstandaard dementie.
2. De casemanagement professional werkt vanuit een zorgaanbieder. De casemanager werkt bij een zorgaanbieder en de keten 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.
3. Overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten door wijkverpleegkundigen die niet exclusief werken met mensen met dementie en hun naasten.

1
2
3
4
5

[1] https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/zorgstandaard-dementie-2020/

4. Overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten binnen een bredere functie zoals POH, ouderenadviseur en/of maatschappelijk werker.

Als we kijken naar de verdeling van het aantal cliënten binnen de varianten, dan zien we dat de meeste mensen casemanagement dementie ontvangen van een professional die valt onder categorie 2. Daarnaast zien we een stijging van het aantal cliënten dat casemanagement dementie ontvangt dat valt onder categorie 1 en een daling van het aantal cliënten dat valt onder categorie 3. Het aantal cliënten dat onder categorie 4 valt is relatief klein en ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2018.

De professionals die casemanagement dementie leveren conform de zorgstandaard (categorie 1 en 2), behoren voor het grootste deel tot het expertisegebied van dementieverpleegkundige, de minderheid behoort tot het expertisegebied Sociaal werk zorg.

De gemiddelde caseload van de casemanagers is 60 cliënten per FTE. Dit aantal is ongeveer gelijk gebleven ten opzicht van 2018.

Redenen om geen gebruik te maken van casemanagement dementie

Er zijn diverse redenen om geen gebruik te maken van casemanagement dementie. De drie redenen die het meest door de dementie-professionals zijn genoemd zijn:

1. De diagnose is pas laat gesteld of er is pas laat ontdekt dat sprake is van dementie.
2. De client is niet bekend bij zorgaanbieders en daardoor niet bekend met casemanagement dementie.
3. De cliënt wil zelf de regie behouden of is bang de regie te verliezen.

De mantelzorgers gaven andere antwoorden dan de dementie-professionals. Een aantal mantelzorgers gaf aan wel behoefte te hebben aan een casemanager, maar dat ze geen casemanager hadden omdat deze niet voldeed aan hun eisen of (nog) geen gebruik konden maken van casemanagement dementie. Een verklaring voor de verschillen tussen de mantelzorgers en de casemanagement dementie professionals kan zitten in het feit dat we zeer betrokken mantelzorgers hebben gesproken, die zelf actief op zoek gaan naar allerlei informatie.

We hebben daarnaast nog aan POH's gevraagd welke redenen zij zien waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement dementie. De volgende redenen noemden zij meerdere keren:

- De cliënt heeft een sterk eigen netwerk. De cliënt (of vaak het netwerk in de vorm van de mantelzorger) beslist op dat moment zelf dat ze (nog) geen gebruik willen maken van een casemanager dementie.
- De cliënt wil zelf de regie houden/is bang de regie te verliezen.

Aanbevelingen

In dit onderzoek hebben we een aantal aanbevelingen gedaan. We hebben deze opgedeeld in aanbevelingen in het kader van beleid en aanbevelingen in het kader van (vervolg)onderzoek.

Aanbevelingen in het kader van beleid

1. Geef meer bekendheid aan de mogelijkheid van casemanagement dementie.
2. Zet (nog meer) in op vroegsignalering om meer mensen met dementie tijdig in beeld te krijgen.

3. Breng de meerwaarde van casemanagement dementie goed voor het voetlicht.
4. Gebruik argumenten van kritische mantelzorgers om de kwaliteit van casemanagement professionals te verbeteren.
5. Intensiveer samenwerking om de gewenste verbinding tussen het medisch en sociaal domein te krijgen.
6. Zorg voor voldoende opleidingscapaciteit voor casemanagement professionals.

Aanbevelingen in het kader van (vervolg)onderzoek

1. Breng uniformiteit in de registratie van het gebruik van casemanagement dementie.
2. Hanteer geen onderscheid tussen onafhankelijke casemanagement organisaties en zorgaanbieders met casemanagement professionals.

1. Onderzoeksvraag

Het ministerie van VWS heeft bureau HHM gevraagd een onderzoek te doen naar het gebruik van casemanagement dementie. In dit hoofdstuk schetsen we de achtergrond van de vraag en de doelen van het onderzoek.

De partijen Alzheimer Nederland, Patiëntenfederatie, ActiZ, Zorgthuisnl, ZN, V&VN, NZa, DNN en het ministerie van VWS werken met elkaar aan de afronding van de vervolgacties op het Actieplan Casemanagement dementie. In dit Actieplan zijn de volgende doelen opgenomen:

- Doel 1: iedere persoon die gediagnosticeerd wordt met dementie maakt (als dit passende zorg is) aanspraak op casemanagement.
- Doel 2: iedere persoon die gediagnosticeerd wordt met dementie wordt (als dit nodig is) gewezen op casemanagement.
- Doel 3: de wachttijd voor casemanagement blijft binnen de treeknorm.
- Doel 4: het geleverde casemanagement is van kwaliteit in overeenstemming met de (actuele) Zorgstandaard Dementie.

Om tot afronding te komen is het van belang inzicht te hebben in de behaalde doelen. Zo wordt doel 1 rondom de aanspraak gemeten in de NZa monitor wijkverpleging en is het rapport Samen op Weg deel 2 gepubliceerd. Doel 3 rondom wachttijden wordt (op termijn) door de wachttijdenregistratie van de NZa inzichtelijk gemaakt en doel 4 rondom kwaliteit loopt via het traject herziening zorgstandaard dementie.

Om de resultaten van doel 2, rondom verwijzing en gebruik van casemanagement dementie inzichtelijk te maken, is dit onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de partijen die onderdeel zijn van de taakgroep casemanagement dementie: ActiZ, Alzheimer Nederland, DNN, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ZN en Zorgthuisnl. Hieronder volgt een uitgebreidere beschrijving van dit doel.

Gebruik van casemanagement dementie

In het Actieplan is het volgende doel opgenomen ten aanzien van het gebruik: 'Iedere persoon die gediagnosticeerd wordt met dementie wordt (als dit nodig is) gewezen op casemanagement.'
Vanuit het Actieplan Casemanagement Dementie zijn in december 2016 en juli 2017 twee metingen uitgevoerd om in kaart te brengen hoeveel thuiswonende mensen met dementie in Nederland case-management dementie gebruiken en hoeveel mensen hiervoor op de wachtlijst staan. Omdat uit deze metingen is gebleken dat het lastig was om eenduidige gegevens hierover te verzamelen, heeft VWS in augustus 2018 een onderzoek laten uitvoeren door bureau HHM naar het gebruik en de wachttijden van casemanagement dementie. In 2020 bestond de behoefte om dit onderzoek te herhalen. Omdat wachttijden inmiddels via de NZa Regeling 'Transparantie zorgaanbieders case-management dementie' worden geregistreerd, is dit onderzoek enkel gericht op het 'gebruik' en niet op wachttijden of wachtlijsten.

Het onderzoek bestaat uit twee sporen:

1. Kwantitatief onderzoek, waarbij we een realistisch beeld geven van het actuele aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie ten opzichte van het aantal (thuiswonende) mensen met dementie in Nederland;

2. Kwalitatief onderzoek met de redenen waarom thuiswonende mensen met dementie geen casemanagement gebruiken.

Het onderzoek heeft de volgende doelen:

- Antwoord op de vraag in hoeverre het doel is behaald dat iedere persoon met de diagnose dementie gewezen wordt op case-management dementie.
- Inzicht in redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement.
- Indien van toepassing, suggesties geven over verbeteracties en oplossingsrichtingen om het gebruik te verbeteren. Daarbij wordt waar mogelijk de link gelegd met bestaande afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, aangezien casemanagement dementie onderdeel is van de aanspraak wijkverpleging.

De gevolgde aanpak is zoveel mogelijk in lijn met de aanpak van het HHM onderzoek naar casemanagement dementie uit 2018[2]. Door eenzelfde aanpak te hanteren, is het mogelijk om de resultaten uit de onderzoeken te vergelijken en de ontwikkeling in het gebruik van casemanagement dementie inzichtelijk te maken.

Ten opzichte van de aanpak van het onderzoek uit 2018 zijn er een aantal verschillen. Het eerste verschil is dat we in 2018 ook de wacht-lijsten voor casemanagement dementie inzichtelijk hebben gemaakt. Dit is geen onderdeel van voorliggend onderzoek. Daarnaast maken we in dit onderzoek gebruik van de laatste inzichten in de zorg rondom mensen met dementie, zoals de vernieuwde versie van de zorg-standaard dementie 2020 en de begrippenlijst die de NZa gebruikt voor de aanlevering van wachttijden voor casemanagement dementie. Tot slot melden we dat dit onderzoek ten opzicht van 2018 op een aantal punten anders hebben moeten uitvoeren, in verband met de Covid-19 pandemie.

[2] Bureau HHM, Onderzoek naar het huidig gebruik, wachttijden en wachtlijsten Casemanagement dementie 2018, 28 augustus 2018

2. Aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de wijze waarop we het onderzoek hebben uitgevoerd en de deelname van personen uit het veld.

2.1 Informeren van de betrokken partijen

In dit onderzoek was het krijgen van voldoende respons van belang om een betrouwbaar beeld te kunnen schetsen van het gebruik van casemanagement dementie. Daarom zijn we gestart met het informeren van de betrokken partijen rondom casemanagement dementie. We zijn voorafgaand aan de gegevensuitvraag in gesprek gegaan met de betrokken partijen. Tijdens een online bijeenkomst met deze partijen hebben we ons onderzoek toegelicht en hierbij ook gevraagd om hierover zo breed mogelijk de achterban te informeren en het belang van dit onderzoek te benadrukken.

In overleg met de partijen hebben we een brief opgesteld die gedeeld kon worden met de achterban. Deze brief bevatte ook informatie over het Webinar dat zou plaatsvinden in het kader van dit onderzoek (zie hoofdstuk 2.2, stap 2).

Daarnaast zijn we in overleg met de partijen gekomen tot een zo compleet mogelijke lijst van aanbieders die casemanagement dementie leveren.

2.2 Aanpak 'gebruik casemanagement dementie'

In deze paragraaf beschrijven de wijze waarop we zijn gekomen tot een realistisch beeld van:

A. Het actuele aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie, ten opzichte van:
B. Het totaal aantal thuiswonende mensen met dementie in Nederland.

Om de onderdelen A en B in kaart te brengen hebben we de volgende aanpak gehanteerd:

- Stap 1. Vaststellen definities en overige randvoorwaarden.
- Stap 2. Informeren ketens over achtergrond en aanpak van deze evaluatie.
- Stap 3. In kaart brengen aantal thuiswonende mensen met dementie in Nederland.
- Stap 4. Organiseren van online bijeenkomst met ketens en zorg-aanbieders casemanagement dementie.
- Stap 5. Uitvraag gegevens (aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie).
- Stap 6. Analyseren en valideren van aangeleverde gegevens.

Hieronder lichten we per stap de uitgevoerde activiteiten toe en beschrijven we het resultaat.

Stap 1. Vaststellen definities en overige randvoorwaarden

Samen met de taakgroep casemanagement dementie hebben we de te hanteren definities en randvoorwaarden vastgesteld. Voor het vaststellen van de definities hebben we onder andere gebruikgemaakt van de Zorgstandaard dementie, waarvan in 2020 een nieuwe versie is uitgekomen. Casemanagement dementie wordt hierin gedefinieerd als:

- Het systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning als deel van de behandeling door een vaste professional.

- Deze professional maakt deel uit van een (multidisciplinair) samenwerkingsverband gericht op thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers.
- De casemanagement professional is betrokken vanaf de start van het diagnostisch traject, zo snel mogelijk als de persoon met dementie wil, zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten.
- Het streven is om casemanagement in te schakelen op geleide van de individuele behoefte van de mens met dementie en mantelzorger(s). Deze behoefte kan in tijd variëren.
- Casemanagement dementie eindigt na opname in een woonvorm voor mensen met dementie (zoals een verpleeghuis) door middel van warme overdracht.
- De casemanagement professional biedt desgewenst nazorg aan de mantelzorger(s) na overlijden van de persoon met dementie.

De specifieke expertise en vaardigheden bij casemanagement dementie zijn uitgewerkt in de expertisegebieden Dementieverpleegkundige (V&VN, 2017) en Sociaal werk zorg (Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW), 2018).

De definities en randvoorwaarden hebben we vervolgens gebruikt om de vragenlijst op te stellen voor de online uitvraag (zie stap 5).
In de vragenlijst hanteerden we in ons vorige onderzoek een aantal varianten. In overleg met de taakgroep hebben we de varianten zodanig aangepast dat duidelijk is welke varianten overeenkomen met de geactualiseerde Zorgstandaard dementie en welke overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie er zijn.

