

# ... maar samen kom je verder

## Rapportage van één jaar als dementierapporteur

Tamara van Ark  
*Dementierapporteur voor Alzheimer Nederland*

Anne de Boer  
*Beleidssecretaris dementierapporteur*

### **Colofon**

Alzheimer Nederland  
Stationsplein 121  
3818 LE, Amersfoort  
033-303 25 02

[alzheimer-nederland.nl/dementierapporteur](https://alzheimer-nederland.nl/dementierapporteur)

© Dementierapporteur 2022-2023

## Inhoud

Woord vooraf .....	4
Inleiding.....	5
Werkwijze.....	6
Fase 1: inwerken en inlezen .....	6
Fase 2: focussen.....	6
Fase 3: verdieping en onderzoek.....	7
Fase 4: verbinden en afspraken maken .....	7
Zichtbaarheid .....	7
Slotbijeenkomst .....	8
Thema 1: Wonen met dementie .....	9
1.1 Cijfers en feiten.....	9
1.2 Onze werkwijze.....	10
1.3 Resultaten .....	11
1.4 Aanbevelingen en conclusies.....	13
Thema 2: de casemanager dementie .....	15
2.1 Cijfers en feiten.....	15
2.2 Onze werkwijze.....	15
2.3 Resultaten .....	17
2.4 Aanbevelingen en conclusies.....	18
Thema 3: Dagactiviteiten en ontmoeten .....	20
3.1 Cijfers en feiten.....	20
3.2 Onze werkwijze.....	21
3.3 Resultaten .....	21
3.4 Aanbevelingen en conclusies.....	22
De “parkeerplaats” .....	24
Bijlagen.....	25
Bijlage 1 – overzicht van de doelstellingen per landelijk programma.....	25
Bijlage 2 – zichtbare (media-)momenten en partijen die we gesproken hebben .....	34

## Woord vooraf

Het jaar van de dementierapporteur zit erop. Het begon met een telefoontje en een kennismaking. Een kennismaking met Alzheimer Nederland en vooral ook met de mensen voor wie Alzheimer Nederland er is: mensen met dementie en hun naasten. Alzheimer Nederland pioniert en ontwikkelt instrumenten om het leven van mensen met dementie beter te maken. Omdat het nodig is. Omdat er nog zoveel wél kan. Omdat waardigheid en er mogen zijn zo belangrijk is. Een van die nieuwe instrumenten van Alzheimer Nederland is de dementierapporteur. Bij de introductie gaf Gerjoke Wilmink, de directeur van Alzheimer Nederland, aan dat er heel veel goede plannen en mooie projecten op verschillende plekken in het land zijn. Toch is het geen gegeven dat de projectplannen op papier ook praktisch worden. Er zijn veel mensen met dementie die niet de hulp, ondersteuning, begrip en zorg krijgen die ze nodig hebben. De opdracht van Alzheimer Nederland was om met een constructieve blik te kijken naar al die plannen, mensen aan elkaar te verbinden en zo goede ontwikkelingen een stap verder te krijgen. Zo kunnen we de kwaliteit van leven voor mensen met dementie verbeteren. Het gaat dus niet om nieuwe doelstellingen maken, maar om de landelijke doelstellingen die er liggen verder te helpen.

Van harte heb ik “ja” gezegd tegen deze opdracht. Samen met Anne de Boer was ik het afgelopen jaar ‘team dementierapporteur’. In deze rapportage heb ik het dan ook over “wij”. Steeds zeiden wij tegen elkaar: “we willen geen stapels papier verplaatsen”. De toetssteen is of mensen met dementie en hun naasten er wat van merken. We gaan niets overdoen wat al goed gebeurt, we willen faciliteren en versnellen. Vele ontmoetingen en gesprekken verder ligt er nu dit rapport. Het rapport vat onze werkzaamheden, de resultaten, de blokkades en de aanbevelingen samen. Een speciaal woord van dank aan alle hulp van Alzheimer Nederland. En een heel speciaal woord van dank aan al die mensen die wij tegenkwamen op onze reis. Mensen met dementie, mantelzorgers, partners, familie, vrijwilligers, belangenbehartigers, bevlogen professionals, casemanagers... zonder jullie was het nooit gelukt.

Tamara van Ark  
21 september 2023

## Inleiding

In Nederland hebben 290.000 mensen dementie. Het aantal mensen met dementie verdubbelt de komende 20 jaar naar ruim een half miljoen. Dit komt door de vergrijzing. Van alle mensen met dementie zijn er 15.000 jonger dan 65 jaar, wonen er ruim 70.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen en hebben er ruim 100.000 nog geen diagnose. Gemiddeld duurt het 14 maanden voordat de diagnose wordt gesteld, bij jonge mensen is dit ruim vier jaar. Dementie is een van de duurste ziektes en laat bovendien de sterkste kostenstijging zien. Omdat mensen langer thuis blijven wonen, neemt de zorgzwaarte thuis én in het verpleeghuis toe. Daarom moeten we ons nu voorbereiden op de toekomst om de kwaliteit van dementiezorg te borgen en tegelijkertijd de (zorg)kosten betaalbaar te houden.

Er liggen een hoop landelijke en lokale plannen om ons voor te bereiden op die toekomst. De tijd dringt en Alzheimer Nederland wil graag dat alle gemaakte plannen uitgevoerd worden en waar mogelijk een versnelling krijgen. Daarom is de dementierapporteur aangesteld om van 21 september 2022 tot 21 september 2023 de plannen een stapje verder te brengen. Dit kan in het rapportagejaar helaas niet voor alle thema's. De focus is gelegd op een drietal thema's: wonen, de casemanager dementie en ontmoeten. Deze worden altijd benaderd vanuit het oogpunt van mensen met dementie en hun naasten, met een blik op de wereld waarin we leven. Niet alleen het werk van de dementierapporteur is te ontginnen terrein, de dementierapporteur als nieuw instrument is ook pionieren geweest.

Uiteindelijk zullen wij allemaal met dementie te maken gaan krijgen. In ons privéleven, in de omgeving of in ons werk. En dat zie je eigenlijk nu al. Het was opvallend dat bijna iedereen die wij spraken, buiten de ervaringsdeskundigen en hun naasten om, ook een persoonlijke ervaring hebben van iemand in hun nabije omgeving met dementie. Daarom is het zo belangrijk dat we ons als samenleving dementievriendelijk opstellen. Dus niet alleen de zorgmedewerkers, maar ook de medewerkers van de supermarkt, de dienstverleners, de burens en de leden van de sportvereniging. Het is een opdracht aan ons allemaal!

## Werkwijze

Om de opdracht vorm te geven, hebben we het jaar opgeknipt in verschillende fases met elk hun eigen accent. In eerste instantie doken we de wereld van dementie in met veel gesprekken. Vervolgens hebben we focus aangebracht en daarna zijn we instrumentarium en feiten gaan ontwikkelen. De laatste fase is het gesprek met betrokken partijen, coalities smeden en goede voorbeelden verspreiden.

### Fase 1: inwerken en inlezen

De periode van 1 september tot aan Wereld Alzheimer Dag 2022 begon met een periode van inwerken. Dit bestond uit leeswerk van literatuur en projectplannen en gesprekken met de medewerkers van Alzheimer Nederland. Om tot de thema's te komen die de dementierapporteur in het jaar 2022-2023 oppakt, is gestart met een grote ronde door het dementieveld. Daarbij is gepoogd een relatief compleet beeld te krijgen van wat er leeft. Hiertoe zijn gesprekken gevoerd met mensen met dementie, hun naasten en mantelzorgers, casemanagers dementie en netwerkcoördinatoren. Ook ben ik langsgegaan bij inloophuizen, kookclubs, Alzheimer Centra en verpleeghuizen. Uiteraard heb ik de lokale belangenbehartigers van Alzheimer Nederland, sleutelfiguren in het dementieveld en koepelorganisaties gesproken. Ook hebben diverse mensen zich gemeld om hun verhaal te doen omdat zij een bijzonder initiatief hebben dat zij graag onder de aandacht wilden brengen. De verhalen en ervaringen heb ik periodiek gedeeld in een [blog](#). Ook was mijn [agenda](#) in te zien en heb ik over elk bezoek [getwitterd](#), zodat transparant was wat de dementierapporteur doet.

De landelijke plannen die we eind 2022 hebben doorgespit zijn de volgende: De Nationale Dementiestrategie (NDS), het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen programma (WOZO), De Zorgstandaard Dementie, Ouder Worden 2040, het Integraal Zorgakkoord (IZA), de meerjarenstrategie van Alzheimer Nederland, het Programma Wonen en zorg voor Ouderen en de doelen van Dementie Netwerken Nederland (DNN). Het overzicht van de doelstellingen die voor mensen met dementie relevant zijn per landelijk programma, staat in bijlage 1.

### Fase 2: focussen

In november hebben we de literatuur, projectplannen en de bevindingen uit alle gesprekken naast elkaar gelegd. We hebben overeenkomsten gezocht tussen wat belangrijk is voor de mensen met dementie en hun naasten zelf, de onderwerpen die in praktijk nog beter kunnen en die gelijktijdig aandacht krijgen in het beleidsveld. Op die thema's proberen we verdieping aan te brengen en zo de dingen te doen die goed en nodig zijn. Daarbij werd gekeken of dit op een andere plaats reeds volledig wordt opgepakt en of het thema dat de dementierapporteur oppakt belangrijk is voor mensen met dementie en hun naasten zelf. Want als het op een andere plek al gebeurt gaan we geen dingen dubbel doen.

Uiteindelijk hebben we gekozen voor de volgende drie thema's:

- Wonen met dementie
- Casemanager dementie
- Dagactiviteiten en ontmoeten

Na het kiezen van deze thema's, hebben we de thema's gedeeld met de betrokkenen. Zij herkenden de thema's. Al zijn mantelzorgondersteuning, tijdige diagnose, eHealth en goed ingerichte informele zorg ook belangrijke thema's die mogelijk een volgend rapportagejaar aangepakt kunnen worden. Ook kwamen we losse initiatieven tegen die we in dit rapport een podium geven

op de zogenoemde “parkeerplaats”. Het zijn initiatieven die we tijdens het jaar zijn tegen gekomen en die we niet onbenoemd kunnen laten.

### **Fase 3: verdieping en onderzoek**

Nadat de thema's gekozen en verantwoord zijn, is gestart met de uitwerking. Elk thema heeft een eigen werkwijze met een stuk verdieping. Voor het thema wonen willen we dat dementievriendelijk wonen een plek krijgt in de woonzorgvisies van gemeenten. Voor het thema ontmoeten is de aanwezigheid van plekken om activiteiten te organiseren of een kopje koffie te drinken noodzakelijk. Daarbij is vooral het thema duurzaamheid, door middel van een structurele financiering, nodig om ontmoetingsplekken op te schalen en te borgen. Voor de casemanager dementie is een stabiele situatie nodig, zodat die volgens de Zorgstandaard Dementie ingezet kan worden. De drie thema's hebben een rode draad, namelijk de problemen in de achterliggende wet- en regelgeving. De wet- en regelgeving zorgt er namelijk voor dat domeinoverstijgend werken niet de voor de hand liggende werkwijze is. En dat terwijl dementie zich kenmerkt door het progressieve verloop waardoor iemand door alle drie de stelsels “wandelt”: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Op onze reis in het afgelopen jaar zijn we overall mensen tegengekomen die deze zogenoemde schottenproblematiek het hoofd bieden, of het hoofd willen bieden maar niet weten hoe. Dat mensen met dementie en hun naasten hier zelf regelmatig tegenaan lopen, laat onderstaande quote van de dochter van iemand met dementie zien.