Dit heeft geleid tot de volgende vier typen professionals:

1. Professionals die casemanagement leveren zoals uitgewerkt in het expertisegebied dementieverpleegkundige.
2. Professionals die casemanagement leveren zoals uitgewerkt in het expertisegebied Sociaal werk zorg.
3. Overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten door wijkverpleegkundigen die niet exclusief werken met mensen met dementie en hun naasten.
4. Overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten binnen een bredere functie zoals POH, ouderenadviseur en/of maatschappelijk werker.

In aanvulling hierop hebben we voor de eerste twee typen professionals die casemanagement leveren een onderscheid gemaakt naar twee varianten:

A. Casemanagement professional die werkt vanuit een onafhankelijke casemanagement organisatie.
B. Casemanagement professional die werkt vanuit een zorgaanbieder.

Met het in kaart brengen van deze vier typen professionals en twee varianten is het mogelijk om een goede vergelijking te kunnen maken met ons onderzoek uit 2018. De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 1.

Stap 2. Informeren ketens over achtergrond en aanpak van deze evaluatie

In deze stap hebben we zo breed mogelijk partijen geïnformeerd over deze evaluatie. Dit hebben we gedaan via de partijen die samenwerken rondom casemanagement dementie, maar ook rechtstreeks naar andere partijen die niet zijn aangesloten bij één van deze ketens, maar wel zorg leveren aan mensen met dementie.

Stap 3. In kaart brengen aantal thuiswonende mensen met dementie in Nederland

Om het aantal thuiswonende mensen met dementie in Nederland in kaart te brengen hebben we gebruikgemaakt van cijfers uit de Thema-rapportage Dementie (onderdeel van de Staat van Volksgezondheid & Zorg). We hebben hierbij gebruikgemaakt van de meest actuele cijfers van de bronnen die worden gebruikt in de themarapportage Dementie.

De volgende bronnen hebben we hierbij gebruikt:

- World Alzheimer Report
- Alzheimer Nederland
- Nivel Zorgregistraties eerste lijn
- Monitor langdurige zorg
- DIS GGZ (CBS Statline)
- DIS MSZ (NZa)
- CBS Doodsoorzakenstatistiek
- Vektis

Stap 4. Organiseren van digitale bijeenkomsten met ketens en zorgaanbieders casemanagement dementie

Gezien de ontwikkelingen van het Covid-19 virus, hebben we ervoor gekozen om geen fysieke bijeenkomsten te organiseren. Omdat we de gegevensuitvraag wel graag wilden toelichten en de mogelijkheid wilden geven voor deelnemers om vragen te stellen, hebben we twee digitale bijeenkomsten (Webinars) georganiseerd.

Beide Webinars zijn goed bezocht, in totaal hebben 43 personen deelgenomen aan een Webinar. Ook zijn de Webinars opgenomen, zodat deelnemers aan het onderzoek het Webinar later konden terugzien.

Stap 5. Uitvragen gegevens

Na de digitale bijeenkomsten startte de gegevensuitvraag naar het aantal mensen met casemanagement. Hiervoor hebben we de vragen-lijst gebruikt die in stap 1 is afgestemd met de leden van de taakgroep casemanagement dementie. We hebben de vragenlijsten uitgezet via de samenwerkende partijen rondom casemanagement dementie via DNN, ActiZ en Zorgthuisnl. Deze partijen hebben de vragenlijsten verspreid onder hun leden/achterban. Op deze manier zijn ook aanbieders benaderd die geen deel uitmaken van een dementie-netwerk.

Bij de uitvraag hebben de respondenten de volgende opmerkingen gemaakt:

- Het kost erg veel tijd om de juiste data in de organisaties of binnen het netwerk op te halen, het is niet een kwestie van 'een druk op de knop', het is echt uitzoekwerk.
- De uitwerking van de twee varianten bij de casemanagers roept vragen op: Wanneer is het een onafhankelijke casemanagement organisatie en wanneer een zorgaanbieder, als een casemanager vanuit een onafhankelijk organisatie werkt, maar wordt betaald door een zorgaanbieder?

- De indeling in opleidingsvariant bij de overige vormen van ondersteuning roept vragen op: waar val ik onder?
- De omschrijving van de twee overige vormen van ondersteuning roept weerstand op. In een aantal regio's is dit een grote groep, de weerstand zit in het niet erkennen van deze groep professionals als volwaardige casemanagers. Zij geven aan dat juist deze groep een ontzettend belangrijke rol speelt en onmisbaar is in de regio voor het leveren van goede dementie zorg.
- Hierop aansluitend geven respondenten aan dat een zorgverzekeraar casemanagement dementie ziet als onderdeel van de reguliere zorg die wijkverpleegkundigen bieden en daarmee afwijkt van de zorgstandaard.

Naast de uitvraag via DNN, ActiZ en Zorgthuisnl is Buurtzorg gevraagd om (vergelijkbaar met 2018) voor heel Nederland de gegevens in één keer aan te leveren. Na overleg heeft Buurtzorg aangegeven dat het te tijdintensief is om deze gegevens wederom aan te leveren en dat de gegevens uit 2018 kunnen worden gebruikt voor de analyse over 2020. Volgens Buurtzorg is er niet fundamenteel iets gewijzigd in de werkwijze en het aantal ouderen met dementie dat door Buurtzorg wordt verzorgd.

1
2
3
4
5

Stap 6. Analyseren en valideren van aangeleverde gegevens

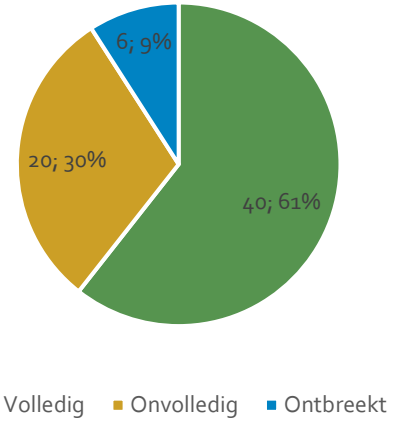
De ontvangen gegevens hebben we geanalyseerd en gevalideerd. Daarbij hebben we ervoor gezorgd dat de gegevens op een uniforme wijze zijn verwerkt. Tijdens deze validatie viel op dat de partijen die gegevens hebben aangeleverd, het moeilijk vonden om de goede informatie aan te leveren. De validatie hebben we op de volgende wijze uitgevoerd.

Nadat we de gegevens hebben ontvangen, hebben we de cijfers gecontroleerd. We hebben hierbij op de volgende punten gelet:

- We hebben de informatie die is aangeleverd met diverse cijfers vergeleken, bijvoorbeeld de gegevens uit 2018, maar ook het totaal aantal thuiswonende mensen in een regio. Ook hebben we gekeken naar het aantal casemanagers ten opzichte van het aantal cliënten.
- We hebben gekeken naar het aantal cliënten dat werd aangeleverd **per variant**. Indien bij de 4 varianten exact het zelfde aantal cliënten of casemanagers werd aangeleverd, hebben we nader onderzoek naar de cijfers uitgevoerd.
- Overige opvallendheden van cijfers.

Indien uit bovenstaande controle mogelijke onjuiste cijfers bleken, hebben we de cijfers teruggelegd bij de regio en navraag gedaan of de aangeleverde cijfers inderdaad klopten. Een aantal cijfers die waren aangeleverd klopten we niet, op basis van de juiste informatie van de regio hebben we de cijfers vervolgens aangepast.

De uitvraag is uitgezet in 66 regio's waarbij we van 60 regio's reacties hebben ontvangen. Zie bijlage 3 voor een overzicht van de regio's (inclusief de veranderingen die hierin hebben plaatsgevonden ten opzichte van 2018). Daarvan zijn 40 regio's volledig. Een regio is volledig als hiervoor door een ketenregisseur of alle betreffende zorgaanbieders gegevens zijn aangeleverd. Een regio is bestempeld als onvolledig als in de respons niet alle zorgaanbieders uit de betreffende regio zijn vertegenwoordigd. Een regio ontbreekt als er geen data ontvangen zijn uit een regio.



Figuur 2.1. Respons van de uitvraag naar aantal regio's.

2.3 Aanpak 'geen gebruik casemanagement dementie'

In deze paragraaf beschrijven we onze aanpak waarmee we in beeld hebben gebracht wat de redenen zijn waarom mensen met dementie die thuis wonen geen gebruik maken van casemanagement dementie.

In dit kwalitatieve onderzoek hebben we informatie verzameld op de volgende manieren:

- Stap 1. Analyse van recente onderzoeken naar casemanagement dementie.
- Stap 2. Uitvragen informatie bij diverse doelgroepen.
- Stap 3. Analyse van verzamelde informatie.

Stap 1. Analyse van recente onderzoeken naar casemanagement dementie

Tijdens de deskresearch hebben we in kaart gebracht in welke onderzoeken aandacht is besteed aan casemanagement dementie. Gedurende dit onderzoek kwamen we tot de conclusie dat er geen onderzoeken zijn gedaan (na ons onderzoek in 2018) die specifiek in kaart hebben gebracht waarom mensen geen gebruik maken van casemanagement dementie. Wel was gedurende ons onderzoek ook door Alzheimer Nederland een onderzoek gestart (Dementiemonitor), waarin (onder andere) werd gevraag naar redenen om geen gebruik te maken van casemanagement dementie. De uitkomsten van dit onderzoek zijn meegenomen in dit onderzoek.

Stap 2. Uitvragen informatie diverse doelgroepen

Om de uitkomsten van stap 1 te verdiepen en/of te toetsen in het veld hebben we de volgende drie sporen gevolgd:

1. Bij de kwantitatieve uitvraag (zie stap 5 in hoofdstuk 2.2), hebben we de respondenten gevraagd naar de redenen die cliënten geven wanneer ze geen gebruik maken van casemanagement dementie. Op deze manier kregen we hierover een beeld vanuit de dementie-professionals (zoals ketenregisseurs, casemanagers en wijk-verpleegkundigen). In totaal zijn in 44 vragenlijsten één of meerdere redenen aangegeven waarom mensen met dementie of hun naasten geen gebruik maken van casemanagement dementie.

2. Daarnaast hebben we huisartsen en POH-ouderen benaderd voor een interview. We hebben ten eerste de LHV benaderd om met één of meerdere huisartsen te spreken, maar hebben hier geen respons op gekregen. Vervolgens hebben we ons gericht op de POH-ouderen, omdat zij een belangrijke rol spelen in het diagnose- en

zorgproces en daarnaast een belangrijke linking pin zijn naar de casemanager dementie. In overleg met de NVvPO hebben zij via hun social media kanaal een bericht uitgezet voor POH's om deel te nemen aan het onderzoek. Op deze manier zijn we in contact gekomen met negen POH's uit verschillende huisartspraktijken. We hebben hen tijdens een interview gevraagd naar hun zorgprocessen in de huisartspraktijk, de rol van de huisarts en de POH en welke redenen zij zien bij cliënten om geen casemanager dementie in te schakelen. Met deze bevindingen hebben we een algemeen beeld gekregen van het perspectief van de huisartsen en POH's.

3. Tot slot hebben we gesproken met mantelzorgers die we via Alzheimer Nederland hebben geworven. Dit waren mantelzorgers die bij het onderzoek dat Alzheimer Nederland uitvoerde hadden aangegeven dat zij geen gebruikmaken van een casemanager dementie en bereid waren deel te nemen aan een interview in het kader van voorliggend onderzoek. Uiteindelijk hebben we negen mantelzorgers gesproken.

1
2
3
4
5

2.4 Rapportage

De bevindingen uit dit onderzoek hebben we beschreven in een conceptrapportage en besproken met leden van de taakgroep en het ministerie van VWS. Op basis van deze opmerkingen is een tweede concept rapportage gemaakt waarop de leden van de taakgroep schriftelijk konden reageren. Op basis van deze reacties is de eindrapportage opgesteld.

3. Gebruik casemanagement dementie

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van het aantal mensen met dementie (op basis van openbare data) en het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie (op basis van onze uitvraag).

3.1 Aantal mensen met dementie

Bij de start van dit onderzoek hebben we in kaart gebracht bij hoeveel mensen in Nederland sprake is van dementie. We hebben hierbij eerst gekeken naar het totaal aantal mensen met dementie. Vervolgens hebben we de aantallen per regio inzichtelijk gemaakt.

Bij het in kaart brengen van het aantal mensen met dementie hebben we de volgende categorieën gehanteerd:

- Het totaal aantal mensen met dementie in Nederland.
- Het aantal mensen met dementie dat in een instelling woont.
- Het aantal mensen met dementie dat thuis woont en een diagnose heeft (in beeld is bij de huisarts).
- Het totaal aantal mensen met dementie dat zorg ontvangt (bekend bij huisarts of woont in instelling).
- Het totaal aantal mensen met dementie dat thuis woont.
- Het aantal mensen met dementie dat thuis woont zonder de diagnose dementie.

Totaal aantal mensen met dementie in Nederland ligt tussen de 280.000 en 300.169 in 2020

In dit onderzoek gaan we uit van de cijfers van Alzheimer Nederland[3] (280.000) en Vektis (300.169). Alzheimer Nederland baseert zich hierbij op het Ergo onderzoek dat in de jaren negentig van de vorige eeuw is uitgevoerd in de wijk Ommoord in Rotterdam. Redenen waarom we gebruikmaken van de cijfers van Alzheimer Nederland:

- De cijfers van Alzheimer Nederland zijn de meest recente cijfers (2020).
- Naast de cijfers op landelijk niveau zijn de cijfers van Alzheimer Nederland ook beschikbaar op gemeenteniveau. Omdat we in dit onderzoek een beeld geven over het gebruik van casemanagement dementie per regio, hebben we ook gebruikgemaakt van de gegevens per gemeente.

Naast de cijfers van Alzheimer Nederland, maken we ook gebruik van de gegevens van Vektis. Vektis heeft op basis van feitelijke zorgdeclaraties uit de zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) een onderzoeksmethode ontwikkeld waarmee ze in staat is een totaaloverzicht te maken van het aantal mensen met dementie. Ook heeft het RIVM een berekening gemaakt van het totaal aantal mensen met dementie in Nederland. Het RIVM baseert zich hierbij op internationaal onderzoek[4]. Op basis hiervan schat het RIVM het aantal

[3] alzheimer-nederland.nl

[4] https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015

mensen met dementie in 2016 op 254.000 (69.000 mannen en 185.000 vrouwen).

Het aantal mensen met dementie dat in een instelling woont ligt tussen de 70.245 (MLZ[6]) en 84.900 (Vektis[5])
Op basis van de cijfers van de Monitor Langdurige Zorg, waren er in november 2018 in totaal 70.245 personen die Wlz-zorg in natura met verblijf ontvingen.[6] Op basis van de cijfers van Vektis[5] is het aantal personen dat in een instelling woont in 2018: 84.753 en in 2020: 84.900.

Het aantal mensen met dementie dat thuis woont en bekend is bij de huisarts is ongeveer 114.300 personen (Nivel)
Op basis van cijfers van het Nivel, waren er in 2019 in Nederland naar schatting 114.300 personen met dementie bekend bij de huisarts. Dit waren 44.400 mannen en 69.600 vrouwen.

Het aantal mensen met dementie dat zorg ontvangt ligt tussen de 184.545 en 199.200.
Dit betreft het totaal aantal personen dat bekend is bij de huisarts (114.300) en het aantal personen met dementie dat in een instelling woont (tussen de 70.245 en 84.900).

Het aantal thuiswonende personen met dementie zonder diagnose ligt tussen de 80.800 en 95.455
Wanneer we het totaal aantal mensen met dementie (tussen de 280.000 en 300.169 mensen) vergelijken met het aantal mensen met dementie dat in beeld is (tussen de 184.545 en 199.200), dan zien we hierin een groot verschil. Dit betekent dat er tussen de 80.800 en 115.624 personen met dementie thuis wonen, maar niet in zorg zijn. De veronderstelde verklaring voor deze verschillen zit met name in het feit dat deze personen niet gediagnosticeerd zijn met dementie[7]. Redenen hiervoor zijn[8]:

- Dementie ontstaat vaak geleidelijk, en is aanvankelijk vaak niet goed te onderscheiden van normale veroudering.
- Personen met dementie en hun omgeving herkennen de symptomen niet altijd of denken dat er toch niets aan te doen is. Daardoor komen personen met dementie niet of pas laat bij een huisarts.
- Voor huisartsen is het soms moeilijk om dementie te herkennen en vast te stellen.
- Zorgverleners zijn niet snel geneigd de diagnose dementie te stellen als zij daar niet zeker van zijn.
- Zorgverleners (huisartsen) achten het niet altijd nodig om een formele diagnose dementie te stellen omdat dat zelden consequenties heeft voor het te volgen beleid.

Het aantal mensen met dementie dat thuis woont ligt tussen de 171.504 (Alzheimer NL/CIZ) en 215.269 (Vektis) in 2020
Op basis van de cijfers van Vektis is het aantal mensen dat thuis woont in totaal 215.269[5]. Dit is het verschil tussen het aantal mensen met dementie (300.169) en het aantal mensen dat in een instelling woont (84.900). Op basis van de gegevens van Alzheimer Nederland en het CIZ

1
2
3
4
5

[5] Bron: Vektis
[6] Bron: monitor langdurige zorg
[7] Bron: volksgezondheidenzorg.info
[8] Bron: Alzheimer Nederland & Vilans, 2013; Prins et al., 2016; Richard & Moll van Charante, 2017

(per gemeente) is het aantal mensen met dementie dat thuis woont 171.504.

In 2019 overleden 16.269 personen aan dementie

Op basis van de CBS doodsoorzakenstatistiek overleden er in 2019 16.269 personen met als onderliggende oorzaak dementie.

Tabel 3.1 geeft de aantallen die hiervoor zijn genoemd overzichtelijk weer.

Mensen met dementie	Jaar	Aantal	Bron
In bevolking	2020 2020	280.000 300.169	Alzheimer Nederland Vektis
Bekend bij de huisarts	2019	114.300	Nivel zorgregistraties eerste lijn
Wonend in Zorginstelling	2018 2020	70.245 84.900	Monitor langdurige zorg Vektis
Overleden aan dementie	2019	16.269	CBS Doods-oorzakenstatistiek

Tabel 3.1 Aantal mensen met dementie in Nederland

3.2 Aantal mensen dat casemanagement dementie gebruikt

Tijdens het onderzoek hebben we van alle regio's gegevens gekregen over het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie. Van 40 regio's hebben we een volledig beeld gekregen van het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie. Van 27 regio's hebben we geen volledig beeld gekregen. Dit komt doordat één of meerdere aanbieders van casemanagement dementie geen gegevens heeft aangeleverd.

De gegevens die we hebben ontvangen, hebben betrekking op het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie **op peildatum 1 september 2020**. Het is dus geen optelsom van het aantal mensen dat in 2020 gebruik heeft gemaakt van casemanagement dementie. In totaal maakten in de 40 regio's met een volledig beeld 48.672 gebruik van casemanagement dementie. Op basis van deze cijfers hebben we dit aantal geëxtrapoleerd naar heel Nederland. Op basis van deze extrapolatie zien we dat op 1 september 2020 in totaal **71.000** mensen gebruikmaakten van casemanagement dementie. In tabel 3.2 laten we deze extrapolatie zien aan de hand van gegevens van Alzheimer Nederland en Vektis.

Huidig gebruik geëxtrapoleerd	Alzheimer Nederland	Vektis
Ondergrens	65.635	64.660
Mediaan	70.444	71.383
Bovengrens	79.000	76.171

Tabel 3.2: Landelijk gebruik casemanagement dementie na extrapolatie (2020)

Om te bepalen in hoeverre het gebruik van casemanagement dementie is veranderd maken we een vergelijking met 2018 waarin we op vergelijkbare wijze onderzoek gedaan naar het gebruik van casemanagement dementie. in 2018 hebben we voor het extrapolatie gebruikgemaakt van de gegevens van Alzheimer Nederland en de WoonZorgwijzer. In voorliggende onderzoek hebben we gebruikgemaakt van de gegevens van Alzheimer Nederland en Vektis.

Omdat we het belangrijk vinden dat het onderzoek uit 2018 en dit onderzoek in 2020 vergelijkbaar zijn, hebben we de extrapolatie van 2018 opnieuw uitgevoerd. Hierbij hebben we de volgende aanpassingen in de extrapolatie gedaan:

- De cijfers van Alzheimer Nederland waarop we de extrapolatie in 2018 baseerden zijn begin 2020 aangepast. We hebben voor de extrapolatie van 2018 de meest recente cijfers gebruikt.
- In plaats van de aantallen van de WoonZorgwijzer hebben we voor 2018, net als in het onderzoek in 2020, gebruikgemaakt van de aantallen van Vektis.

Op basis van deze nieuwe extrapolatie komen we voor 2018 uit op **61.900** mensen die gebruikmaakten van casemanagement dementie (in de rapportage van 2018 zijn we toen uitgegaan van 62.000).

We zien in tabel 3.3 dat het totaal aantal mensen met casemanagement dementie de afgelopen twee jaar is gestegen van **61.900** naar **71.000**.

	Onderzoek 2018	Onderzoek 2020
Aantal volledige regio's	39	40
Aantal mensen met dementie dat gebruikmaakt van casemanagement dementie in volledige regio's	38.406	48.672
Geëxtrapoleerd aantal mensen dat gebruikmaakt van CMD	61.900	71.000

Tabel 3.3 Vergelijking gebruik casemanagement dementie tussen 2018 en 2020

Dit is een stijging van ruim 9 duizend cliënten. We zien in de tabel ook dat in 2018 er 39 regio's volledig waren en 40 in 2020. Het grootste deel van de regio's (30) dat in 2018 volledig was, was ook in het jaar 2020 volledig.

We hebben de cijfers over het totaal geëxtrapoleerde gebruik afgezet tegen het aantal mensen met dementie dat thuis woont. Tabel 3.4 bevat de uitkomsten. We hebben hierbij het percentage thuiswonende mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie voor 2020 en 2018 weergegeven. Als we naar het verschil kijken tussen 2018 en 2020 zien we dat het percentage mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie ten opzichte van het totaal aantal thuiswonende mensen is gestegen, zowel wanneer we het percentage berekenen met de cijfers van Alzheimer Nederland als met de cijfers van Vektis.

	Alzheimer Nederland	Vektis
Aantal mensen dat gebruikmaakt van CMD (2020)	71.000	71.000
Aantal thuiswonende mensen met dementie (2020)	171.504	215.269
% thuiswonende mensen dat gebruikmaakt van CMD (2020)	41%	33%
% thuiswonende mensen dat gebruikmaakt van CMD (2018)	35%	31%

Tabel 3.4 Percentage thuiswonende mensen met dementie dat gebruikmaakt van casemanagement dementie (2018 en 2020).

In tabel 3.4 hebben we de cliënten meegeteld van alle vier de varianten, dus zowel varianten 1 en 2 die voldoen aan de zorgstandaard dementie als varianten 3 en 4 die niet aan de zorgstandaard voldoen (zie beschrijving van de varianten in tabel 3.6). Van het totaal aantal cliënten dat gebruikmaakt van casemanagement dementie, maakt in totaal 83% gebruik van casemanagement dementie die onder variant 1 of 2 vallen. Indien we dit percentage toepassen op de getallen in tabel 3.4 betekent dit dat 58.930 mensen in Nederland gebruikmaakt van case-management dementie dat voldoet aan de zorgstandaard. Ten opzichte van het totaal aantal mensen met dementie betekent dit dat, op basis van de cijfers van Alzheimer NL, 34% van de thuiswonende mensen met dementie gebruikmaakt van casemanagement dementie die voldoet aan de Zorgstandaard. Op basis van de cijfers van Vektis is dit 27%.

Wanneer we het totaal van 71.000 afzetten tegen het aantal mensen dat bekend is bij de huisarts met de diagnose dementie zien we dat 62% van de mensen die bekend is bij de huisarts gebruikmaakt van casemanagement dementie. Dit is weergegeven in tabel 3.5.

	2018	2020
Aantal mensen dat gebruikmaakt van CMD	61.900	71.000
Aantal mensen met dementie bekend bij de huisarts	103.000	114.300
% mensen met dementie die bekend zijn bij de huisarts en gebruikmaakt van CMD	60%	62%

Tabel 3.5 Percentage mensen met dementie dat bekend is bij de huisarts en gebruikmaakt van casemanagement dementie.

In vergelijking tot 2018 is het gebruik met 2% toegenomen. Wanneer we voor 2020 alleen naar het aantal cliënten kijken dat gebruik maakt van variant 1 of 2 (58.930) is dit 52%.

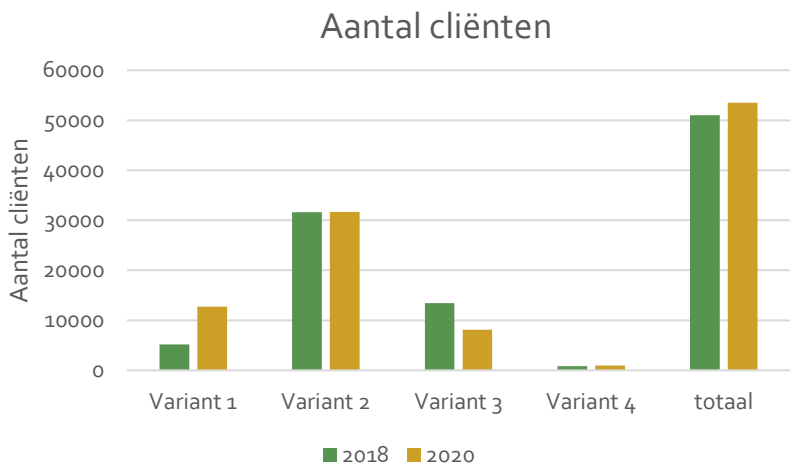
3.3 Varianten binnen casemanagement dementie

Op basis van de typering van professionals en varianten in organisatie-vorm (zie stap 1 in paragraaf 2.2) is een verdeling van vier varianten gemaakt waarin mensen met dementie casemanagement en ondersteuning hebben ontvangen. Deze verdeling is te zien in tabel 3.6.