*“Mijn vader heeft dementie en woont zelfstandig thuis. Hij heeft inmiddels Wlz-indicatie 5. Bij Wlz-indicatie thuiswonend, zit mobiliteitsondersteuning. Voor mijn vader betekent dat een rolstoel. Maar omdat mijn vader thuis woont, valt hij voor mobiliteit niet onder de Wlz, maar onder de gemeente. De gemeente zegt vervolgens dat zij het niet kunnen vergoeden omdat mijn vader een Wlz-indicatie heeft. Wij worden letterlijk van het kastje naar de muur gestuurd. En de conclusie nu is dat mijn vader geen rolstoel heeft.”*

Op veel plekken wordt gelukkig samengewerkt, al is het soms ondanks de regels en niet dankzij. Gaandeweg het jaar is voor alle thema's steeds meer de verbinding gezocht met besluitvormers in de veronderstelling dat dementiezorg en -ondersteuning iets is wat we gezamenlijk aan moeten pakken. We hebben gezocht naar een olievlekwerking.

Ook in deze fase zijn de werkbezoeken gecontinueerd, om de thema's te blijven toetsen en om de connectie met de praktijk vast te houden.

### **Fase 4: verbinden en afspraken maken**

Door eerst goede voorbeelden te zoeken, uit te wisselen en onder de loep te leggen en de feiten boven tafel te halen, kunnen we de koepelorganisaties aan elkaar knopen die het verschil kunnen maken. De koepelorganisaties kunnen de goede voorbeelden door vertellen naar hun leden. Ook is er verbinding gezocht en gevonden met diverse actoren die actief zijn op het terrein van mensen met dementie en hun ondersteunings- en/of zorgvraag. Voor een aantal onderdelen was het van belang dat we met de goede analyses en feitenmateriaal het gesprek aangingen. Daarom is dit verslag ook zo van belang. Om die reden wordt deze fase verlengd tot 31 december 2023 om zo het maximale uit de opbrengsten van dit jaar te halen.

### **Zichtbaarheid**

Op diverse momenten is in de media-aandacht geweest. Denk bijvoorbeeld aan de radio, de tv of artikelen in de krant. Dit is een belangrijk onderdeel geweest van het jaar als dementierapporteur. Door zichtbaarheid lukt het makkelijker om organisaties aan elkaar knopen. Een optreden in een programma betekende ook weer nieuwe signalen van mensen met dementie. Ook konden we op

deze manier aandacht vragen voor dementie en de opbrengsten en gang van zaken delen met de achterban en het brede publiek. In bijlage 2 vind je een overzicht van de zichtbare momenten voor het algemene publiek, de werkbezoeken en de gesprekken.

### **Slotbijeenkomst**

Op 5 september 2023 hebben we een bijeenkomst georganiseerd voor alle partijen die we tijdens het jaar als dementierapporteur hebben gesproken. Deze partijen kregen als eerste de resultaten van het jaar te zien. In totaal waren er ruim 65 personen aanwezig. De bijeenkomst werd geopend samen met Alzheimer Nederland. Los van de resultaten hebben we ook vooruitgeblikt en het vervolg van de resultaten besproken. Tijdens de bijeenkomst hebben we de businesscase over de casemanager dementie overhandigd aan het Operationeel Overleg van de Nationale Dementiestrategie en aan de landelijke coördinator van de implementatie van de Zorgstandaard Dementie.



## Thema I: Wonen met dementie

### I.1 Cijfers en feiten

Ruim driekwart (77%) van de mantelzorgers met een thuiswonende naaste en 80% van de zorgprofessionals vindt het huidige woningaanbod voor mensen met dementie niet passend. Maar liefst 87% van de zorgprofessionals herkent de situatie dat mensen met dementie nog 'te goed' zijn voor een opname in het verpleeghuis, maar wel extra ondersteuning nodig hebben<sup>1</sup>. 43% van de mantelzorgers vindt de woning van hun naaste niet toekomstbestendig. Hiervan zegt de helft (52%) dat verhuizen naar een andere woning geen optie is. Uit de reacties blijkt dat men vindt dat er simpelweg te weinig mogelijkheden zijn en dat men verwacht dat de naaste met dementie daarna dan nóg een keer moet verhuizen, namelijk naar het verpleeghuis<sup>1</sup>. Twee derde (67%) van de mantelzorgers en vrijwel alle (96%) zorgprofessionals geven aan dat men opziet tegen een verpleeghuisopname van de persoon met dementie.

Als mensen met dementie en hun naasten "moeten" verhuizen, zijn dit [woonbehoeften](#):

1. Een eigen plek
2. Ontmoeten en activiteiten
3. Samen of alleen wonen
4. In de eigen buurt
5. Vrijheid en eigen regie
6. Veiligheid en zorg (gespecialiseerd in dementie)

De woning moet daarnaast betaalbaar en toegankelijk zijn voor met én zonder Wlz-indicatie, zo komt uit het onderzoek naar voren. Dit wordt steeds belangrijker omdat er meer mensen met een Volledig Pakket Thuis (VPT) vanuit de Wlz thuiswonen. En in het huis dat ze kennen willen blijven wonen zolang dat kan. Een derde belangrijke randvoorwaarde is dat mensen met dementie en mantelzorgers tijdig hulp krijgen bij het verkennen van de mogelijkheden. Bijvoorbeeld van de casemanager of van de gemeente. Hoe dit zich vertaalt in dementievriendelijk wonen laat, onderstaande illustratie zien.



<sup>1</sup> [Wonen met dementie - onderzoek Alzheimer Nederland](#)

Er is veel herkenning en erkenning voor het toekomstbeeld dat deze tekening schetst. Overal staat huisvesting en zorg in de buurt, langer thuis wonen en ontmoeten, hoog op de politieke agenda of is het onderdeel van het debat. Dat is onder meer ook te zien aan de belangrijkste landelijke programma's.

### **De drie belangrijkste doelstellingen van de nationale programma's**

1. Er worden 170.000 nul-tredenwoningen, 80.000 geclusterde woningen en 40.000 zorggeschikte woningen gebouwd tot en met 2030 (Programma Wonen en zorg voor Ouderen)
2. Het is de ambitie dat uiterlijk voor de zomer van 2021 gemeenten en zorgkantoren de woonopgave voor ouderen en andere doelgroepen, alsmede de behoefte aan zorg- en verpleeghuiscapaciteit, in beeld hebben. Deze dient vervolgens door gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en vastgoedinvesteerders te worden vertaald in uitvoeringsagenda's en prestatieafspraken (NDS, aangepast met als deadline eind 2023)
3. Er worden voldoende passende woonvormen in een leefomgeving gerealiseerd die ervoor zorgen dat mensen met hun sociale netwerk kunnen wonen op een plek waar ze zich thuis voelen (WOZO)

### **1.2 Onze werkwijze**

Om het thema wonen een stap verder te helpen zijn we gaan zoeken naar een mogelijk aangrijpingspunt. Dat vonden we in de woonzorgvisie van de gemeenten. Natuurlijk is een plan geen garantie dat iets gebeurt, maar onze redenatie is dat het hebben van een woonzorgvisie betekent dat er in de gemeente beleidsinhoudelijk, bestuurlijk en politiek aandacht is voor dit thema, dat de gesprekspartners zoals woningcorporaties en zorgaanbieders zijn gedetecteerd en betrokken en dat er doelstellingen zijn geformuleerd. Dat maakt de woonzorgvisie een startpunt voor dit thema.

We hebben de woonzorgvisies en de woonvisies van alle gemeenten in Nederland geanalyseerd op een aantal belangrijke thema's voor wonen met dementie en de woonwensen van mensen met dementie zelf. Hieronder zijn de thema's waarop we de woonzorgvisies geanalyseerd hebben.

Een woonzorgvisie is dementievriendelijk als:

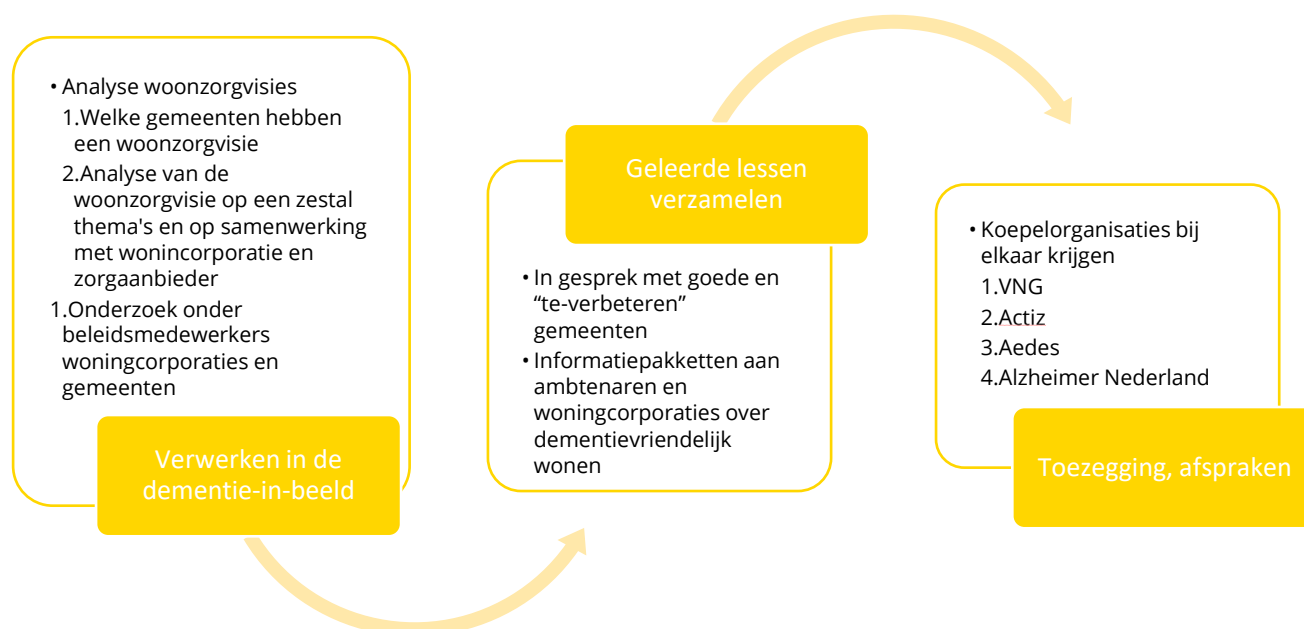
- dementie expliciet wordt genoemd,
- een passage is opgenomen over de dementievriendelijke samenleving,
- wordt omschreven hoe hulp bij het verhuizen wordt ingezet,
- rekening wordt gehouden met het bieden van zwaardere zorg dichtbij,
- actie wordt ondernomen op de preventie van zorg,
- ontmoetingsplekken worden omschreven,
- de passende woning wordt beschreven,
- de woonzorgvisie is ondertekend door gemeente, woningcorporatie en zorgaanbieder en zo is de samenwerking officieel is gemaakt,
- en natuurlijk is het van groot belang dat er ook een uitvoeringsplan is bijgevoegd. Want in papier kan je niet wonen.

Naast de analyse van de woonzorgvisies, hebben we ook een onderzoek uitgezet onder gemeenten. Dit had als doel om erachter te komen waar we gemeenten kunnen helpen en wat zij nodig hebben. Tussen 1 en 17 april 2023 zijn twee vragenlijsten uitgestuurd naar de gemeentesecretaris van iedere gemeente in Nederland. Eén vragenlijst is uitgestuurd naar gemeenten met een woonzorgvisie en één vragenlijst is gestuurd naar de gemeenten zonder woonzorgvisie.

Er hebben gesprekken plaatsgevonden met Aedes, met Actiz en de VNG over dementievriendelijk wonen en de demografische opgave die voor ons ligt. Met het Aanjaagteam Wonen, Welzijn en Zorg<sup>2</sup> is met regelmaat afgestemd over de te belopen routes en hun aanpak richting de provincietafels wonen en zorg voor ouderen. Ook zijn er contacten geweest met individuele gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders. Daaruit zijn acties gekomen om dit onderwerp helder op het netvlies te krijgen. Zo heeft Alzheimer Nederland samen met een architect, TU Eindhoven en Woonzorg Nederland een dementievriendelijk Programma van Eisen opgesteld dat concreet genoeg is om te illustreren hoe dementievriendelijk wonen er uit ziet. Dit voorziet een duidelijke behoefte die naar voren kwam in de gesprekken. Ook is er sterke behoefte tot samenwerking en regels die die aansluiten bij het toekomstbeeld dat de partijen allen voor zich zien.

### Wat willen we bereiken

We willen dat dementievriendelijk wonen een plek krijgt in de woonzorgvisies van gemeenten en dat er concreet samengewerkt wordt aan de uitvoering van dementievriendelijk wonen tussen gemeenten, zorgorganisaties en woningcorporaties.



### I.3 Resultaten

#### Dementie in Beeld, woonzorgvisie analyse

Een belangrijk resultaat van het werk in het afgelopen jaar is de website "Dementie in Beeld". Dementie in Beeld bestond voorheen als de coalitiegids van Alzheimer Nederland. Het gaf weer in welke mate de gemeentelijke coalitieakkoorden aandacht hebben voor dementie. Deze coalitiegids hebben we getransformeerd naar Dementie in Beeld en uitgebreid met de analyse van de woonvisies en de woonzorgvisies. Inmiddels heeft Alzheimer Nederland de website uitgebreid met een overzicht van welke gemeenten een dementiescan hebben uitgevoerd en voegt Alzheimer Nederland de provinciale coalitieakkoorden toe aan de website. Het is een "lopend" document en wordt steeds verder uitgebreid.

De analyse van de woonzorgvisies laat zien dat nog niet alle gemeenten een woonzorgvisie hebben (53 van de 342 gemeenten). Op dit moment benoemt 57% van de gemeente met een

<sup>2</sup> [Aanjaagteam Wonen, Welzijn en Zorg](#)

woonzorgvisie de opgave als het gaat om dementie. Dat is meer dan in de woonvisies van gemeenten, waarin slechts 36% dementie benoemt. Dat maakt voor ons de woonzorgvisie een belangrijke plek om dementievriendelijk wonen in te verankeren. Overigens realiseren we ons enerzijds dat het hebben van plannen geen voldoende voorwaarde is voor het hebben van goed beleid in de praktijk. En we realiseren ons ook dat er soms documenten zijn in gemeenten die anders heten dan woonzorgvisie maar die wel degelijk gaan over wonen, welzijn en zorg. Vanaf nu zal Alzheimer Nederland halfjaarlijks de website bijwerken met nieuw-gepubliceerde woonzorgvisies en uitbreiden met andere lokale documenten over dementie. De website is eveneens een tool voor lokale belangenbehartigers van Alzheimer Nederland, gemeenteambtenaren en geïnteresseerden in woonvisies en woonzorgvisies.

#### Onderzoek onder gemeenteambtenaren

79 gemeenten zonder woonzorgvisie en 18 gemeenten met woonzorgvisie hebben meegedaan aan de vragenlijst. De belangrijkste resultaten staan hieronder:

- Driekwart van de gemeenten met én zonder woonzorgvisie, voelt de urgentie om te bouwen voor mensen met dementie en vindt het belangrijk dat er meer dementievriendelijke woningen komen in de gemeente.
- De gemeenten die nog geen woonzorgvisie hebben, zijn er nu mee bezig. Daar is capaciteit, kennis en regionale samenwerking voor nodig.
- Van de gemeenten met woonzorgvisie geeft 44% aan dat er wordt samengewerkt met woningcorporaties en zorgaanbieders, maar dat dit niet officieel is vastgelegd. 50% geeft aan dat het wel officieel is vastgelegd.
- Van de gemeente met woonzorgvisie weet 68% niet of er daadwerkelijk dementievriendelijk gebouwd wordt.
- Volgens gemeenten zijn onderstaande dingen nodig om de verhuisgeneigdheid van inwoners te vergroten
  - o Financieel aantrekkelijk maken
  - o Wetten en regelgeving aansluiten bij de ambitie
  - o Urgentiebesef bij burgers vergroten door bewustwording
  - o Verhuiscoach of seniorenmakelaar
  - o Passend alternatief bieden waar mensen naartoe willen verhuizen.

#### Informatiepakket gemeenteambtenaren en woningcorporaties voor dementievriendelijk wonen

Zowel gemeenteambtenaren die mee hebben gedaan aan het onderzoek over de woonzorgvisie als woningcorporaties, hebben een informatiepakket toegestuurd gekregen over dementievriendelijk wonen. We hebben hen gewezen op alle ondersteuning die Alzheimer Nederland biedt. Bijvoorbeeld de training van Samen Dementievriendelijk die speciaal gemaakt is voor woningcorporaties en de maatschappelijke businesscase over dementievriendelijk wonen die Alzheimer Nederland heeft opgesteld.

#### Verbinding van het Programma van Eisen tussen Woonzorg Nederland en Alzheimer Nederland en Aedes

Woonzorg Nederland, de Technische Universiteit Eindhoven en Alzheimer Nederland hebben gezamenlijk een dementievriendelijk, bouwtechnisch Programma van Eisen gemaakt. Dit was een van de behoeften bij zowel woningcorporaties als gemeenten die wij in de gesprekken naar boven hebben gehaald. Het document wordt momenteel afgemaakt. Het linkje voegen we hieraan toe zodra het gepubliceerd is. Dit zal hoogstwaarschijnlijk voor het eind van 2023 zijn.

### Toezegging van belang van dementievriendelijk wonen door Actiz, Aedes en VNG

Er zijn goede voorbeelden wat betreft dementievriendelijk wonen. De succesfactor is dat er wordt samengewerkt tussen de woningcorporatie, gemeente en zorgaanbieder. Om een toename van dementievriendelijk wonen te zien, is samenwerking op koepelniveau nodig. Dat vertaalt zich door naar de leden van die koepels. Daarom heeft de dementierapporteur de bevindingen gedeeld met de koepelorganisatie Actiz, Aedes en VNG. De koepels erkennen en herkennen dat samenwerking noodzakelijk is. Eigenlijk kan niemand het alleen op zijn eigen domein voor iedereen altijd goed regelen. We zijn het erover eens dat samen optrekken, nu en in de toekomst, van het grootste belang is en willen dat ook in de komende periode laten zien.

#### **I.4 Aanbevelingen en conclusies**

Passende zorg begint bij de woning. Ook in het recente advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving wordt ingegaan op het belang van wonen en de buurt voor de gezondheid van mensen<sup>3</sup>. Dan is het van groots belang dat er niet alleen aandacht is voor de kwantiteit van benodigde woningen maar ook de kwaliteit. Dementievriendelijk wonen is geen luxe maar een *must*. De gemeenten die nu bezig zijn met hun woonzorgvisie kunnen daar het startpunt maken. Gemeenten moeten in hun woonzorgvisie dementie specifiek benoemen, ook al wordt er liever niet aan doelgroepenbeleid gedaan. De legitimatie hiervoor is deels gelegen in de enorme toename die er verwacht wordt van het aantal mensen met dementie. Maar ook budgettair zullen de kosten van dementiezorg en -ondersteuning van 6,6 miljard in 2015 naar 15,6 miljard euro in 2040<sup>4</sup> toenemen. Dat maakt het ook financieel gelegitimeerd om dementie als doelgroep te benoemen. Daar komt nog bij dat als een woning geschikt is voor mensen met dementie, deze ook voor andere doelgroepen geschikt is terwijl het andersom niet altijd het geval is. Vaak gaat het niet om extra investeringen, maar om de juiste keuze. Denk bijvoorbeeld aan een donkere wc-bril voor contrast. De (lokale) belangenbehartigers van Alzheimer Nederland kunnen hierin een bijdrage leveren, evenals de opgeleverde kennis van het jaar dementierapporteurschap en de al bestaande informatie van Alzheimer Nederland.

Naast het specifiek benoemen van dementie, is de samenwerking met de woningcorporatie en zorgaanbieder cruciaal. Dat maakt de woonzorgvisie uitvoerbaar. Het officieel vastleggen van de afspraken en samenwerkingen zorgt ervoor dat de betrokken partijen weten van elkaar wie wat doet. Zorg ervoor dat de woonzorgvisie echt gaat leven in de praktijk. Daar hoort ook de omgeving bij en elkaar ontmoeten in de wijk en aandacht voor mensen met dementie. Het Aanjaagteam Wonen, Welzijn en Zorg helpt de betrokken partijen om tot werkbare bestuurlijke afspraken te komen aan provinciale actietafels 'wonen en zorg voor ouderen'. Daarnaast jagen zij partijen aan om deze woonzorgafspraken te vertalen naar concrete projecten. Dat is een partij om mee te blijven samenwerken en af te stemmen.

De overheid moet helpen in bewustwording en kennis bij inwoners. Ook kan de overheid financiële obstakels wegnemen die de verhuizing tegenhouden en ondersteunen bij de daadwerkelijke verhuizing en oriëntatie.

Voor woningcorporaties is het belangrijk om het dementievriendelijke Programma van Eisen toe te passen op alle woningen voor ouderen. In de bestaande woningvoorraad kan dit ook toegepast worden bij renovaties. Ook is een ontmoetingsplek in een woongebouw voor bewoners met en zonder dementie noodzakelijk om daadwerkelijk langer thuis te wonen. Voorkom dat er aparte gebouwonderdelen ontstaan voor mensen met dementie. De toekomstige ontwikkelingen vragen

---

<sup>3</sup> [Ruimte maken voor ontmoeting - RVS](#)

<sup>4</sup> [Kosten dementie, website rijksoverheid vb b](#)

juist om ontmoeten en interactie tussen bewoners met én zonder zorgvraag. Dat lukt niet als mensen alsnog apart gepositioneerd worden in een aparte vleugel of op een aparte verdieping.

Zorgaanbieders moeten anders werken om de krapte op zowel de arbeidsmarkt als in de financiën in de toekomst (en nu) aan te kunnen. In deze aanpak moet de professionele zorg in zetten op de keten van vrijwilligerswerk, mantelzorg en informele zorg. De zorg moet niet meer zorgen voor, maar zorgen dat. Zo blijft de formele zorg (medisch en niet-medisch) in de toekomst bewaakt. Een passende woning is een startpunt, maar zorg zal ook in een passende woning nodig zijn. Het leren denken in gemeenschappen is nodig zodat in de toekomst mensen langer in hun passende woning kunnen blijven wonen. Een casemanager dementie kan hier op individueel niveau en op netwerkniveau een rol in vervullen. Ook vraagt het nauwe samenwerking tussen de burgers, welzijnsorganisaties en de zorg.

Aan Alzheimer Nederland willen we graag meegeven dat zij dementievriendelijk wonen niet neer moeten zetten als een type woning. Het is een aanpak die op alle woningen toe te passen is. Of dat nu gaat om een zorggeschikte woning of een nultredenwoning. Bij al die vormen kun je dementievriendelijk te werk gaan in zowel de fysieke omgeving, de sociale omgeving als de zorg. Door het neer te zetten als een nieuw type woning, ontstaat er onduidelijkheid en worden mensen met dementie mogelijk apart geplaatst terwijl we juist toe willen naar integratie om zo die sociale basis te organiseren. Bovendien kunnen beleidsmakers het gevoel krijgen dat er weer een extra categorie bij moet komen en dat is niet het geval. Dementievriendelijk wonen, bouwen en inrichten is een keuze binnen de bestaande categorieën.

Ook is het zinvol als Alzheimer Nederland aansluit bij de regionale tafels die in de provincies worden georganiseerd over de woonopgave. Zo wordt vanaf het eerste begin de doelgroep mensen met dementie betrokken. Doe dit in afstemming met het Aanjaagteam Wonen, Welzijn en Zorg.