Varianten casemanagement en ondersteuning
1. De casemanagement professional werkt vanuit een onafhankelijke casemanagement-organisatie. Op deze manier biedt de casemanager onafhankelijk van een zorgaanbieder diensten aan. Het casemanage-ment wordt uitgevoerd volgens de zorgstandaard dementie.
2. De casemanagement professional werkt vanuit een zorgaanbieder. De casemanager werkt bij een zorgaanbieder en de keten 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.
3. Overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten door wijkverpleegkundigen die niet exclusief werken met mensen met dementie en hun naasten.
4. Overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en con-tactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten binnen een bredere functie zoals POH, ouderenadviseur of maatschappelijk werker.

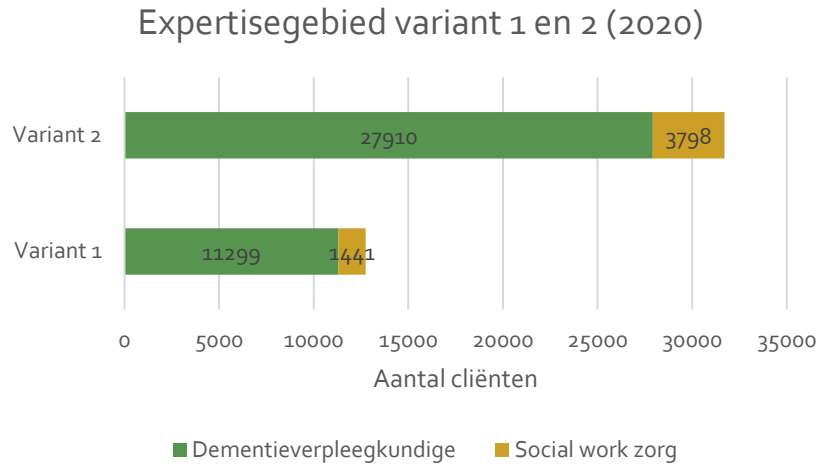
Tabel 3.6 Varianten van casemanagement en ondersteuning van mensen met dementie

In figuur 3.1 is het aantal cliënten per variant weergegeven, gebaseerd op de ontvangen respons (zowel volledige als onvolledige regio's). Hierin is het aantal cliënten van 2018 vergeleken met de resultaten van 2020. In grote lijnen zien we voor 2020 dezelfde verdeling als voor 2018 met een lichte afname van variant 3 (= overige vormen van ondersteuning - in de rol van coördinator en contactpersoon - voor mensen met dementie en hun naasten door wijkverpleegkundigen die niet exclusief werken met mensen met dementie en hun naasten). We zien deze afname met name in de volledige regio's, waardoor wij de conclusie trekken dat het aantal wijkverpleegkundigen die ondersteuning in de rol van coördinator en contactpersoon leveren aan het afnemen is. De aantallen voor de eerste twee varianten zijn wat groter geworden, maar dat hangt samen met het grotere aantal cliënten dat casemanagement dementie ontvangt in de responsgroep.



Figuur 3.1. Aantal cliënten per variant (voor de responsgroep, zonder extrapolatie)

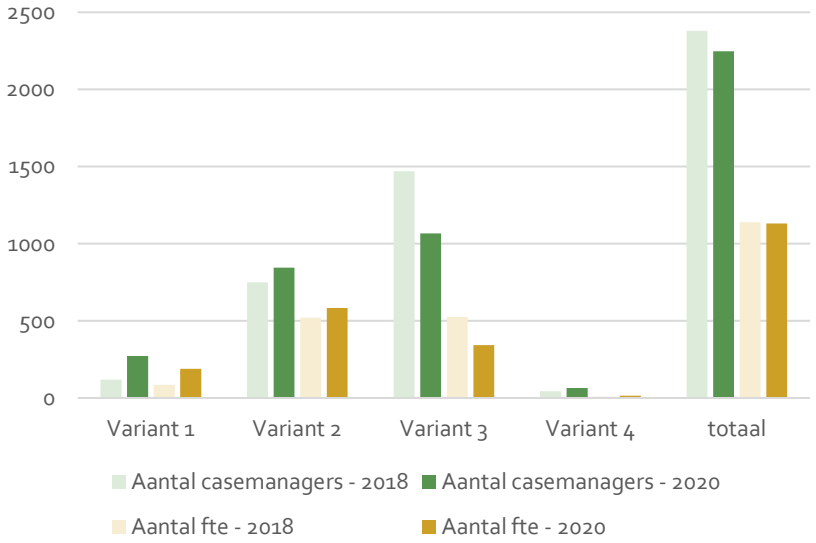
De varianten 1 en 2 worden geleverd door casemanagement professionals met het expertisegebied dementieverpleegkundige of Sociaal werk zorg. Figuur 3.2 laat voor de responsgroep de verdeling zien van het aantal cliënten over casemanagement professionals uit beide expertisegebieden zien. Daarbij wordt duidelijk dat het merendeel van de cliënten casemanagement ontvangt van een dementieverpleegkundige en een klein deel van een professional met het expertisegebied Sociaal werk zorg.



Figuur 3.2. Verhouding expertisegebied variant 1 en 2 (2020), (voor de responsgroep, zonder extrapolatie)

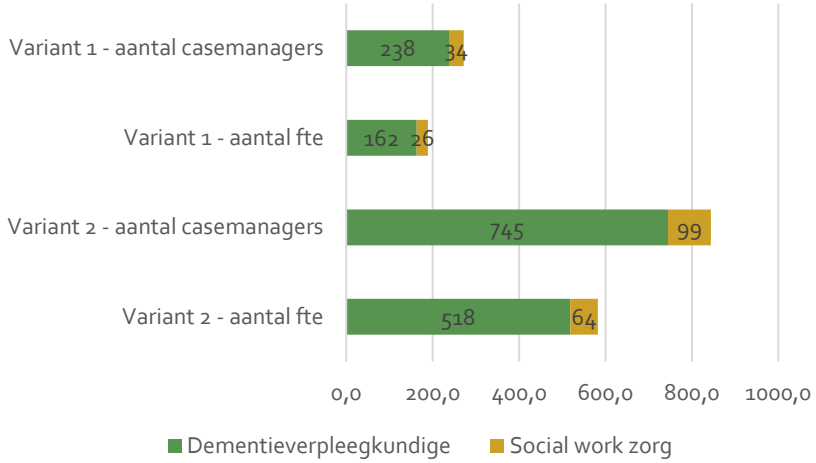
2.4 Inzet dementie-professionals

Het aantal professionals dat casemanagement dementie of een andere vorm van ondersteuning levert is 2.247 (zonder extrapolatie). In 2018 waren dit er 2.380, dit is een lichte afname van het aantal professionals. We zien een lichte toename van het aantal fte en een toename van cliënten Het aantal cliënten per fte is ongeveer gelijk gebleven (zie ook tabel 3.6). In figuur 3.3 wordt de verdeling van dementie-professionals over de vier varianten weergegeven in aantallen en fte's. Het valt op dat het aantal casemanagement professionals en fte's in variant 1 en 2 hoger is dan in 2018, terwijl het aantal wijk-verpleegkundigen en fte's voor variant 3 aanzienlijk lager zijn.



Figuur 3.3. Dementie professionals per variant (aantal en fte) (voor de responsgroep, zonder extrapolatie)

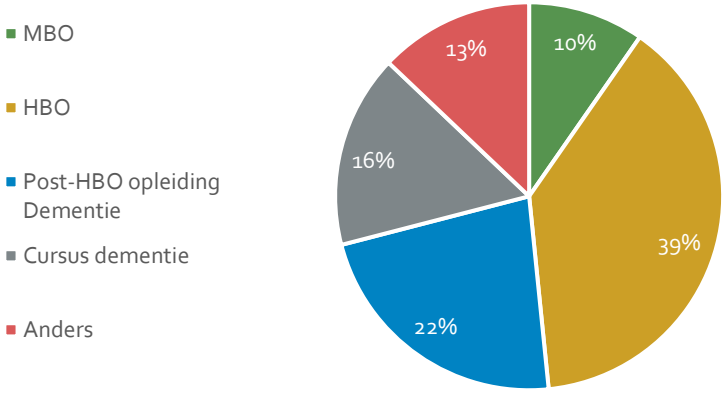
Figuur 3.4 laat de verdeling van het aantal casemanagement professionals en fte's zien voor de expertisegebieden dementie-verpleegkundige of Sociaal werk zorg voor de varianten 1 en 2. Het merendeel van de casemanagement professionals levert case-management vanuit het expertise gebied dementieverpleegkundige en een klein deel vanuit het expertisegebied Sociaal werk zorg.



Figuur 3.4. Verhouding expertisegebied variant 1 en 2 (voor de responsgroep, zonder extrapolatie)

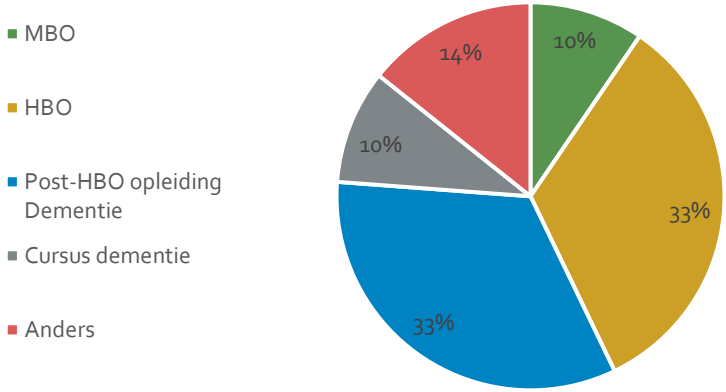
1 2 3 4 5

Wijkverpleegkundigen die ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) leveren (variant 3), doen dit voornamelijk met een HBO achtergrond. In figuur 3.5 is de verdeling van de opleidings-achtergrond van de wijkverpleegkundigen weergegeven. In de categorie anders gaat het om workshops of cursussen die door de keten worden aangeboden, een post HBO indicatiestelling of interne opleiding casemanagement. [9]



Figuur 3.5 Verdeling opleidingsachtergrond wijkverpleegkundigen die coördinatie en ondersteuning leveren (variant 3) (n=15 regio's).

Zorgverleners die ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) vanuit een bredere functie leveren (variant 4) hebben voornamelijk een HBO of Post-HBO opleiding dementie. Bij de categorie anders gaat het om een WO opleiding (zoals psychologie), post HBO SPV, Psychosociale arbeidsbelasting, POH ouderzorg of de opleiding Breinomgevingsmethodiek.



Figuur 3.6 Verdeling opleidingsachtergrond bij mensen die coördinatie en ondersteuning leveren vanuit een bredere functie (variant 4) (n=10 regio's).

Tot slot hebben we in tabel 3.7 een vergelijking gemaakt van de caseload per fte voor de vier verschillende varianten op basis van alleen volledige regio's. Daarbij is te zien dat het voorlopig lijkt dat de caseload per fte iets is afgenomen, met uitzondering van variant 3.
De gemiddelde caseload over alle varianten is 60 cliënten per fte.

[9] De gegevens van Buurtzorg zijn niet opgenomen, omdat dit niet inzichtelijk was.

De gemiddelde caseload van de varianten die voldoen aan de Zorgstandaard dementie (varianten 1 en 2) is 56 cliënten per fte.

	2018	2020	N 2020
Variant 1	61 cliënten per fte	60 cliënten per fte	6 regio's
Variant 2	61 cliënten per fte	55 cliënten per fte	30 regio's
Variant 3	26 cliënten per fte	37 cliënten per fte	36 regio's
Variant 4	96 cliënten per fte	86 cliënten per fte	5 regio's

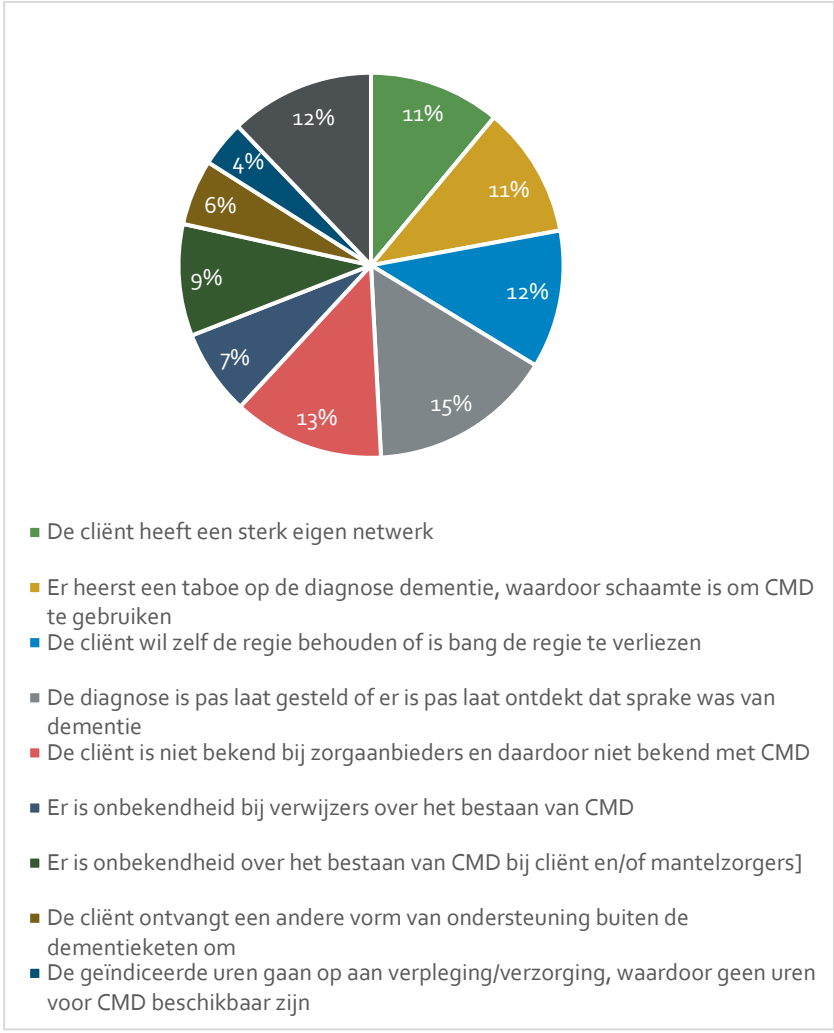
Tabel 3.7 Vergelijking caseload 2018-2020 over de vier varianten

4. Redenen geen gebruik casemanagement dementie

In dit hoofdstuk geven we een beeld van de redenen waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement dementie. We beschrijven dit vanuit het perspectief van dementie-professionals (op basis van vragenlijsten), mantelzorgers (op basis van interviews) en huisartsen/POH-ers (op basis van interviews). Hierbij maken we ook een vergelijking met de redenen die in 2018 zijn aangegeven.

4.1 Perspectief vanuit dementie-professionals

In Figuur 4.1 zien we dat de dementie professionals (casemanagers, wijkverpleegkundigen en overig) verschillende redenen aangeven waarom er geen gebruikgemaakt wordt van casemanagement dementie. In de meeste gevallen worden er meerdere redenen (3 à 4) per vragenlijst gegeven.



Figuur 4.1 Redenen voor geen gebruik van casemanagement dementie volgens dementie-professionals (N=45 regio's)

Anders (overige antwoorden):	Aantal keer genoemd:
Wachtlijst	4
Wordt in vroeg stadium niet nodig geacht door client	2
Wordt in vroeg stadium niet nodig geacht door huisartspraktijk	1
Ontkenning diagnose	1
Zorgmijder	2
Wijkverpleging verantwoordelijk	1
Verwijzer denkt dat er een wachtlijs is maar dat is niet zo	1
Andere hulpverleners zoals huisarts en POH achten zich voldoende bekwaam om zorg te leveren	1

Tabel 4.1 Overige redenen voor geen gebruik van casemanagement dementie volgens dementie-professionals.

De drie redenen die het meest door de dementie-professionals in de vragenlijst zijn genoemd zijn:

1. De diagnose is pas laat gesteld of er is pas laat ontdekt dat sprake is van dementie (15%).
2. De client is niet bekend bij zorgaanbieders en daardoor niet bekend met casemanagement dementie (13%).
3. De cliënt wil zelf de regie behouden of is bang de regie te verliezen (12%).

Bij de overige antwoorden wordt een wachtlijst voor Casemanagement dementie het meest genoemd.

Wat opvalt is dat er een verscheidenheid aan antwoorden wordt genoemd en niet één reden er heel sterk uitspringt. Dat is vergelijkbaar met de resultaten uit 2018. De top drie met redenen verschilt wel. Een redenering die nu minder aanwezig is dan in 2018 is dat er onbekendheid is over het bestaan van casemanagement dementie bij cliënten of hun mantelzorgers (meest genoemd in 2018, 18% van de ontvangen reacties). Dat is sterk verminderd en nu 10% als reden aangegeven. Een reden die iets meer genoemd wordt, is dat de diagnose pas laat wordt gesteld. In het onderzoek van 2018 komt deze naar voren in 12% van de ontvangen reacties, in 2020 is dat een reden bij 15% van de ontvangen reacties.

4.2 Perspectief vanuit mantelzorgers

Tijdens het onderzoek hebben we contact gezocht met mantelzorgers van mensen met dementie die geen gebruikmaakten van een casemanager dementie. Deze hebben we in samenwerking met Alzheimer Nederland gevonden. Tijdens ons onderzoek voerde Alzheimer Nederland, samen met het Nivel, een eigen onderzoek uit (Dementiemonitor Mantelzorg 2020).[10] In dit onderzoek werd ook gevraagd of de persoon gebruikmaakt van casemanagement dementie. Uit dit onderzoek blijkt dat de meerderheid (89%) van de mensen die de monitor hebben ingevuld wel gebruikmaakt van casemanagement dementie. Hierbij moet opgemerkt worden dat de mantelzorgers die meededen aan de Dementiemonitor Mantelzorg 2020 bijna allemaal bekend zijn bij professionele zorgverleners zoals de huisarts. Het gebruik van casemanagement ligt in deze groep dan ook relatief hoog in vergelijking tot de bevindingen in voorliggend onderzoek. Een grote groep mensen met

[10] Bron: dementiemonitor Mantelzorg 2020 (Nivel en Alzheimer Nederland)

dementie en hun mantelzorgers zijn niet in beeld van professionele zorgverleners en hebben daardoor geen casemanager.

Omdat we in voorliggend onderzoek zicht wilden krijgen op de redenen van mensen om **geen** gebruik te maken van casemanagement dementie (en hierover geen gegevens zijn gerapporteerd in de Dementiemonitor Mantelzorg 2020), hebben we in afstemming met Alzheimer Nederland personen die bij de Dementiemonitor Mantelzorg hadden aangegeven geen gebruik te maken van casemanagement dementie, gevraagd of ze bereid waren dit toe te lichten in een telefonisch gesprek aan onderzoekers van bureau HHM. Uiteindelijk waren negen mantelzorgers bereid dit te doen.

Vanwege het kleine aantal kunnen we niet met zekerheid stellen dat dit een representatief beeld geeft om geen gebruik te maken van case-management dementie van alle cliënten/mantelzorgers die geen gebruik maken van een casemanagement dementie. Door in gesprek te gaan met deze mantelzorgers, hebben we wel een beeld gekregen van het perspectief van mantelzorgers waarom ze geen gebruik maken van casemanager dementie. De gesprekken die we hebben gevoerd geven een inkijk in de belevingswereld van de mantelzorger dat we niet hebben kunnen verifiëren bij de betreffende casemanagers.

Elk interview was anders (zoals te lezen valt in bijlage 2). Tijdens de interviews bleek dat de redenen om geen gebruik te maken van casemanagement dementie erg persoonlijk waren. In de meeste gevallen gaven cliënten aan wel behoefte te hebben aan casemanage-ment dementie, maar dat in hun situatie het niet mogelijk was om gebruik te maken van een casemanager of dat de casemanager waar ze contact mee hadden (gehad) voor hen niet genoeg meerwaarde had (waar weer diverse persoonlijke redenen achter zaten).

Hierna volgen een aantal quotes die we tijdens de interviews hebben opgehaald. Om meer inzicht te krijgen in de gesprekken verwijzen we naar bijlage 2, waarin alle interviews zijn uitgewerkt.

"In dit stadium is het nog niet nodig om een casemanager in te schakelen, wellicht in de toekomst."

"Het is voor ons met een pgb lastiger om gebruik te maken van een casemanager dementie. De casemanager die we onlangs wel op bezoek hadden bood te weinig maatwerk en hierdoor te weinig meerwaarde."

"We hebben één keer een casemanager dementie op bezoek gehad, maar vonden dit te weinig van meerwaarde in onze situatie."

"Ondanks dat de casemanager dementie gespecialiseerd is in onze situatie (dementie op jonge leeftijd), sluit dit onvoldoende aan op onze behoefte."

"De eerste casemanager focuste zich erg op de mantelzorger en niet op de cliënt."

"De casemanager had te weinig kennis van hoe ik als mantelzorger om kon gaan met mijn man die dementie had."

"Omdat ik zelf lang in de zorg heb gewerkt, weet ik veel van dementie en de zorgwereld. De casemanager dementie biedt daarom voor mij persoonlijk geen meerwaarde."

"Omdat de diagnose dementie van mijn partner nog niet definitief is, kunnen we op dit moment geen gebruik maken van Casemanagement dementie."

"De POH gaf aan dat mijn man eerst akkoord moest gaan, voordat we gebruik konden maken van casemanagement dementie. Omdat hij dit niet deed, konden we geen gebruik maken van casemanagement dementie."

4.3 Perspectief vanuit huisartsen / POH's

De rol van de huisarts wordt door alle negen POH's die we hebben gesproken hetzelfde omschreven. De huisarts is degene die de diagnose stelt en degene die een doorverwijzing geeft naar een specialist en/of casemanager. Ook wordt de huisarts ingeschakeld bij besluitvorming over medicatieaanpassingen. De rol van de POH is in dit proces vaak ondersteunend aan de huisarts. De volgende taken liggen (met enige nuanceverschillen per POH) bij de POH's:

- POH's hebben een signalerende functie in het herkennen van dementie bij hun patiënten.
- Bij een vermoeden van geheugenproblematiek testen af te nemen zoals MMSE, TRAZAG, GFI, MOCA tests. Dit kan zowel bij de mensen thuis als in de huisartspraktijk.
- POH's fungeren als een organisatie- en communicatieschakel tussen de casemanager dementie, huisarts en wijkverpleging.

De meeste POH's die we hebben gesproken, hebben regelmatig (eens in de twee à drie maanden) contact met een casemanager dementie in een multidisciplinair overleg.

Gemiddeld gaf iedere POH twee of drie redenen waarom mensen geen gebruik maken van casemanagement dementie. De volgende redenen werden hierbij meerdere keren genoemd:

- De cliënt heeft een sterk eigen netwerk. De cliënt (of vaak het netwerk in de vorm van de mantelzorger) beslist op dat moment zelf dat ze (nog) geen gebruik willen maken van een casemanager dementie.
- De cliënt wil zelf de regie houden/is bang de regie te verliezen.

De overige redenen die werden genoemd waren: taboe op dementie, onbekendheid over het bestaan van casemanagement bij de cliënt/mantelzorger en de cliënt ontvangt ondersteuning buiten de dementieketen.

5. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we tot slot een aantal aanbevelingen op het gebied van beleid en vervolgens een aantal aanbevelingen voor (vervolg)onderzoek.

5.1 Aanbevelingen in het kader van beleid

1. Geef meer bekendheid aan de mogelijkheid van casemanagement dementie

Het aantal mensen dat gebruikmaakt van een casemanager dementie is in twee jaar gestegen. In 2018 waren er na de (herberekende) extrapolatie 61.900 mensen die gebruikmaakten van een casemanager, in 2020 zijn dit er (na extrapolatie) 71.000. Ook wanneer we kijken naar het percentage cliënten dat gebruikmaakt van casemanagement dementie ten opzichte van het aantal thuiswonende mensen met dementie, zien we een stijging. Hierdoor veronderstellen we dat casemanagement dementie meer onder de aandacht is gebracht bij mensen met dementie. Echter, op basis van deze percentages concluderen wij dat (ondanks de positieve stijging in twee jaar) veel mensen met dementie nog geen casemanagement ontvangen en waarschijnlijk nog niet alle partijen mensen met dementie wijzen op de mogelijkheid van casemanagement dementie. Daarom bevelen we aan dat alle partijen (zorgaanbieders, huisartsen, zorgverzekeraars en gemeenten) nog meer bekendheid geven aan de mogelijkheid om gebruik te maken van casemanagement dementie.