Door de dubbele vergrijzing in Nederland is ook inzet van de burger nodig. Dementievriendelijk wonen heeft het meeste effect als mensen tijdig in een passende woning wonen. Tijdig verhuizen zorgt ervoor dat iemand kan wennen aan het huis, zich er thuis gaat voelen en een sociaal netwerk op weet te bouwen. De oproep aan burgers is dan ook om na te gaan of de woning past bij je huidige situatie. Bereid je voor op de toekomst door vandaag te praten over morgen. Stel verhuizen naar bijvoorbeeld een gelijkvloers huis, met voorzieningen zoals de apotheek en de supermarkt in de buurt, niet uit.

## Thema 2: de casemanager dementie

### 2.1 Cijfers en feiten

In Nederland wonen ongeveer 205.500 mensen met dementie thuis, dat is 70% van de mensen met dementie<sup>5</sup>. Slechts 33 tot 41% van de thuiswonende mensen met dementie maakt gebruik van casemanagement dementie<sup>6</sup>. En dat terwijl de casemanager dementie de professional is die in de top-1 staat van de meest noodzakelijke professionele hulp in de thuissituatie<sup>7</sup>. Voor mantelzorgers van iemand met dementie is de casemanager dementie de belangrijkste professional om het thuis langer vol te houden<sup>2</sup>. De casemanager volgt mensen met dementie en hun naaste op de voet, kijkt met hen vooruit, biedt een luisterend oor, weet de weg in het woud van professionele instellingen en organisaties in de regio, bemiddelt bij het regelen van (vrijwillige) hulp en helpt bij het maken van lastige keuzes. De casemanager dementie wordt bekostigd vanuit de basisverzekering (Zvw), dat maakt dat mensen met dementie recht hebben op een casemanager dementie. Als iemand een Wlz-indicatie heeft, dan kan een casemanager onderdeel zijn van de Wlz-zorg<sup>8</sup>.

Het belang van de casemanager wordt niet alleen door mensen met dementie en hun naasten onderschreven als een belangrijke professional, maar ook door de andere betrokken partijen. Het staat dan ook in de Zorgstandaard Dementie als goede zorg en sluit aan bij de nationale plannen die er liggen. Zo staat in de Zorgstandaard Dementie dat het casemanagement ingezet wordt vanaf de fase van de vermoedens van dementie (de “niet pluis fase”) tot aan het moment dat iemand verhuist naar een woonvorm voor mensen met dementie of overlijdt<sup>9</sup>.

#### De vier belangrijkste doelstellingen uit nationale programma's

1. Uiterlijk in 2025 werken alle professionals in elk regionaal dementienetwerk volgens de Zorgstandaard Dementie (NDS)
2. We willen dat hulpverleners met ouderen bespreken welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van oudere, en zijn haar gezondheidssituatie (WOZO)
3. Ouderen kunnen terugvallen op een voldoende groot netwerk omdat het tijdig gelukt is hier met ondersteuning in te investeren. Dit leidt onder andere tot meer veerkracht, meer levensgeluk en minder eenzaamheid (WOZO)
4. Zorg is voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar. En dit in een wereld van arbeidsmarktcrisissen, complexiteit, kwaliteit en een benodigde bezuiniging (IZA)

### 2.2 Onze werkwijze

We zijn op een aantal plekken geweest waar conform de Zorgstandaard Dementie wordt gewerkt. Zoals in de gemeente Meppel waar de Wmo-consulent het advies van de casemanager voor woningaanpassingen standaard overneemt, de gemeente Apeldoorn waar een verkorte route geldt als een verzoek komt van de casemanager of in “Hulp bij dementie”-Limburg waar de casemanager dementie door de huisarts vanaf de niet-pluis-fase wordt betrokken. Dat zijn hele goede voorbeelden en het zou mooi zijn als die verder verspreid en opgeschaald worden. We zijn ook op plekken geweest waar het nog niet lukt om de casemanager dementie in te zetten conform de Zorgstandaard Dementie en daar hebben vooral mensen met dementie en hun naasten last van.

---

<sup>5</sup> [Cijfers Vektis](#)

<sup>6</sup> [HHM rapport 2021](#)

<sup>7</sup> [Dementiemonitor mantelzorg 2022](#)

<sup>8</sup> [Ministerie van VWS](#)

<sup>9</sup> [Zorgstandaard Dementie](#)



Er is veel te doen over het casemanagement en het is al een aantal jaren een groot onderwerp van discussie. We hebben gemerkt dat de discussie gevoelig ligt. Zo willen zorgaanbieders en netwerken hun eigen organisatievorm kiezen wat begrijpelijk is omdat alle regio's van elkaar verschillen. Zorgverzekeraars willen sturen op doelen en niet op instrumenten. Zorgprofessionals staan onder hoge druk. Ook zijn er discussies over specialistisch en generalistisch casemanagement, terwijl dat onderscheid niet gemaakt wordt in de Zorgstandaard Dementie. Door deze gevoeligheid en nuance en door het feit dat er regio's zijn die de casemanager dementie wél volgens de Zorgstandaard Dementie georganiseerd hebben, willen wij een feitelijke bijdrage leveren in deze discussie. Zo kunnen we van plannen naar praktijk.

De feitelijke bijdrage leveren we met een onderzoek onder mantelzorgers en mensen met dementie over de casemanager dementie én door een maatschappelijke businesscase op te stellen.

Het onderzoek onder mantelzorgers en mensen met dementie is online uitgezet in maart 2023. 887 mantelzorgers en 43 mensen met dementie hebben meegedaan en de online vragenlijst ingevuld. Het doel van het onderzoek was de businesscase te onderbouwen. De vragen gingen voornamelijk over de meerwaarde van de casemanager dementie.

Voor het maken van de maatschappelijke businesscase zijn we opzoek gegaan naar een persoon of organisatie met kennis over dementie en de casemanager dementie die samen met ons op wil trekken voor dit document. Dit is Henk Nouws van [Ruimte voor Zorg](#) geworden. Een onderdeel van de businesscase zijn twee casusorganisaties die volgens die Zorgstandaard Dementie werken en ons inzichten in de cijfers kunnen geven van het gebruik van de casemanager dementie. Dit was een lastige zoektocht. Dat komt zowel door de grote regionale verschillen en omdat inzicht in deze gegevens vaak moeilijk te verkrijgen is. Dat is een bevinding op zich. Ook hebben organisaties het ontzettend druk, kunnen ze deze uitzoekklus er vaak niet bij hebben en kan het gevoelige gegevens bevatten. Uiteindelijk is de Zeeuwse Zorgschakels onze casusorganisatie geworden.

Naast samenwerking met de casusorganisatie, hebben we een stuur- en klankbordgroep opgezet. De stuurgroep bestond uit drie casemanagers dementie en een medewerker van Alzheimer Nederland. De klankbordgroep bestond uit de (potentiële) casusorganisaties, een aantal dementienetwerken, Dementie Netwerk Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Tijdens de sessie(s) met de klankbordgroep en stuurgroep hebben we theorie en praktijk naast elkaar gelegd. Ook keken we met elkaar vooruit naar de oplossingsrichtingen en de haalbaarheid daarvan. Als laatste is gesproken met een tweetal zorgverzekeraars over de inkoop van de casemanager dementie en eventuele obstakels, uitdagingen en oplossingsrichtingen.

#### Wat willen we bereiken

Feiten boven tafel halen om het gesprek met zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland aan te gaan en zo een stabielere positie van de casemanager dementie te creëren.





## 2.3 Resultaten

### Onderzoek meerwaarde casemanager dementie

Het onderzoek laat zien dat de casemanager dementie essentieel is voor zowel mensen met dementie, als hun mantelzorgers. De professional levert ondersteuning die zowel praktisch als emotioneel ondersteunend is. Ook is er meer ondersteuning vanuit de omgeving en voorzieningen in de buurt. Dat bevestigt onze voorspelling dat mensen met dementie die een casemanager hebben, een versterkte sociale basis hebben door gebruik te maken van voorzieningen in de buurt.

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek zijn:

- In totaal zeggen 8 op de 10 mantelzorgers door de casemanager te zijn geweest op activiteiten en ondersteuning in de buurt (83%). Hierbij zeggen de meesten te zijn geweest op een plek voor dagactiviteiten (66%).
- Mantelzorgers zonder casemanager dementie staan er alleen voor:
  - o 12% kan vaker nergens terecht met hun vragen (vs. 2%) .
  - o 31% organiseert vaker alle zorg en hulp zelf (vs. 10%).
  - o 44% heeft vaker niemand om te helpen bij het leren omgaan met hun naaste met dementie (vs. 19%).
- Mantelzorgers met een casemanager dementie voelen zich vaker:
  - o Voldoende professioneel ondersteund als mantelzorger bij de zorg voor hun naaste (73% vs. 43%).
  - o Voldoende ondersteund door hun omgeving bij de zorg voor hun naaste (64% vs. 52%).
  - o Voldoende voorbereid op veranderingen in de toekomst (64% vs. 45%).
- 16% van de mensen met dementie ZONDER casemanager dementie voelt zich voorbereid op waar hij/zij wil wonen als het thuis niet meer gaat. Dat in tegenstelling tot 28% van de mensen met dementie die WEL een casemanager dementie heeft en zich voorbereid voelt
- Mensen met dementie met een casemanager dementie, voelen zich vaker voldoende ondersteund te voelen dan zij zonder een casemanager (81% vs. 63%).

### Businesscase casemanager dementie

De maatschappelijke businesscase brengt in beeld wat zowel de maatschappelijke als de financiële waarde is van de casemanager. Het gaat dus niet alleen om geld, maar ook om zorgarme jaren, vermindering van de druk op en de inzet van zorgpersoneel en beter voorbereid zijn op de

toekomst (proactieve zorgplanning). De businesscase laat zien dat er zowel in euro's als in zorguren bespaard kan worden. Hieronder de belangrijkste bevindingen.

- De inzet van een casemanager dementie neemt gemiddeld 1,5 consult per maand per cliënt weg bij de huisarts. De wijkverpleegkundige (niveau 5) wordt in de eindfase van de dementie verminderd van gemiddeld 72 uur naar 24 uur. Ook zijn er besparingen bij specialisten door een soepeler verloop in de diagnostiek.
- De kosten voor een casemanager dementie die een persoon met dementie van de niet-pluis-fase tot opname in een verpleeghuis of overlijden begeleidt, kost in totaal 10.500 euro. Dit is terug te verdienen door een uitstel van een opname van 1,1 maand of door uitstel van dagbehandeling van 2,4 maanden (bijvoorbeeld door te blijven doen wat iemand altijd al deed door een versterkte sociale basis of door substitutie naar een laagdrempelige vorm).
- Per persoon met dementie die een casemanager dementie naast zich heeft staan, laat de businesscase een besparing van 8.600 euro per cliënt zien in vergelijking tot iemand zonder casemanager dementie. Dat is een berekening aan de voorzichtige kant. Als we dit doorrekenen naar macro-niveau dan is dat voor de ruim 140.000 mensen die nu thuiswonen met dementie een besparing van 1,2 miljard euro

De organisatie van het casemanagement verschilt per regio en is nog niet overal volgens de breed onderschreven Zorgstandaard Dementie geïmplementeerd. Er doen zich een aantal knelpunten voor. Er zijn twee hoofdzaken voor de knelpunten, namelijk dat 1) de tarieven van de casemanager dementie niet kostendekkend zijn en 2) het domein-overstijgend karakter van casemanagement dementie aanleiding geeft tot domeindiscussies.