2. Zet (nog meer) in op vroegsignalering om meer mensen met dementie tijdig in beeld te krijgen

In ons onderzoek hebben we op basis van landelijke cijfers geconstateerd dat er een grote groep mensen met dementie is die geen diagnose heeft. Ook zagen we in het onderzoek dat de casemanagement dementie professionals aangeven dat in 15% van de gevallen waar geen casemanager dementie wordt ingezet dit komt doordat de diagnose dementie pas laat was gesteld. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is afgesproken dat wordt ingezet op de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek.[11] Hierbij wordt (onder andere) ingezet op tijdige signalering van ziekte. Met het tijdig signaleren kunnen mensen met dementie in een vroeg stadium geholpen worden om met de ziekte om te gaan. Hierbij is het belangrijk dat de zorgverleners rondom de cliënt (zoals huisartsen) in een vroeg stadium de cliënt laten onderzoeken of er mogelijk sprake is van dementie. Ook het aangekondigde onderzoek in de nationale dementiestrategie[12] naar diagnostiek, waarbij onderzoek naar wat 'biomarkers' kunnen zeggen over de aanwezigheid of de kans op dementie, kan helpen bij deze vroegsignalering.

3. Breng de meerwaarde van casemanagement dementie goed voor het voetlicht

Veel cliënten zien en ervaren de meerwaarde van een casemanager dementie. In ons onderzoek hebben we met name ook gekeken naar de redenen om geen gebruik te maken van casemanagement dementie. Eén van de redenen die wordt genoemd is dat de cliënt een voldoende sterk netwerk heeft, waardoor het niet nodig is om gebruik te maken van casemanagement dementie. Het lijkt erop dat deze mensen met

[11] rijksoverheid.nl/hoofdlijnenakkoord-wijkverpleging-2019-2022
[12] rijksoverheid.nl/nationale-dementiestrategie

dementie en hun mantelzorgers de casemanager met name zien als een persoon die zaken voor hen regelt, terwijl de functie van casemanagement dementie veel breder is en ook veel meer meerwaarde biedt. We bevelen daarom aan om deze meerwaarde, ook wanneer de cliënt een groot netwerk heeft, goed voor het voetlicht te brengen.

4. Gebruik argumenten van kritische mantelzorgers om de kwaliteit van casemanagement professionals te verbeteren

We hebben tijdens het onderzoek aan verschillende partijen gevraagd naar de redenen om geen gebruik te maken van casemanagement dementie. De mantelzorgers gaven andere antwoorden dan de dementie-professionals. De dementie-professionals gaven de meeste keren aan dat de reden om geen gebruik te maken van casemanagement dementie is dat de diagnose pas laat werd gesteld en dat er onbekendheid is met casemanagement dementie. Deze antwoorden hebben we niet gehoord bij de mantelzorgers. De mantelzorgers gaven vaak aan dat ze (nog) geen gebruik konden maken van casemanagement dementie of wel behoefte te hebben aan een casemanager, maar dat de casemanager niet voldeed aan hun eisen of. Een verklaring hiervoor kan zitten in het feit dat we zeer betrokken mantelzorgers hebben gesproken, die zelf actief op zoek gaan naar allerlei informatie. Hoewel de mensen met dementie en/of hun mantelzorgers die geen gebruik maken van casemanagement dementie een kleine groep omvat (11% van de mantelzorgers die de Dementiemonitor Mantelzorg van het Nivel in 2020 hebben ingevuld) bevelen we aan wel goed te luisteren naar hun redenen, zodat deze kunnen worden gebruikt om casemanagement dementie inhoudelijk te verbeteren.

5. Intensiveer samenwerking om de gewenste verbinding tussen het medisch en sociaal domein te krijgen

In het Hoofdlijnenakkoord staat dat in wordt gezet op het verstevigen van de verbinding tussen het medisch en sociaal domein. Bij de zorg voor mensen met dementie is deze verbinding belangrijk, omdat mensen met dementie geholpen worden door partijen die zich bevinden op zowel het medische als het sociale domein. In veel regio's is de dementiezorg goed georganiseerd en is er binnen de regio een ketenregisseur die de dementiezorg coördineert. In een aantal regio's ontbreekt echter deze georganiseerde dementiezorg of de samenwerking met wijkverpleegkundigen en POH's die ook een rol vervullen op het gebied van de coördinatie en ondersteuning van mensen met dementie. Ketenregisseurs kunnen van grote meerwaarde zijn om de verbinding tussen het medische en sociale domein te realiseren. Daarom bevelen we alle partijen in de regio's aan om deze samenwerking in de keten te borgen, te verbeteren of op te zetten.

6. Zorg voor voldoende opleidingscapaciteit voor casemanagement professionals

In de caseload van de casemanagers dementie zien we vergelijkbare cijfers als in 2018. Zowel in 2018 als in 2020 is de gemiddelde caseload ongeveer 60 cliënten per FTE en 56 voor casemanagement professionals voor variant 1 en 2 (ter vergelijking: in het Expertisegebied dementieverpleegkundige wordt op dit aspect verwezen naar de Zorgstandaard 2013 waarin een maximum caseload per fte van 50-55 cliënten wordt vermeld). Om als casemanager alle rollen (ook buiten het directe cliëntencontact) professioneel uit te kunnen voeren bij een toenemend aantal mensen met dementie en een beoogd toenemend gebruik van casemanagement dementie, bevelen we aan dat partijen de

komende jaren blijven zorgen voor voldoende opleidingscapaciteit voor casemanagement professionals.

5.2 Aanbevelingen in het kader van (vervolg)onderzoek

1. Breng uniformiteit in de registratie van het gebruik van casemanagement dementie

In vergelijking tot 2018 is er weinig veranderd op het gebied van de registratie van het gebruik van casemanagement dementie. In de meerderheid van de regio's zijn deze gegevens niet direct beschikbaar, maar moeten deze bij verschillende organisaties en/of casemanagers worden opgevraagd. Omdat dit veel tijd kost, hebben we niet van iedere regio een volledig beeld kunnen krijgen van het aantal mensen dat gebruikmaakt van casemanagement dementie. Ook hebben we veel gegevens moeten valideren om ervoor te zorgen dat de gegevens die in het rapport zijn opgenomen, betrouwbaar zijn. Om beter zicht te krijgen op het gebruik van casemanagement dementie bevelen we aan om meer uniformiteit te brengen in deze registratie. Het delen van goede voorbeelden uit de praktijk kan hierbij stimulerend werken.

2. Hanteer geen onderscheid tussen onafhankelijke casemanagement organisaties en zorgaanbieders met casemanagement professionals

De uitwerking van de twee varianten bij de casemanagers roept vragen op: Wanneer is het een onafhankelijke casemanagement organisatie en wanneer een zorgaanbieder, als een casemanager vanuit een onafhankelijk organisatie werkt, maar wordt betaald door een zorgaanbieder? Indien het om bepaalde redenen zinvol is om dit onderscheid te hanteren dient het onderscheid duidelijker te worden omschreven. Indien het onderscheid niet zinvol is bevelen we aan om dit onderscheid niet meer te hanteren bij vervolgonderzoek.

Bijlage 1. Vragenlijst Gebruik casemanagement dementie

In het Actieplan Casemanagement dementie is een aantal doelen omschreven ten aanzien van casemanagement dementie. Iedere persoon die gediagnosticeerd wordt met dementie, wordt (als dit nodig is) gewezen op casemanagement. Om te meten in hoeverre deze doelstelling behaald wordt, brengt bureau HHM in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het gebruik van casemanagement dementie in beeld. We kijken naar het *aantal mensen* dat gebruikmaakt van casemanagement dementie en onderzoeken *de redenen* om hiervan geen gebruik te maken. In 2018 hebben wij het gebruik van casemanagement dementie ook onderzocht, zodat we met dit onderzoek kunnen aangeven in hoeverre het gebruik is toe- of afgenomen.

Om een representatief beeld te geven van het gebruik van casemanagement dementie vragen we alle betrokken zorgaanbieders, ketenregisseurs en dementienetwerken om deze vragenlijst in te vullen. Daarnaast houden we nog een aantal interviews met huisartsen, POH ouderen, cliëntvertegenwoordigers en wijkverpleegkundigen. De resultaten van dit onderzoek koppelen we zowel op landelijk als regionaal niveau terug. De regionale gegevens kunt u gebruiken om het gebruik van casemanagement dementie in uw regio te optimaliseren.

Op 8 en 10 september zijn twee Webinars gehouden met uitleg over dit onderzoek.
Heeft u dit Webinar niet kunnen volgen? Dan kunt u dit terugkijken via deze link: **Webinar 8 september 2020**

U kunt tussentijds uw antwoorden opslaan door onderaan het scherm te kiezen voor
'Hervat later'. U maakt dan een account aan waarmee u op een later tijdstip weer in kunt loggen om verder te gaan met de vragenlijst.
Het invullen en indienen van de vragenlijst kan ***tot 9 november.***

A. DEFINITIES

Met betrekking tot casemanagement dementie hanteren we de volgende definitie uit de Zorgstandaard Dementie (2020):

- Het systematisch aanbieden van gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning als deel van de behandeling door een vaste professional.
- Deze professional maakt deel uit van een (multidisciplinair) samenwerkingsverband gericht op thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers.
- De casemanagement professional is betrokken vanaf de start van het diagnostisch traject, zo snel mogelijk als de persoon met dementie wil, zonder onnodige wachttijden of wachtlijsten.
- Het streven is om casemanagement in te schakelen op geleide van de individuele behoefte van de mens met dementie en mantelzorger(s). Deze behoefte kan in tijd variëren.
- Casemanagement dementie eindigt na opname in een woonvorm voor mensen met dementie (zoals een verpleeghuis) door middel van warme overdracht.
- De casemanagement professional biedt desgewenst nazorg aan de mantelzorger(s) na overlijden van de persoon met dementie.

De zorgstandaard Dementie 2020 maakt onderscheid tussen twee typen casemanagement professionals:

1. Professionals die casemanagement leveren zoals uitgewerkt in het expertisegebied Dementieverpleegkundige.
2. Professionals die casemanagement leveren zoals uitgewerkt in het expertisegebied Sociaal werk zorg.

Vanuit bovenstaande expertisegebieden worden de volgende eisen gesteld aan de casemanagement professional:

- De casemanager is HBO-opgeleid (opleiding verpleegkunde of de opleiding Sociaal werk zorg)
- De casemanager heeft de opleiding casemanagement dementie gevolgd en bovendien een paar jaar praktijkervaring opgedaan.
- De casemanager werkt in een dienstverband van minimaal 24 uur, ongeacht de omvang van de totale aanstelling.

NB: Overige vormen van ondersteuning (geen onderdeel van de Zorgstandaard Dementie, maar wel onderdeel van dit onderzoek).
Het gaat hier om overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten.
Hierbij wordt onderscheid gemaakt in de volgende professionals:

- Wijkverpleegkundigen
- Praktijkondersteuner (POH), ouderenadviseur of maatschappelijk werker.

Geef, per type casemanagement professional, aan hoeveel cliënten met dementie en/of hun mantelzorgers, in uw keten/organisatie omstreeks 1 september 2020 casemanagement ontvangen en door wie dit wordt geleverd.
Het gaat steeds om cliënten met (een vermoeden van) dementie die op een peildatum omstreeks 1 september 2020 casemanagement ontvangen in een thuissituatie. Thuis is hierbij gedefinieerd als in de eigen woning of bij iemand in het netwerk (dus niet in een verpleeg- of verzorgingshuis). Hierbij gaat het om casemanagement geboden uit de Wlz, de Zvw en Wmo (indien onderdeel van het diagnostische traject).

ALGEMEEN

Contactgegevens

Naam:	
Functie	
E-mailadres	
Telefoonnummer	

Bijlage: Overzicht netwerken dementie en gemeenten

In deze bijlage vindt u de regio-indeling zoals wij deze hanteren in dit onderzoek. Alle huidige ketens en netwerken dementie zijn in deze indeling opgenomen. We weten dat een aantal gemeenten niet zijn aangesloten bij een keten. We hanteren voor deze gemeenten zonder keten, de naam van de gemeente of geclusterd met andere gemeenten zonder regio.
Ook staat in de bijlage een overzicht van alle gemeenten en de bijbehorende keten/regio.

Let op: Vul onderstaande vragen in voor één regio. Indien u gegevens van meerdere regio's wilt aanleveren, kunt u na het invullen van de vragenlijst klikken op [vul de vragenlijst voor nog een regio in].

1
2
3
4
5

Bent u een ketenregisseur?
Geef aan voor welke ketenregio u deze vragenlijst invult:
[dropdown lijst met alle ketenregio's]

Geef aan welke zorgaanbieders, die casemanagement voor mensen met dementie leveren, bij deze keten zijn aangesloten:

Geef (voor zover mogelijk) aan welke zorgaanbieders, die case-management voor mensen met dementie leveren, in uw regio actief zijn maar geen onderdeel vormen van het netwerk:

Bent u een zorgaanbieder aangesloten bij een dementieketen?
Geef aan voor welke ketenregio u deze vragenlijst invult:
[dropdown lijst met alle ketenregio's]

Wat is de naam van uw organisatie?