#### Vanaf september 2023 tot en met december 2023:

- Overhandiging van de businesscase aan Henk Nies, onafhankelijk voorzitter van het Operationeel Overleg van de Nationale Dementiestrategie en aan Marieke van Werkhoven, Landelijk coördinator Implementatie Zorgstandaard Dementie (5 september 2023)
- Gesprek met Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zorgkantoren, zorgverzekeraars en Actiz over uitvoeren casemanager dementie volgens Zorgstandaard Dementie en de bevindingen uit de businesscase.
- Rondetafelgesprek dementie in de Tweede Kamer op 5 oktober 2023 n.a.v. de overhandiging van het onderzoek van Bisnez aan Tamara van Ark en het bijbehorende artikel in AD

## **2.4 Aanbevelingen en conclusies**

De betrokken organisaties zijn het erover eens dat iemand met dementie en diens naaste gebaat zijn bij een vast gezicht en aanspreekpunt als begeleider tijdens het verloop van de ziekte. Door de dubbele vergrijzing, moeten we toe naar toekomstbestendige zorg voor mensen met dementie. De betrokkenheid van de samenleving en buurt is ontzettend belangrijk om met kwaliteit van leven, lang thuis te wonen. De casemanager dementie is de professional die het gesprek over de toekomst en proactieve (zorg)planning begint. Met de diagnose dementie, kan dit gesprek niet uitgesteld worden. Ook kan de casemanager dementie meedenken in wat iemand zélf nog kan en wat de nabije omgeving en voorzieningen buiten de zorg om kan betekenen en die dan ook actief betrekken. Daarom is de casemanager dementie, zoals omschreven in de Zorgstandaard Dementie, bij uitstek een vorm van passende zorg zoals het IZA dat bedoeld heeft die toekomstbestendig is. Echter, door de keuze om de casemanager te plaatsen in de Zvw, gaan de kaders van deze wet de inzet van deze professional bepalen. Dat staat het passende zorg in het hele dementieproces in de weg. Daarnaast zien we in de praktijk opvallend veel variatie in de inzet van de casemanager met veel vrijheidsgraden waardoor we veel werkvormen tegenkomen. Dat maakt het meten van het effect van de casemanager, het monitoren van het gebruik en de

doorontwikkeling van deze professional in de praktijk lastig. Het zou helpen als er een stabielere en consistentere positie van de casemanager is en dat we onszelf niet vergissen in "*penny wise, pound foolish*". Het stelsel zit ons dwars, maar dit is met deze urgentie geen excuus om de casemanager dementie niet goed te organiseren.

Om de knelpunten weg te nemen en de functie van casemanager dementie ten volle te kunnen benutten, heeft de Zvw een dwingend kader nodig. Dit kader moet een gezamenlijk product zijn van het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, de beroepsgroep(en), de zorgverzekeraars en Alzheimer Nederland. De volgende punten moeten verwerkt zijn in dit kader:

1. In de betaling van de casemanager roeien we met niet toereikende riemen. De financiële prikkels moeten binnen de Zvw zo gezet worden dat de casemanager dementie wordt ingezet vanaf de niet-pluis fase tot aan het overlijden of opname in het verpleeghuis.
2. Kom met een heldere, gezamenlijke en eenduidige taakomschrijving van de casemanager dementie binnen de Zvw, waarmee de casemanager dementie de ruimte krijgt om passende zorg te organiseren zoals het is afgesproken, ongeacht of de achtergrond sociaal werker of verpleegkundige is.
3. De enorme variatie in inkoop en werkwijze van de casemanagers is opvallend en moet teruggebracht worden naar hoe het in de Zorgstandaard Dementie is verwoord.
4. Zorgverzekeraars en Alzheimer Nederland, ga jaarlijks met elkaar in gesprek over passende zorg bij dementie

Naast de aanbeveling voor een dwingend kader binnen de Zvw, moeten gemeenten het mogelijk maken dat de casemanager dementie, op basis van het zorgplan van een cliënt, Wmo-voorzieningen kan indiceren.

Als laatste zien we een enorme toename van het aantal VPT's, omdat meer mensen met een VPT thuis blijven wonen. De casemanager dementie stopt nu nog bij overgang van de Zvw naar de Wlz en dat terwijl de casemanager juist in de thuissituatie een essentiële professional is. Daarom is het van belang dat het ministerie van VWS de casemanager dementie borgt in een Modulair Pakket Thuis (MPT) of een Volledig Pakket Thuis (VPT).

## Thema 3: Dagactiviteiten en ontmoeten

### 3.1 Cijfers en feiten

Activiteiten, zoals inloophuizen, de dagbesteding, de zorgboerderij en vrijwilligerswerk, zijn erg belangrijk voor mensen met dementie en hun naasten. Het mes snijdt aan twee kanten, het geeft structuur en zorgt voor zingeving voor mensen met dementie en het ontlast de mantelzorgers. Er zijn mooie voorbeelden in het land te vinden waar mensen met dementie, mantelzorgers en vrijwilligers elkaar ontmoeten onder begeleiding van een professional. Passende en laagdrempelige activiteiten zorgen ook voor vroeg-signalering en zorgpreventie. Bovendien zijn sociale contacten, in beweging blijven en passende activiteiten de belangrijkste onderdelen die mensen met dementie aangeven nodig te hebben om het langer vol te houden<sup>10</sup>. Ook mantelzorgers geven in hun top-3 van ondersteuning in de thuissituatie aan dat groepsactiviteiten voor hun naaste met dementie belangrijk zijn. Dat is nodig voor hun naaste én voor henzelf, want 68% van de mantelzorgers heeft moeite om dagelijkse activiteiten te combineren met de (zorg)taken.

Er zijn er een aantal organisaties druk bezig om ontmoeten in de buurt te versterken. Alzheimer Nederland steunt de Odensehuizen, heeft een projectleider ontmoetingsplekken aangesteld en werkt samen met Movisie en Vilans aan het verspreiden van goede voorbeelden. Veel woningcorporaties zijn aan de slag met het thema leefbaarheid en hebben aandacht voor ontmoetingsplekken. Ook in het landelijke debat zien we dit thema veel terug. Er zijn veel toezeggingen, moties en amendementen.

Ondanks nut en noodzaak van ontmoetingsplekken op rollatorafstand, heeft slechts 10% van de gemeenten in het coalitieakkoord dagactiviteiten voor mensen met dementie opgenomen<sup>11</sup>. En laat onderzoek zien dat in meer dan de helft van de gemeenten nog geen 50% van de thuiswonende mensen met dementie gebruik maakt van zinvolle dagactiviteiten vanuit de Wmo<sup>12</sup>. Ook de financiering van ontmoetingsplekken is niet structureel, oftewel duurzaam, en veel ontmoetingsplekken worden draaiende gehouden op projectmatige subsidies en zijn afhankelijk van het doorzettingsvermogen en netwerk van de coördinator. We zijn in gemeenten geweest die echt prioriteit geven aan ontmoetingsplekken in de wijk, en zelfs hier kan geen garantie gegeven worden dat de inloopcentra duurzaam gehouden kunnen worden als er bijvoorbeeld financieel slecht weer aan komt voor gemeenten. Dit wordt eveneens herkend door de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving<sup>13</sup>.

#### De drie belangrijkste doelstellingen uit de nationale programma's

- 80% van de thuiswonende mensen heeft een ontmoetingsplek in de buurt (NDS)
- Gemeenten faciliteren het 'omzien naar elkaar in de wijk' door een breed, laagdrempelig en vindbaar aanbod van activiteiten en ondersteuning in de eigen buurt of wijk (WOZO)
- Het realiseren van voldoende voorzieningen voor ouderen in de wijk, die uitnodigen tot bewegen en ontmoeten, zodat ouderen langer fit, gelukkig en zelfstandig kunnen blijven wonen (Programma wonen en zorg voor ouderen)

<sup>10</sup> [Dementiemonitor mantelzorg 2022](#)

<sup>11</sup> [Analyse coalitieakkoorden gemeenten 2022](#)

<sup>12</sup> [Onderzoek Movisie, Zinvolle Dagactiviteiten 2021](#)

<sup>13</sup> [Advies RVS, 2022](#)

### 3.2 Onze werkwijze

We zijn op een aantal ontmoetingsplekken in het land geweest. Ook zijn er veel inspiratieboekjes en mooie voorbeelden te vinden. Zowel voor specifieke als voor algemene ontmoetingsplekken. Kennis over wát er moet gebeuren, lijkt niet meer nodig. Daarnaast heeft het ministerie van VWS een subsidieregeling vormgegeven om gemeenten te stimuleren om dagactiviteiten voor mensen met dementie te organiseren. Telkens als we dachten dat we een los eindje hadden gevonden, stapte een organisatie naar voren die aan gaf dat te doen. Dat was fijn om te merken en tegelijkertijd maakte dat het lastig om de werkwijze voor dit thema vorm te geven. Het enige gat wat wij naar boven hebben kunnen halen (wat meteen een heel groot gat bleek te zijn) is het ontbreken van structurele financiering van maatschappelijke (burger-) initiatieven en ontmoetingsplekken. Veel ontmoetingsplekken (specifiek en algemeen) draaien op tijdelijke subsidies, soms op een legaat en zijn afhankelijk van een enkele professional en veel vrijwilligers.

Wij waren dan ook benieuwd of dat komt omdat er mogelijk niet voldoende bekendheid en bewustzijn is over het belang van ontmoeten in de buurt. Daarom hebben we de doelstellingen in de landelijke plannen, moties, amendementen en reacties van het kabinet geanalyseerd. Bernard Fritzsche van het Landelijk Platform Odensehuizen was onze tegenlezer. De analyse, die laat zien dat ontmoeten zeker op de politieke agenda staat, hebben we aangevuld met de ervaring en obstakels van verschillende partijen en organisaties die we gesproken hebben.

Ook hebben we gesproken met een zorgkantoor en met PWC om de mogelijkheden van domeinoverstijgende bekostiging te bespreken. Immers, tijdige investering bespaart kosten voor de zorg op een later moment.

#### Wat willen we bereiken

Toewerken naar duurzame en structurele financiering van algemene en specifieke ontmoetingsplekken.



### 3.3 Resultaten

Vanuit Alzheimer Nederland, Movisie, de VNG, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Vilans wordt al een hoop gedaan en gaan geen dingen dubbel doen. In [Stand van zaken Ontmoetingsplekken voor mensen met dementie](#) staan onze bevindingen over ontmoetingsplekken. Hieronder staan de belangrijkste onderdelen.

- Er is veel aandacht voor ontmoeten, activiteiten en zelfredzaamheid doormiddel van ondersteuning in de buurt. Er zijn veel toezeggingen over ontmoeten op het niveau van de landelijke politiek.
- Het ontbreekt aan financiële duurzaamheid. Gemeenten en overheden hebben vaak te maken met beperkte financiële middelen. Deze middelen moeten worden verdeeld over verschillende sectoren en prioriteiten. Ontmoetingsplekken zijn vaak de sluitpost.
- Veel initiatieven steunen op een zeer gemotiveerde maar smalle basis in de vorm van een enkele professional en veel vrijwilligers.
- Er zijn veel verschillen in het aanbod en de financiering ervan tussen gemeenten.
- Er is een terughoudendheid t.a.v. beleid voor doelgroepen.
- Door de aard van de Wmo (beleidsvrijheid van gemeenten) kan niet landelijk een doelstelling afgekondigd worden die lokaal wordt geoperationaliseerd
- Het feit dat een ontmoetingsplek een Wmo-voorziening is en bespaart in de Wlz, zit de structurele financiering in de weg.
- De bekende dagbesteding of ontmoetingsplek vervalt als iemand met dementie een Wlz-indicatie krijgt of naar een intramurale setting verhuist. De snelle toename van het VPT vergroot dit probleem.

In het gesprek met PWC en het zorgkantoor kwam naar voren dat er veel onduidelijkheid is over de mogelijkheid tot domeinoverstijgend bekostigen. Het zorgkantoor kan feitelijk wel bekostigen in ondersteuning en ontmoeting, maar dat kan alleen bij persoonlijk geïndiceerde zorg. Een laagdrempelige ontmoetingsplek waar mensen met én zonder Wlz-indicatie gebruik van maken en waar niet bij wordt gehouden wie er komt, is niet mogelijk.