Bent u een zorgaanbieder niet aangesloten bij een dementieketen?
Geef aan voor welke ketenregio u deze vragenlijst invult:
[dropdown lijst met alle ketenregio's]

Wat is de naam van uw organisatie?

C. EXPERTISEGEBIED DEMENTIEVERPLEEGKUNDIGE

De volgende vragen zijn voor **professionals die casemanagement leveren zoals uitgewerkt in het expertisegebied Dementieverpleegkundige**.

Beschrijving van het expertisegebied Dementieverpleegkundige.

Geef aan op welke manier casemanagement dementie wordt geleverd. Geef vervolgens per variant aan hoeveel casemanagers (in personen en fte) casemanagement dementie geven:

Variant 1. De casemanagement professional werkt vanuit een onafhankelijke casemanagement-organisatie. Op deze manier biedt de casemanager onafhankelijk van een zorgaanbieder diensten aan. Het casemanagement wordt uitgevoerd volgens de zorgstandaard dementie.

Aantal cliënten:	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in unieke personen en inclusief casemanagers in opleiding):	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in fte):	

Variant 2. De casemanagement professional werkt vanuit een zorgaanbieder. De casemanager werkt bij een zorgaanbieder en de keten 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.

Aantal cliënten:	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in unieke personen en inclusief casemanagers in opleiding):	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in fte):	

1
2
3
4
5

D. EXPERTISEGEBIED SOCIAAL WERK ZORG

De volgende vragen zijn voor **professionals die casemanagement leveren zoals uitgewerkt in het expertisegebied Sociaal werk zorg**.

Beschrijving van het expertiseprofiel Casemanager Dementie Sociaal werk zorg

Geef aan op welke manier casemanagement dementie wordt geleverd. Geef vervolgens per variant aan hoeveel casemanagers (in personen en fte) casemanagement dementie geven:

Variant 1. De casemanagement professional werkt vanuit een onafhankelijke casemanagement-organisatie. Op deze manier kan de casemanager onafhankelijk van een zorgaanbieder diensten aanbieden. Het casemanagement wordt uitgevoerd volgens de zorgstandaard dementie.

Aantal cliënten:	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in unieke personen en inclusief casemanagers in opleiding):	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in fte):	

Variant 2. De casemanagement professional werkt vanuit een zorgaanbieder. De casemanager werkt bij een zorgaanbieder en de keten 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.

Aantal cliënten:	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in unieke personen en inclusief casemanagers in opleiding):	
Aantal casemanagers (uitgedrukt in fte):	

E. OVERIGE VORMEN VAN ONDERSTEUNING

Toelichting:
Het gaat hier om overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) voor mensen met dementie en hun naasten.

De volgende vragen zijn voor **wijkverpleegkundigen die niet exclusief werken met mensen met dementie en hun naasten.**

Kunt u aangeven om hoeveel cliënten en casemanagers dit gaat?

Aantal cliënten:	
Aantal wijkverpleegkundigen (uitgedrukt in unieke personen):	
Aantal wijkverpleegkundigen (uitgedrukt in fte):	

Welke opleiding(en) hebben deze wijkverpleegkundigen genoten?

- ☐ MBO
- ☐ HBO
- ☐ Post-HBO opleiding Dementie
- ☐ Cursus dementie
- ☐ Overig, namelijk

_____

1
2
3
4
5

De volgende vragen zijn voor professionals die overige vormen van ondersteuning (in de rol van coördinator en contactpersoon) leveren voor mensen met dementie en hun naasten binnen een **bredere functie zoals: POH, ouderenadviseur en/of maatschappelijk werker**

Kunt u aangeven om hoeveel cliënten en professionals dit gaat?

Aantal cliënten:	
Aantal professionals (uitgedrukt in unieke personen):	
Aantal professionals (uitgedrukt in fte):	

Welke opleiding(en) hebben deze professionals genoten?

- ☐ MBO
- ☐ HBO
- ☐ Post-HBO opleiding Dementie
- ☐ Cursus dementie
- ☐ Overig, namelijk

_____

F. GEEN GEBRUIK CASEMANAGEMENT DEMENTIE

Wij hebben in deze vragenlijst gevraagd naar mensen die casemanagement dementie ontvangen. **Wat zijn in uw regio belangrijke redenen waarom mensen geen casemanagement dementie ontvangen?**
(U kunt meerdere antwoorden aankruisen.)

- ☐ De cliënt heeft een sterk eigen netwerk
- ☐ Er heerst een taboe op de diagnose dementie, waardoor schaamte is om CMD te gebruiken

- ☐ De cliënt wil zelf de regie behouden of is bang de regie te verliezen
- ☐ De diagnose is pas laat gesteld of er is pas laat ontdekt dat sprake was van dementie
- ☐ De cliënt is niet bekend bij zorgaanbieders en daardoor niet bekend met CMD
- ☐ Er is onbekendheid bij verwijzers over het bestaan van CMD
- ☐ Er is onbekendheid over het bestaan van CMD bij cliënt en/of mantelzorgers
- ☐ De cliënt ontvangt een andere vorm van ondersteuning buiten de dementieketen om
- ☐ De geïndiceerde uren gaan op aan verpleging/verzorging, waardoor geen uren voor CMD beschikbaar zijn
- ☐ Overig, namelijk:

G. TOT SLOT

Dit is het einde van de vragenlijst.
Heeft u nog andere opmerkingen? Dan kunt u dat hier aangeven.

1
2
3
4
5

Bijlage 2. Uitwerking interviews met mantelzorgers

Tijdens het onderzoek hebben we gesproken met negen mantelzorgers van cliënten met dementie de geen gebruik maken van een case-manager dementie. Hieronder geven we per interview weer wat de reden was om geen gebruik te maken van casemanagement dementie.

Mantelzorger 1 (nog niet nodig, nog geen behoefte aan)
De mantelzorger die gesproken is, zorgt in de rol als mantelzorger voor haar man die valt onder de groep 'jong dementerenden'. Tot januari heeft de client nog kunnen werken door op maat gemaakt plan voor ondersteuning van zijn werkgever, bedrijfsarts en zijn collega's. Door corona veranderde in januari de openbaar vervoer reistijden, die verandering was teveel waardoor hij niet meer zelfstandig kon reizen en moest stoppen met werken. De reden dat ze geen gebruik maken van een casemanager is dat het in dit stadium nog niet nodig is om een casemanager in te schakelen. Ze zijn wel op de hoogte van het feit dat het mogelijk is om een casemanager in te schakelen en zullen dit mogelijk in de toekomst ook doen.

Mantelzorger 2 (onvoldoende meerwaarde)
In het verleden hebben de cliënt en mantelzorger wel gebruikgemaakt van een casemanager dementie. Dit liep op zich goed. Nadat de cliënt werd opgenomen in het verpleeghuis, is dit echter gestopt. Vervolgens is de cliënt weer thuisgekomen nadat er corona in het verpleeghuis is uitgebroken. Meneer regelt op dit moment de zorg voor zijn vrouw middels een Pgb. De reden dat op dit moment geen gebruik wordt gemaakt van een casemanager is dat het moeilijk is een casemanager te vinden die via het Pgb kan worden ingezet. Daarnaast vindt deze meneer dat de specifieke casemanager te weinig maatwerk levert, de oplossingen die de casemanager aangaf waren gericht op de standaard-voorzieningen als dagbesteding en uiteindelijk opname in een verpleeg-huis, als dat niet past wordt er niet gekeken naar maatwerkoplossingen. Hij kon niet aangeven of dit aan de specifieke casemanager lag, of dat hij dit in het algemeen vond.

Mantelzorger 3 (onvoldoende meerwaarde)
Dit betreft een mantelzorger van een persoon met dementie die onlangs is overleden. Ze hebben één keer een bezoek van een case-manager dementie gehad, echter vond mevrouw dit niet van meer-waarde. Ze geeft aan dat ze meer steun aan de huisarts heeft gehad tijdens het ziekteproces van haar man. Mevrouw gaf aan dat ze niet bezig is geweest met de vraag of ze gebruik wilde maken van een casemanager dementie. Ze heeft hier niet over nagedacht, omdat ze tijdens het ziekteproces te druk was met het zorgen voor haar man. Aan het eind van het traject is er nog een casemanager geweest, maar deze had voor mevrouw te weinig meerwaarde.

Mantelzorger 4 (sluit niet aan bij de behoefte, onvoldoende meerwaarde)
Dit betreft een mantelzorger voor een jong dementerende cliënt. In 2018 is Alzheimer vastgesteld bij de client. De client werkte in de jaren daarvoor nog maar dat ging op een gegeven moment niet meer. Mevrouw raakte overspannen en heeft gedurende twee jaar geprobeerd te re-integreren, dat lukte niet en daarna is een medisch traject opgestart waarna Alzheimer is vastgesteld. Door de ziekte moest de mantelzorger zijn fulltime baan ook opzeggen en zorgen voor zijn vrouw en twee inwonende kinderen. Meneer geeft aan dat de case-manager onvoldoende meerwaarde heeft, het sluit niet aan bij zijn behoefte ondanks dat hij in contact kwam met een casemanager

gespecialiseerd in dementie op jonge leeftijd Een voorbeeld is dat de casemanager een afspraak heeft gemaakt met de client over huishoudelijke ondersteuning. De client kan zich de afspraak niet herinneren en verkeert daarnaast in een ontkennende fase van haar ziekte waardoor veel stress en boosheid naar boven komt als een brief van toekenning over de huishoudelijke ondersteuning op de mat valt.

Hij is in een casemanager met name op zoek naar iemand die hij af toe kan consulteren, een onafhankelijke derde die kan toetsen of hij de juiste dingen doet en blijft doen.

De informatie over hoe om te gaan met dementie en vragen over hoe zaken moeten worden geregeld, krijgt hij via andere kanalen door hier heel actief naar op zoek te zijn zoals via lotgenotencontact dat hij heeft. Hij geeft verder aan dat het uitvoeren van casemanagement lastig (bijna onmogelijk) is, omdat je als casemanager veel moet weten van heel veel verschillende onderwerpen. Hij gaf aan het logischer te vinden als er een team met verschillende disciplines zou zijn, die samen de cliënt en zijn/haar mantelzorger ondersteunen.

Mantelzorger 5 (te weinig meerwaarde)
Betreft een mantelzorger die al langere tijd zorgt voor haar man, gediagnosticeerd met Alzheimer. Cliënt kreeg op jonge leeftijd dementie, dit is inmiddels 14 jaar geleden. Mevrouw geeft aan dat zij wel gezocht hebben naar een casemanager. Ze hebben gesprekken gevoerd met twee potentiële casemanagers. Beiden voldeden niet aan de verwachtingen van mevrouw, de eerste omdat ze te weinig kennis had en de focus te veel had op de mantelzorger. De tweede had haar administratie niet op orde. Voor mevrouw betekende dit dat case-managers te weinig meerwaarde hadden. Ze gaf aan dat ze volgens haar onvoldoende opgeleid zijn en haar niet van de informatie konden voorzien die ze nodig had, zoals hulp bij het aanvragen van een PGB. De informatie over hoe om te gaan met dementie, maar ook de organisatiekant zoals het PGB krijgt ze op andere wijzen, zoals via een inloophuis voor mensen met (beginnende) dementie, lotgenotengroep en opvang samen met de partner.

Mantelzorger 6 (onvoldoende meerwaarde, te weinig kennis)
Betreft een mantelzorger die zorgt voor haar man. De mantelzorger regelt de zorg voor haar man via het Pgb en heeft meerdere zorg-verleners in dienst om deze zorg te organiseren. Ze vond de case-manager die in het verleden bij haar was geweest wel aardig, maar vond dat de casemanager te weinig wist van dementie en de wijze waarop de mantelzorger hiermee om kon gaan. Ze vond ook dat de casemanager te weinig zorg op maat bood, ze sturen te vaak op standaard zorg-arrangementen. Daarnaast heeft ze een ervaring gehad dat toen ze ondersteuning nodig had, de casemanager die niet kon leveren hoewel dat type ondersteuning eerder wel is toegezegd door de casemanager.

Mantelzorger 7 (kon er geen gebruik van maken)
Betreft een mevrouw die zorgt voor haar partner die valt in de categorie 'jong dementerenden'. Mevrouw wilde graag gebruikmaken van een casemanager, maar in het verleden werd aangegeven dat dit op dat moment niet kon. Dit kwam omdat er toen nog sprake was van een voorlopige diagnose, pas wanneer de diagnose definitief was, kon mevrouw hier gebruik van maken. Nadat de diagnose definitief was geworden, heeft mevrouw een aanvraag gedaan voor een casemanager dementie. De casemanager was kort voor het interview voor de eerste keer gekomen. Mantelzorger gaf aan dat de casemanager op dat moment alleen oog had gehad voor haar man (de cliënt) en helemaal

niet voor de mantelzorger. Indien dit zo zou blijven, dan had de casemanager voor deze mevrouw te weinig meerwaarde.