In de gemeente Meppel werd duidelijk dat, zelfs als alle betrokken partijen hetzelfde willen, het systeem het ontmoeten en actief blijven niet toelaat.

*Een jonge man met dementie had wekelijks dagactiviteiten bij een atelier, gefinancierd door de Wmo. Door verhuizing naar het verpleeghuis en een Wlz-indicatie, kon hij de activiteiten niet meer blijven doen. Het verpleeghuis organiseerde namelijk eigen activiteiten. De individuele activiteiten buiten het huis konden niet worden betaald.*

Tot op heden heeft het zorgkantoor nog geen middelen beschikbaar gesteld om de financiering van de activiteiten te bekostigen vanuit een meerkostenregeling (aug 2023). Inmiddels is de provincie in het gat gesprongen met een subsidie omdat het probleem erkend werd. Toch is dit maar een tijdelijke oplossing.

### 3.4 Aanbevelingen en conclusies

Gemeenten moeten ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en de Wmo is hier de wet voor. Kijkend naar de wet, is de Wmo ook de financieringsstroom die ontmoetingscentra moet bekostigen<sup>14</sup>. Echter, door de beleidsvrijheid binnen de Wmo, kan de structurele financiering hierbinnen niet afgedwongen worden. Het ministerie van VWS moet daadkrachtig zijn en de landelijke plannen omzetten in daadwerkelijke ontmoetingsplekken en de structurele financiering organiseren. Voor mensen met dementie is de manier van financiering niet relevant. Het gaat erom dat hun bekende ontmoetingsplek er komt, er blijft en zorgt voor een goede daginvulling en respijt voor de mantelzorgers. Maar de financiering is nodig om bestaande ontmoetingsplekken te behouden en meer ontmoetingsplekken te creëren om de doelstelling van de NDS te behalen. Voor structurele financiering zijn meerdere oplossingen mogelijk maar je kan bijvoorbeeld denken aan de volgende:

<sup>14</sup> [Wet maatschappelijke ondersteuning](#)

1. Geef gemeenten geormerkt geld in het gemeentefonds voor de bekostiging van ontmoetingsplekken om de doelstelling van de NDS te halen. Door geormerkt geld kunnen gemeenten langjarige subsidies geven. Zo heeft elke gemeente, groot of klein, financieel gezond of ongezond, voldoende budget voor ontmoetingsplekken in de buurt en is een burger niet afhankelijk van de gemeente waarin hij/zij woont en of er dan een geschikte plek is om te ontmoeten.

Er is veel onduidelijkheid over de mogelijkheid tot domeinoverstijgend bekostigen. Het zorgkantoor kan feitelijk wel bekostigen in ondersteuning en ontmoeting, maar dat kan alleen bij persoonlijk geïndiceerde zorg. Een laagdrempelige ontmoetingsplek waar mensen met én zonder Wlz-indicatie gebruik van maken en waar niet wordt bijgehouden wie er komt, is momenteel niet mogelijk. Door de schotten is er nu een besparing in de Wlz, terwijl er een investering nodig is vanuit de Wmo. Het volgende is daarvoor nodig.

2. Het Ministerie van VWS moet zorgen voor een toegankelijker manier van domeinoverstijgend bekostigen bij laagdrempelige voorzieningen, zodat zorgkantoor en ontmoetingsplek elkaar gemakkelijk weten te vinden. Behoud hierbij de “vrije” inloop.

Naast het opzetten van nieuwe initiatieven vanuit burgers of welzijnsorganisaties, zijn er ook al een boel (te ontwikkelen) voorzieningen die voor meerdere doeleinden gebruikt kunnen worden.

3. Woningcorporaties zetten zich momenteel in voor de bouw van (dementievriendelijke) seniorenwoningen. Bij een seniorenwoning hoort een ontmoetingsplek. Woningcorporaties gaan die dan ook bouwen. Zorg dat deze ontmoetingsplek financiële ondersteuning krijgt vanuit de Wmo voor de bedrijfsvoering en dat bewoners uit de buurt ook deze plek kunnen bezoeken. Zo worden de te bouwen ontmoetingsplekken door woningcorporaties optimaal benut. Maak ze dementievriendelijk zodat ook mensen met dementie gebruik kunnen maken van deze ontmoetingsplekken.
4. Sportverenigingen krijgen vaak ondersteuning vanuit de gemeente. Echter staat een sportvereniging overdag vaak leeg. Benut deze ruimte dubbel door er doordeweeks en/of overdag activiteiten te organiseren vanuit Wmo budget.

Het thema ontmoeten heeft op meer mensen betrekking dan alleen mensen met dementie. In de gesprekken met andere organisaties komt naar voren dat burgerinitiatieven en algemene of specifieke ontmoetingsplekken aanlopen tegen problemen in de structurele financiering. Gezien het belang dat niet alleen mensen met dementie, hun naasten, maar ook lokale en landelijke overheid geeft aan het belang voor ontmoeten van ouderen, is het de moeite waard als Alzheimer Nederland bekijkt of er een coalitie gesmeed kan worden. De coalitie kan toewerken naar een specifieke uitkering voor het gemeentefonds om ontmoetingsplekken samen met de al bestaande lokale maatschappelijke organisaties op te zetten. Dit draagt bij aan het verduurzamen van bestaande initiatieven voor zowel mensen met dementie als andere doelgroepen. De maatschappelijke organisaties waar je aan kan denken zijn:

Alzheimer Nederland	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
Sociaal Werk Nederland	Vereniging van Openbare Bibliotheken (VOB)
Mantelzorg NL	Platform Vrijwillige Inzet (NOV)
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)	Buurtsportcoach
Aedes	Senioren Coalitie
Odensehuizen	Nederland zorg voor elkaar
Sociaal Cultureel Planbureau (SCP)	Dorpshuizen
Landelijke Cliëntenraad (LCR)	IPSO
Oranjefonds	Landelijk Samenwerkingsverband Actieve bewoners

## De “parkeerplaats”

Gedurende het jaar fungeerde wij als team dementierapporteur een beetje als een loket. Er zijn ontzettend veel losse verhalen en initiatieven bij ons gekomen om hun zorgen, ideeën en oplossingen te delen. Het zijn verhalen en initiatieven die in eerste instantie niet bij de drie thema's passen, maar die we toch een plek in het verslag wilden geven. We noemden dit gekscherend de parkeerplaats en zijn dit eigenlijk blijven doen. Daarom heet dit hoofdstuk de “parkeerplaats”. De verhalen en initiatieven hebben wij in contact gebracht met het vakblad Denkbeeld. Zij schrijven over elk initiatief een artikel die vanaf 2024 mee zullen gaan met de uitgaves van Denkbeeld. Hieronder een kort overzicht van de initiatieven die wij tegen zijn gekomen. Opvallend hierin is dat we in pilots en projecten erg goed zijn, maar dat het moeilijk is, zelfs na bewezen-effectief verklaard te zijn, om een geborgde plek in het systeem te krijgen.

### Leefstijlmonitoring van Vilans

Met zorgtechnologie voor leefstijlmonitoring krijgen zorgmedewerkers en mantelzorgers inzicht in het leefpatroon van alleenwonende mensen met dementie. Sensoren die op verschillende plekken in de woning zijn bevestigd, volgen hun activiteiten. Eventuele veranderingen hierin zijn op die manier snel waar te nemen. Vanwege privacy komen er geen camera's te hangen.

### Mantelzorgtraining van Laurens

Beter Thuis met Dementie is een vijfdaagse cursusweek voor mantelzorgers en mensen met dementie die samenwonen. Het bestaat uit een tiental workshops over allerlei onderwerpen. Niet alleen het opdoen van kennis en het krijgen van informatie ervaren de deelnemers als positief, juist ook het delen van hun eigen ervaringen wordt door de deelnemers zeer positief gewaardeerd. De vriendschappen die ontstaan zijn snel en hecht en ze helpen elkaar erdoorheen.

### COM-mens methode

De COM-mens methode is gemaakt vanuit het logopedisch perspectief. Het gaat om mensen met dementie moeite hebben met het vinden van de juiste woorden of om een gesprek te volgen. Dit is ontzettend frustrerend. Met de logopedische behandelmethodes verbeteren we de kwaliteit van leven van mensen met dementie. De toolkit kunnen logopedisten gebruiken in hun werk.

### Familiezorg Friesland

Als iemand in de familie de diagnose dementie krijgt, komt er veel op hen af. Niet alleen praktische zaken maar ook emoties en gevoelens. Hoe kun je als zorgprofessional families hierin begeleiden zodat ze emoties met elkaar delen en de situatie bespreken? Hoe zorg je ervoor dat de zorg gezamenlijk opgepakt wordt? Het familiegesprek is een gepland gesprek tussen de persoon met dementie, één of meer familieleden en een verpleegkundige/casemanager dementie. Het familiegesprek helpt families om open te communiceren over de situatie, de zorg gezamenlijk te organiseren en dit aan te laten sluiten bij de wensen en behoeften van de persoon met dementie. Ook geeft het meer rust en zorgt het voor minder overbelasting van de mantelzorger.

### De REMIND-app

De REMIND-app is een digitale tool die de overbelasting en het welzijn van mantelzorgers monitort. Via deze tool beantwoorden mantelzorgers wekelijks vijf vragen over het welzijn en de ervaren belasting. Casemanagers kunnen deze antwoorden en het verloop van de antwoorden over de tijd inzien in een dashboard. Met deze informatie kan er eerder ondersteuning worden geboden aan mantelzorgers en crisis voorkomen worden.



## Bijlagen

### Bijlage I – overzicht van de doelstellingen per landelijk programma

#### De Nationale Dementiestrategie

Algemeen uitgangspunt: Mensen met dementie en hun naasten kunnen als waardevol lid van onze samenleving functioneren en goede ondersteuning, zorg en behandeling ontvangen. Er wordt voldoende wetenschappelijk onderzoek gedaan naar mogelijke preventie, behandeling en genezing van dementie.

#### Doelstellingen

In 2025 is er voor elke persoon met dementie een diagnose op maat en een behandeling gericht en afgestemd op deze persoon beschikbaar

In 2025 is er meer zicht op welke oorzaken leiden tot de overige 60% dementiegevallen, ervan uitgaande dat circa 40% van de dementiegevallen voorkomen had kunnen worden door leefstijlfactoren. In 2030 is het streven dit beeld compleet te hebben

Vroeg inzetten op juiste educatie op scholen

In 2030 heeft 80% van de thuiswonende mensen toegang tot een ontmoetingscentrum voor mensen met dementie in de nabijheid van hun eigen woning. Hier krijgt men het aanbod van zinvolle activiteiten

In 2025 is het aantal "dementievrienden" verdubbeld naar 750.000 personen. De nadruk ligt hierbij op jongeren en het daadwerkelijk hulp bieden door dementievrienden aan mensen in de buurt

SDV zorgt voor een meer structureel trainingsaanbod voor professionals in diverse sectoren en particulieren. Jongeren worden hierbij betrokken door voorlichting op scholen en het starten van projecten rond intergenerationele samenwerking/ondersteuning

Het is de ambitie dat uiterlijk voor de zomer van 2021 gemeenten en zorgkantoren de woonopgave voor ouderen en andere doelgroepen, alsmede de behoefte aan zorg- en verpleeghuiscapaciteit, in beeld hebben. Deze dient vervolgens door gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en vastgoedinvesteerders te worden vertaald in uitvoeringsagenda's en prestatieafspraken

In 2030 is de kwaliteit van leven van mensen met dementie met 25% toegenomen

De structurele financiering en borging van de netwerken in de lokale en regionale zorgstructuur is nog een aandachtspunt

Zo snel als mogelijk, maar uiterlijk in 2025 werken alle professionals in elk regionaal dementienetwerk volgens de zorgstandaard dementie, domeinoverstijgend en persoonsgericht, doelmatig, tijdig en pro-actief, met aandacht voor culturele diversiteit

Vanaf 2025 is elk regionaal dementienetwerk geborgd door middel van vastgelegde samenwerkingsafspraken en structurele financiering

We willen dat alle netwerken zelflerend gaan werken met gegevens uit het register dementiezorg en -ondersteuning

We willen dat elk netwerk is geborgd in de regio en dat de samenwerkingsafspraken met de betrokkenpartijen zijn vastgelegd, inclusief een structurele financiering van de netwerkcoördinatie  
Op landelijk niveau inzetten op het verzamelen, verrijken, in stand houden en verspreiden van kennis over alle aspecten van ondersteuning en zorg

Vanaf 2021 is iedere wijk in Nederland aan de slag met de vorming van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Hiervan profiteren ook mensen met dementie

Wij willen bevorderen dat elk netwerk algemene informatie beschikbaar heeft over dementie met een regionale "wie, wat, waar" voor prof als mmd.

Met gerichte activiteiten gaan we kennis over de mogelijkheden om het risico op dementie te verminderen verspreiden onder algemeen publiek. Beginnend met risicogroepen.

### Ouder Worden 2040

Een transformatieagenda voor een ouder wordende samenleving. 'Een samenleving waarin iedereen, ook mensen in de derde en vierde levensfase, meedoet en ertoe doet. In deze samenleving worden we versterkt in en aangesproken op ons talent en zijn we ieder op onze eigen manier van betekenis. We wonen veilig, duurzaam en betaalbaar in een leefomgeving die we gezamenlijk vormgeven, leeftijdsvriendelijk is en bijdraagt aan onze vitaliteit en gezondheid. Vitaliteit waarin we ook zelf veel investeren, met als resultante dat als we zorg en ondersteuning nodig hebben, die ook geboden kan worden, informeel en formeel. Technologie en digitalisering ondersteunt daarbij op een inclusieve, veilige en betrouwbare manier.

#### Doestellingen

Stimuleren van het gebruiken van 'ervaren kracht'

Vorbereiden op de volgende levensfase

Aandacht voor 'de laatste 1.000 dagen' en de betekenis van sterven voor mensen en hun naasten

Ruimte voor (burger)initiatieven die bijdragen aan zelf en samen prettig ouder worden

Aantrekkelijker en effectiever werken in zorg en welzijn

Ontwikkelen sociaal en publiek-privaat ondernemerschap

Integreren van economische en maatschappelijke bijdrage, in het bijzonder voor de mantelzorger

Arbeidsmarkt laten aansluiten bij de levensloop

Organiseren burgerparticipatie op lokaal, regionaal en nationaal niveau

Versterken van vitale wijkinfrastructuur, mobiliteit en voorzieningen

Realiseren diversiteit aan extra woningen

Aanpassen wet- en regelgeving voor divers woningaanbod en -gebruik

Ontwikkelen duurzaam verpleeg(t)huis van de toekomst

Levenslang en levensbreed investeren in vitaliteit

Regionale vitaliteit ontwikkelen vanuit de praktijk

Ondersteunen van ouderen in de eigen woonomgeving

Realiseren van passende en digitale zorg vanuit patiëntperspectief

Stimuleren van digitale inclusie

Investeren in een duurzaam digitaal landschap

Versterken van opschalings- en doorzettingsmacht

### Meerjarenstrategie Alzheimer Nederland

De toekomst dichterbij brengen waarin dementie voorkomen of genezen kan worden. De levenskwaliteit van mensen met dementie en hun omgeving verbeteren.

#### Doestellingen

Structureel meer geld voor wetenschappelijk onderzoek met een jaarlijkse groei van gemiddeld € 1 miljoen

De juiste ondersteuning bieden voor een betere kwaliteit van leven. Het aantal mensen met dementie blijft stijgen, dus ook wij moeten ons aanbod vergroten en verbreden. Bijvoorbeeld door uitbreiding van de Kookclubs Misverstand; consulent op geheugenpoli; bezoeken dienst; lotgenotengroepen. Wij intensiveren onze diensten en willen meer mensen bereiken. Dit doen wij in samenwerking met andere organisaties en met meer vrijwilligers. Een betere zichtbaarheid en herkenbaarheid van ons aanbod helpt daarbij.

Wij geven mensen met dementie en hun mantelzorgers een krachtige stem door enerzijds hun knelpunten, lacunes, wachtlijsten en ondergebruik te signaleren en anderzijds door voldoende ondersteuning (in omvang en kwaliteit) aan te jagen op het juiste moment gericht op een betere kwaliteit van leven.

Met gerichte multimediale campagnes om het aantal dementievrienden te laten groeien tot 750.000 eind 2025

Trainingen voor Nederlanders, bedrijven en maatschappelijke organisaties om dementie beter te herkennen en beter met mensen met dementie om te kunnen gaan in het gewone dagelijkse leven. Wij bieden (13 verschillende) online trainingen en trainingen op locatie door vrijwillige trainers van de regionale afdelingen.

Voorbeeldprojecten om buurten dementievriendelijker te maken (door samenwerking van regionale afdelingen, de dementienetwerken en gemeenten).

Meer bekendheid over dementie en begrip voor mensen met dementie en mantelzorgers en bewaken van een positief imago/reputatie van Alzheimer Nederland en haar diensten.

Voorbeeldprojecten om buurten dementievriendelijker te maken (door samenwerking van regionale afdelingen, de dementienetwerken en gemeenten).

Meer bekendheid over dementie en begrip voor mensen met dementie en mantelzorgers en bewaken van een positief imago/reputatie van Alzheimer Nederland en haar diensten.

Mensen met dementie en mantelzorgers (primaire mantelzorgers, 350.000) voelen zich beter ondersteund door onze eigen dienstverlening en die van anderen mede door onze lobby (jaarlijks > 5% Dementiemonitor)

Stijging van uitgaven aan wetenschappelijk onderzoek, zowel absoluut als in aandeel binnen de doelbesteding.

Structureel Top 3 van gezondheidsfondsen wat betreft inkomsten en fondsenwervende groei.

Ratio doelbesteding t.o.v. de uitgaven is minimaal 80%

Bekendheid > 80% van de mensen met diagnose dementie en hun mantelzorgers kent Alzheimer Nederland én de voor hen relevante producten en diensten

Gebruik dienstverlening > 60% van mensen die ons kennen maakt gebruik van een of meer van onze diensten

Waardering gebruikers > 80% geeft een rapportcijfer 8 of hoger en voelt zich goed ondersteund

Dementie is beleidsprioriteit op relevante terreinen (wonen, inkoopbeleid verzekeraars, ouderennota's, bouwbeleid, gemeentes, technologische innovatie, onderwijs etc.)

### **Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)**

Het doel van dit programma is dat ouderen in een geschikte woning en leefomgeving met plezier kunnen wonen en kunnen verhuizen als ze dat willen. Om dat te realiseren moet er, gelet op de vergrijzing, veel voor ouderen worden gebouwd. Door woningen op maat voor ouderen te bouwen, wordt er een verhuisketen op gang gebracht.

### **Doestellingen**

Voor de kerst 2022 wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over aanpalende programma's van andere ministeries en een vijftal actielijnen die bijdragen aan de visie op wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen

We gaan gemeenten faciliteren het 'omzien naar elkaar in de wijk' door een breed, laagdrempelig en vindbaar aanbod van activiteiten en ondersteuning in de eigen buurt of wijk

Reablement wordt ingezet om de zelfredzaamheid te bevorderen en daarmee een ondersteunings- en of zorgvraag te verminderen maar ook als preventieve maatregel om een zorgvraag te voorkomen

De mogelijkheden voor mensen wordt vergroot om zo lang mogelijk met ondersteuning van de eigen omgeving, zelfredzaam te blijven ook als de gebreken van de ouderdom zich aandienen

Er wordt geïnvesteerd om mensen te helpen zich voor te bereiden op het kwetsbaar worden, in het vermogen van mensen om te leven zoals voor henzelf gegeven hun mogelijkheden passend is.

We willen dat hulpverleners met ouderen bespreken welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van oudere, en zijn haar gezondheidssituatie

Er worden voldoende passende woonvormen in een leefomgeving gerealiseerd die ervoor zorgen dat mensen met hun sociale netwerk kunnen wonen op een plek waar ze zich thuis voelen

We zetten in op het verbeteren van de leefomgeving van ouderen zelf

We willen dat ouderen ondersteuning en zorg ontvangen waar zij wonen, zodat zij niet hoeven te verhuizen naar waar de zorg geleverd wordt.

We zorgen ervoor dat alle professionals die in de ouderenzorg werken de kennis en expertise hebben om de juiste zorg te bieden, waarbij eerst gekeken wordt naar wat mensen met hun omgeving zelf kunnen. Er vindt een brede triage plaats,

We willen dat de ondersteunings- en zorgvraag zoveel mogelijk digitaal wordt verleend en waar het kan wordt ingezet op arbeidsbesparende innovaties

Mantelzorgers en naasten voelen zich gezien en ondersteund door de inzet van digitale toepassingen

De dialoog met de samenleving en de sector geven we vorm

In 2025 weten burgers dat er een aanbod van ondersteuning bij het gebruik van digitale zorg beschikbaar is.

Ouderen zijn in staat om zelf de regie te hebben en leiden met hun netwerk hun leven, passend bij hun cultuur en gewoontes

Nadenken over en voorbereiden op 'ouder worden' wordt een vanzelfsprekend onderdeel van het leven.

Ouderen kunnen terugvallen op een voldoende groot netwerk omdat het tijdig gelukt is hier met ondersteuning in te investeren. Dit leidt onder andere tot meer veerkracht, meer levensgeluk en minder eenzaamheid.

We kijken naar elkaar om en iedereen pakt hierin een verantwoordelijkheid: van burens en naasten tot de overheid en private partijen (=samenredzaamheid).

Ouderen krijgen passende ondersteuning als dat nodig is (gemeenten). Hierbij besteden we nadrukkelijk aandacht aan kwetsbare ouderen.

In 2023 ronden we de 40 lokale trajecten in programma Samen ouder worden af, borgen we de resultaten en starten met een vervolg programma.

Begin 2023 start regeling waarmee het intergenerationeel wonen wordt gestimuleerd.

In 2022 bestuurlijke afspraken gericht op een wijkplan in 2024.

In 2022 vindt verdere kennisontwikkeling met betrekking tot reablement plaats. Dit betreft ook komen tot een aanpak om reablement breder in te zetten.

In 2022 stellen de 15 regionale werkplaatsen de kennisagenda 'Versterking ondersteuning ouderen'

Tijdelijk verblijf: We gaan deze situatie vereenvoudigen door acuut tijdelijk verblijf via de Wmo te schrappen en beoordelen of de afbakening tussen Zvw en Wlz ook vereenvoudigd kan worden.

We maken met veldpartijen een gezamenlijke toekomstagenda openbare farmaceutische zorg en gaan deze afspraken implementeren.

Implementatie handreiking Kwetsbare ouderen thuis: Beskostigingsadvies Nza en aanpak voor implementatie

Impuls uitvoering ZonMw via programma Beter Thuis en doorontwikkeling bekostiging eerstelijnsverblijf

2025 start vormgeving benodigde wetgeving m.b.t. eventuele aanpassing van de aanspraak; uiteindelijk onderdeel Wlz .

Inzet transitie-middelen (een bedrag van 5 x € 200 mln. is beschikbaar in de periode 2022-2026). Deze middelen zullen onder meer worden ingezet voor (regionale) ondersteuning van zorgaanbieders, stimulering realisatie geclusterde woningen, versterken sociaal domein en domeinoverstijgende initiatieven.