Mantelzorger 8 (te weinig meerwaarde)
Betreft een mantelzorger die zorgt voor zijn moeder met dementie. De mantelzorger heeft lang in de zorg gewerkt in diverse functies, en weet vanuit die hoedanigheid veel van het omgaan met dementie. Daarom had voor hem de casemanager te weinig meerwaarde. Er is wel aangeboden dat hij gebruik kon maken van een casemanager dementie. De kennis/ondersteuning die meneer nodig heeft bij het verzorgen van zijn moeder, vindt hij bij de POH.

Mantelzorger 9 (niet mogelijk om hier gebruik van te maken)
Betreft een mantelzorger die zorgt voor de partner waar sprake is van een 'jong dementerende'. De mantelzorger gaf aan veel behoefte te hebben aan ondersteuning van een casemanager, maar dat door de POH van de huisarts was aangegeven dat het in haar geval niet mogelijk was. De man van de mantelzorger (cliënt) moest akkoord gaan met deze inzet, daarna kon pas een casemanager worden ingezet. De cliënt wilde hier echter niet mee akkoord gaan, daarom was tot op heden nog geen casemanager ingezet.

Bijlage 3. Overzicht van dementienetwerken 2020

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
Regio Amsterdam	Amsterdam Diemen Weesp	
Regio Bunnik-Wijk bij Duurstede	Bunnik Wijk bij Duurstede	Niet meer aangesloten bij Netwerk Utrechtse Heuvelrug
Regio Rhenen	Rhenen	Niet meer aangesloten bij Dementie-netwerk Rhenen/ Veenendaal
Regio Ruchpen	Rucphen	Niet meer aangesloten bij Regionaal Platform Dementie
Dementie D2, regio Eemland	Amersfoort Bunschoten Leusden Woudenberg	Nieuwe naam, voorheen Amersfoort Keten Dementie
Dementie Keten Team De Noordelijke Maasvallei	Gennep Boxmeer Cuijk Mill en Sint Hubert Sint Anthonis	Gemeente Mook en Middelaar heeft zich aangesloten bij een ander Netwerk.
Dementie Twente	Almelo Borne Dinkelland Enschede Haaksbergen	
	Hellendoorn Hengelo Hof van Twente Losser Oldenzaal Rijssen-Holten Tubbergen Twenterand Wierden	
Dementie Veenendaal	Veenendaal	Netwerk is gesplitst en gemeente Rhenen is zonder netwerk verder gegaan.
Dementieketen Lansingerland	Lansingerland	
Dementieketen Rivierenland	Buren Culemborg Neder-Betuwe Tiel West Betuwe	
Dementienetwerk Breda en omstreken	Alphen-Chaam Altena Baarle-Nassau Breda Drimmelen Etten-Leur Geertruidenberg Moerdijk Oosterhout Zundert	
Dementienetwerk Capelle en	Capelle aan den IJssel	
Krimpen aan de IJssel	Krimpen aan den IJssel	
Dementienetwerk Midden-Brabant	Goirle Hilvarenbeek Oisterwijk Tilburg Dongen Gilze en Rijen Heusden Loon op Zand Waalwijk	
Dementienetwerk West-Brabant	Bergen op Zoom Halderberge Roosendaal Steenbergen Woensdrecht	Nieuwe naam, voorheen Regionaal Platform Dementie. Gemeente Rucphen is uit het Netwerk gegaan.
Dementienetwerk Zuid Holland Noord	Alphen a/d Rijn Hillegom Kaag en Braassem Katwijk Leiden Leiderdorp Lisse Nieuwkoop Noordwijk Oegstgeest Teylingen Voorschoten Zoeterwoude	

1
2
3
4
5

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
Dementienetwerk Zutphen Lochem e.o.	Lochem Zutphen	
Geriatrienetwerk kwetsbare ouderen DWO	Delft Midden-Delfland Pijnacker-Nootdorp Westland	
Geriatrienetwerk kwetsbare ouderen NWN Nieuwe Waterweg Noord	Maassluis Schiedam Vlaardingen	Stedelijke Keten Dementie Rotterdam, gesplitst in Geriatrienetwerk kwetsbare ouderen NWN Nieuwe Waterweg Noord en Stedelijke Keten Dementie Rotterdam SKDR.
Hulp bij Dementie Maastricht & Heuvelland	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	Beekdaelen Brunssum Heerlen Kerkrade Landgraaf Simpelveld Voerendaal	
Hulp bij Dementie Westelijke Mijnstreek	Beek Sittard-Geleen Stein	
Kcoetz Wijkgerichte Zorg voor regio Zuid Kennemerland	Bloemendaal Haarlem Heemstede Velsen Zandvoort	Nieuwe naam, voorheen Zuid Kennemerland Keten Dementie, gemeente Velsen heeft zich aangesloten vanuit een ander netwerk.
Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen Dementie West Achterhoek	Bronckhorst Doetinchem Montferland Oude IJsselstreek	
Keten Barendrecht, Ridderkerk Albrandswaard Dementie	Albrandswaard Barendrecht Ridderkerk	
Keten Dementie Barneveld	Barneveld	
Keten Dementie De Liemers	Doesburg Duiven Westervoort Zevenaar	Nieuwe naam, voorheen De Liemers Keten Dementie. Gemeente Doesburg heeft zich aangesloten vanuit een ander Netwerk.
Keten Dementie Utrechtse Heuvelrug	Utrechtse Heuvelrug	De gemeenten Wijk bij Duurstede en Bunnink zijn uit het netwerk gegaan.
Keten Dementie Zaanstreek Waterland	Beemster Edam-Volendam Landsmeer Oostzaan Purmerend Waterland Wormerland Zaanstad	
Keten Dementie Zoetermeer	Zoetermeer	Nieuwe keten gevormd, voorheen aangesloten bij Netwerk Dementie Haaglanden.
Ketenzorg Dementie Amstelland en de Meerlanden	Aalsmeer Amstelveen Haarlemmer-meer	

1
2
3
4
5

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
	Ouder-Amstel Uithoorn	
Ketenzorg Dementie Baarn-Soest	Baarn Soest	
Ketenzorg Dementie Gelderse Vallei	Ede Renkum Scherpenzeel Wageningen Renswoude	
Ketenzorg Dementie regio Helmond / Peel-gemeenten	Asten Deurne Gemert-Bakel Helmond Laarbeek Someren	
Ketenzorg Dementie Waardenland	Vijfheeren-landen Alblasserdam Dordrecht Gorinchem Hardinxveld-Giessendam Hendrik-Ido-Ambacht Molenlanden Papendrecht Sliedrecht Zwijndrecht	
Ketenzorg Dementie Zuid Hollandse Eilanden	Brielle Goeree-Overflakkee Hellevoetsluis Hoeksche Waard Nissewaard Westvoorne	

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
Lekstroom Keten Dementie	Houten IJsselstein Lopik Nieuwegein	
Lokaal netwerk Sigma-Nijkerk	Nijkerk	Losse keten gevormd, voorheen aangesloten bij Noord West-Veluwe.
Midden Kennemerland Keten Dementie	Beverwijk Heemskerk	Nieuwe naam, voorheen Midden Kennemerland Keten. De gemeenten Castricum, Uitgeest en Velsen zijn naar andere netwerken gegaan.
Netwerk Dementie Arnhem en omstreken	Arnhem Lingewaard Overbetuwe Rheden Rozendaal	Gemeente Doesburg is naar een ander netwerk gegaan
Netwerk Dementie Drenthe	Aa en Hunze Assen Borger-Odoorn Coevorden Emmen Hoogeveen Meppel Midden-Drenthe Noordenveld Tynaarlo	

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
	Westerveld De Wolden	
Netwerk Dementie Eindhoven e.o.	Bergeijk Best Cranendonck Eersel Eindhoven Geldrop-Mierlo Heeze-Leende Nuenen, Gerwen en Nederwetten Oirschot Reusel-De Mierden Son en Breugel Valkenswaard Veldhoven Waalre Bladel	
Netwerk Dementie Fryslân	Achtkarspelen Ameland Dantumadiel De Fryske Marren Harlingen Heerenveen Leeuwarden Ooststellingwerf Opsterland Schier-monnikoog Smallingerland Súdwest-Fryslân Terschelling Tytsjerksteradiel Vlieland	Nieuwe naam, voorheen Netwerk dementie Friesland.

1
2
3
4
5

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
	Waadhoeke Weststelling-werf	
Netwerk Dementie Geriatrie Oost Veluwe	Apeldoorn Brummen Epe Hattem Heerde	
Netwerk Dementie Gooi & Vechtstreek	Blaricum Gooise Meren Hilversum Huizen Laren Wijdemeren Eemnes	
Netwerk Dementie Groningen	Appingedam Delfzijl Groningen Het Hogeland Loppersum Midden-Groningen Oldambt Pekela Stadskanaal Veendam Westerkwartier Westerwolde	
Netwerk Dementie Haaglanden	's-Gravenhage Leidschendam-Voorburg Rijswijk Wassenaar	Gemeente Zoetermeer heeft een los netwerk gevormd.
Netwerk Dementie IJssel Vecht	Dalfsen Kampen Staphorst	Gemeente Ommen heeft zich aangesloten

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
	Zwarte-waterland Zwolle	bij een ander netwerk.
Netwerk Dementie Ketenzorg stad Utrecht	Utrecht	
Netwerk Dementie Midden-Holland	Bodegraven-Reeuwijk Gouda Krimpenerwaard Waddinxveen Zuidplas	
Netwerk Dementie Noord- en Oost-Flevoland	Dronten Lelystad Noordoost-polder Urk	
Netwerk Dementie Noord-Holland Noord	Alkmaar Bergen (NH.) Castricum Drechterland Enkhuizen Heerhugowaard Heiloo Den Helder Hollands Kroon Hoorn Koggenland Langedijk Medemblik Opmeer Schagen Stede Broec Texel Uitgeest	Nieuwe naam, voorheen Netwerk Dementie Noord Holland. De gemeentes Castricum en Uitgeest hebben zich aangesloten vanuit een ander netwerk.

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
Netwerk Dementie Noordoost-Overijssel	Hardenberg Ommen	Gemeente Ommen heeft zich aangesloten vanuit een ander netwerk.
Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe	Almere Zeewolde Elburg Ermelo Harderwijk Nunspeet Oldebroek Putten	Gemeente Almere heeft zich aangesloten bij dit netwerk, voorheen een losse keten Dementie netwerk Almere. Gemeente Nijkerk heeft zich aangesloten bij een ander netwerk.
Netwerk Dementie Oost Achterhoek	Aalten Berkelland Oost Gelre Winterswijk	
Netwerk dementie Steenwijkerland	Steenwijkerland	
Netwerk Dementie VVT Bommelerwaard en 's-Hertogenbosch e.o.	Maasdriel Zaltbommel Boxtel Haaren 's-Hertogen-bosch Sint-Michielsgestel Vught	Nieuwe naam, voorheen Netwerk Dementie VVT instellingen Den Bosch, N.O. Brabant.
Netwerk Dementie Zeist	Zeist	
Netwerk dementie/geriatrie	Bernheze Boekel	Nieuwe naam, voorheen Keten

1
2
3
4
5

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
Oss Uden Meierijstad	Grave Landerd Meierijstad Oss Uden	Dementie Regio Oss Uden Veghel.
Netwerk Ketenzorg Dementie De Bilt	De Bilt	
Netwerken Dementie Salland	Voorst Deventer Olst-Wijhe Raalte	
Platform Dementie Nijmegen	Berg en Dal Beuningen Druten Heumen Nijmegen West Maas en Waal	Gemeente Mook en Middelaar heeft zich aangesloten vanuit een ander netwerk.

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
	Wijchen Mook en Middelaar	
Stedelijke Keten Dementie Rotterdam SKDR	Rotterdam	Voorheen Stedelijke Keten Dementie Rotterdam, gesplitst in Geriatrienetwerk kwetsbare ouderen NWN Nieuwe Waterweg Noord en Stedelijke Keten Dementie Rotterdam SKDR

Dementienetwerk	Gemeenten	Wijziging sinds 2018
Westelijk Utrecht Netwerk Dementie	Montfoort Oudewater De Ronde Venen Stichtse Vecht Woerden	
Zeeuwse Zorgschakels	Borsele Goes Hulst Kapelle Middelburg Noord-Beveland Reimerswaal Schouwen-Duiveland Sluis Terneuzen Tholen Veere Vlissingen	