In 2023 zullen de huidige aantal pilots Domeinoverstijgende initiatieven worden gecontinueerd. Daarnaast wordt met de NZa gewerkt aan domeinoverstijgende betaaltitels

Er worden tot en met 2030 170.000 nultredenwoningen en 80.000 geclusterde woningen gebouwd. Daarnaast zullen voor mensen met een zwaardere zorgvraag tot 2031 50.000 geclusterde vormen op basis van Wlz zorg thuis worden gebouwd (verpleegzorgplekken). Hierbij wordt rekening gehouden met extra verpleegzorgplekken die de komende jaren al zijn voorzien in verpleeghuizen.

Per 2025 zijn er in de Zvw en Wlz daar waar mogelijk en wenselijk prikkels en meer ruimte voor digitale zorg.

Per 2025 is er in de Zvw en Wlz een stimulans voor inzet digitale/hybride zorg gericht op domeinoverstijgende zorg

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten maken per 2025 in alle contracten inhoudelijke afspraken over meer inzet van digitale/hybride zorg waar wenselijk en mogelijk.

In alle opleidingen voor mensen die werken in de zorg vormen veranderkundige en digitale vaardigheden per 2025 een integraal onderdeel van het onderwijs.

Werkgevers zorgen ervoor dat veranderkundige en digitale vaardigheden per 2025 een integraal onderdeel van een leven lang ontwikkelen van zorgmedewerkers zijn.

### Het Programma Wonen en Zorg voor Ouderen

Om ervoor te zorgen dat de ouderen van morgen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en meedoen aan de samenleving, is het van belang dat er voldoende geschikte woningen zijn en dat de leefomgeving passend is voor oudere bewoners. Het programma Wonen en zorg is onderdeel van Nationale Woon- en Bouwagenda van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. Het is ook ondergebracht in het programma WOZO (Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen, actielijn 4) van de minister voor Langdurige Zorg en Sport.

#### Doelstellingen

##### 290.000 woningen voor ouderen bouwen

Ervoor zorgen dat ouderen in een voor hen geschikte woning kunnen wonen. Door een toename van het aantal verhuisbewegingen van ouderen realiseren we tevens doorstroming in de algehele woningvoorraad;

Ervoor zorgen dat naast de woning ook de leefomgeving passend is voor ouderen.

##### Actielijn 1: Versnelling Woningbouw

Van de 290.000 woningen zijn 170.000 nultredenwoningen, 60.000 woningen door corporaties waarvan 40.000 woningen in een geclusterde woonvorm in het sociale segment en 20.000 verpleegzorgplekken. Zowel nieuw als bestaande bouw wordt hiervoor benut.

Er zijn een drietal financiële stimulans: Stimuleringsregeling Ontmoetingsruimten in ouderenhuisvesting, Stimuleringsregeling Wonen en Zorg en Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen

Lijst aan doelstellingen:

- Voorkomen vertraging, benutten van versnellingsmogelijkheden
- Vergroten capaciteit en expertise om versnelling te realiseren
- Belemmeringen worden gemitigeerd
- Woningbouwimpuls (1,25 miljard)
- Versnellen woningbouwlocaties met extra ondersteuning en bereikbaarheid
- Volkshuisvestingsfonds (600 miljoen)
- Handreiking geclusterd wonen

- Praktijkonderzoek 'versnellen woningbouw en totstandkoming geclusterd wonen'
- Leer- en inspiratiesessies voor projectontwikkelaars en gemeenten

#### Actielijn 2: Ouderen informeren, ontzorgen en doorstroming verbeteren

Deze actielijn zet in op het informeren en ontzorgen van ouderen, zodat zij vroegtijdig nadenken over hun toekomstige woonwensen en het aantrekkelijk voor hen wordt om te verhuizen. Het verhuizen naar een toekomstbestendige woning door ouderen bevordert hiernaast de algehele doorstroming in de verhuisketen.

- Er komt een informatiecampagne over toekomstbestendig wonen.
- Er komt een toolkit met algemene tools en beleidsinstrumenten. Dit is voor lokaal en regionaal niveau om woonprogramma's op te stellen
- Er komt een financieel actieplan over hoe ouderen kunnen helpen met financiële situatie
- Gedragsonderzoek onder ouderen om te ontdekken wat weerstand is tegen verhuizen
- 

#### Actielijn 3: Een leefomgeving die uitnodigt tot ontmoeten

Het realiseren van voldoende voorzieningen voor ouderen in de wijk, die uitnodigen tot bewegen en ontmoeten, zodat ouderen langer fit, gelukkig en zelfstandig kunnen blijven wonen.

- We vragen gemeenten om de leefomgeving mee te nemen in de woonzorgvisie
- Er komt een bundeling aan uitkeringen op het gebied van gezondheids-, sport- en cultuurbevordering
- We bieden handelingsperspectief voor gemeenten met het ondersteuningsteam wonen en zorg
- Rijksbouwmeester en de RVS onderzoeken hoe de omgeving wordt aangepast zodat het meer uitnodigt tot ontmoeten
- In het programma Mooi Nederland werken we aan oplossingen die steden leefbaar en krachtig houden

#### Monitoring

- Monitor ouderenhuisvesting
- WoON-onderzoek Nederland 2021 en Woonbase

### **Het Integraal Zorgakkoord**

In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu.

#### **Doestellingen**

Zorg is voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar. En dit in een wereld van arbeidsmarktkrapte, complexiteit, kwaliteit en een benodigde bezuiniging

#### Passende zorg

- Waarde gedreven – samen met de patiënt, pakket en kwaliteit. De toets op het basispakket wordt verbeterd en verbreed in lijn met het kader passende zorg. VWS maakt kort na de zomer, maar uiterlijk 1 januari 2023, duidelijk welke stappen moeten worden gezet om passende zorg in het pakketbeheer de norm te laten zijn.

#### Regionale samenwerking – algemeen

- Zorgpartijen zetten in op het organiseren van passende en integrale zorg in het regionale verzorgingsgebied
- Zorgpartijen spreken af om in de regio de samenwerking te bevorderen. Het regiobeeld is hiervoor nodig



- Preventie krijgt een plek in de regionale infrastructuur. Zo krijgt preventie en het sociaal domein een plek in de regiobeelden.
- Er komt een model voor regionale zorgpartijen waar op teruggevallen kan worden als voortang uitblijft.
- 14 oktober komt een procesvoorstel vanuit de overheid voor regiobeelden.
- Eind Q4 2022 worden de criteria bestuurlijk vast gesteld.
- Eind Q2 2023 heeft elke regio het regiobeeld indien nodig herijkt.
- Het opstellen/herijken van regiobeelden en regioplannen gebeurt gezamenlijk door een afvaardiging van relevante zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten.

#### Regionale samenwerking – acute zorg

- Basis is het voorkomen van acute zorg. Denk aan voorlichting, preventie, vroegsignalering, advance care planning, het borgen en versterken van goede samenwerking tussen eerstelijnszorg inclusief wijkverpleging, ouderenzorg, GGZ, jeugdzorg en sociaal domein.

#### Regionale samenwerking – concentratie en spreiding

- Partijen zetten zich in om de netwerkzorg te optimaliseren, waarbij aandacht is voor variatie tussen regio's op gebied van populatie-, gezondheidsproblematiek en indicaties.

#### Versterking organisatie eerstelijnszorg

- Voor het einde van 2022 werken Patiëntenfederatie, LHV, InEen, ZN, Actiz, V&VN, ZorgthuisNL samen met KNMP, KNGF, PPN, Verenso, NVAVG en de VNG de bovenstaande ambities verder uit tot een visie op de eerstelijnszorg van 2030. Daarbij worden de FMS, NVZ en VGN actief betrokken. Ook VWS, de NZa, het Zorginstituut en de IGJ zullen worden betrokken.

#### Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

- In 2023 en 2024 wordt vanuit de huidige ervaringen en verder bouwend toegewerkt naar een zo uniform mogelijke en na behoefte regionaal ingevulde passende werkwijze (en organisatie), gericht op samenwerking tussen huisartsenzorg, ggz zorg en sociaal domein bij triage en samenwerking tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten.
- Nieuwe vormen van bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking vragen om (IZA-brede) bestuurlijke besluitvorming. VWS ondersteunt de ambitie om domeinoverstijgende samenwerking te intensiveren."

#### Gezond leven en preventie

- Zorgverzekeraars en gemeenten maken aan de hand van een regiobeeld en -plan (met regionale gezondheidsdoelen) zo snel mogelijk, maar uiterlijk 1 januari 2025 niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken over gezondheidsbevordering van de populatie als geheel en specifiek voor risicogroepen
  - Over de (wettelijke) taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van de (regionale) preventie infrastructuur, worden uiterlijk 15 december 2022 in een addendum bij zowel het IZA als het GALA nadere bestuurlijke afspraken gemaakt. Daarnaast richten zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 in ieder geval de volgende ketenaanpakken in:
    - o Kansrijke start
    - o Valpreventie bij ouderen
    - o Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen
    - o De gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen
    - o Welzijn op recept.
- Hierover worden uiterlijk 15 december 2022 in een addendum bij zowel het IZA als het GALA nadere bestuurlijke afspraken gemaakt
- Zo snel als mogelijk, maar uiterlijk 1 januari 2025 richten de partijen een regionale netwerkstructuur in waarin professionals uit de gemeentelijke domeinen en zorgprofessionals in de eerste, tweede en derde lijn samenwerken.

- Partijen die werkzaam zijn in het Zvw-domein streven ernaar dat uiterlijk 1 januari 2025 de inzet op gezonde leefstijl integraal onderdeel uitmaakt van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte
- Elke partij beschrijft uiterlijk 1 juli 2023 welke inzet en veranderopgave voor hem/haar specifiek nodig is om de gewenste beweging naar inzet op gezondheid
- VWS stelt per 1 januari 2023 meerjarig middelen beschikbaar voor de uitvoering van een nader te vormen brede leefstijlcoalitie, met als doel om nationaal en regionaal regie te voeren op de inzet op gezondheid binnen en vanuit het Zvw-domein. Indien de huidige bekostiging van de NZa leidt tot knelpunten om te komen tot meer passende afspraken, past zij de huidige bekostigingsmogelijkheden waar kan en nodig aan

#### Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

- In 2025 is de tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden in alle sectoren met 5%-punt (bij een 40-urige werkweek is dat 2 uur minder per week) gedaald ten opzichte van 2020.
- Tot en met 2025 wordt via een menukaart de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties, bijvoorbeeld zoals gedefinieerd door het nog op te richten landelijk Kenniscentrum, en zolang dit nog niet actief is, wordt het ZN Kenniscentrum Digitale zorg/vliegwielcoalitie, gestimuleerd.
- Beroepsprofielen, opleidingsprofielen en functieprofielen worden voor 1 januari 2025 toekomstbestendig gemaakt en gemeenschappelijk uitgelijnd, zodat competenties aansluiten bij de zorgvraagontwikkeling en anders werken

#### Digitalisering en gegevensuitwisseling

- Om continuïteit van zorg aan de patiënt te kunnen borgen of te kunnen starten zijn in 2025 alle kerngegevens uiterlijk binnen 24 uur na registratie beschikbaar voor elke zorgverlener met een behandelrelatie, ongeacht het tijdstip en de plek waarop de patiënt geholpen moet worden.
- In 2025 beschikken alle inwoners die dat willen over een gebruiksvriendelijke en goed gevulde persoonlijke gezondheidsomgeving
- In 2026 leidt de inzet van hybride zorg tot aantoonbaar anders werken en het verlagen van de werkdruk van de zorgverleners met toegankelijkheids- en kwaliteitsbehoud.
- Sectoren onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van deze geschikte zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden, streven we naar een inclusie van c.q. het gebruik door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie waarvoor de hybride zorg- paden geschikt zijn.
- Hybride zorg: Per 2025 zijn er in de Zvw (en Wlz) daar waar mogelijk en wenselijk passende prikkels en meer ruimte voor inzet en gebruik van hybride zorg inclusief een stimulans voor samenwerking en coördinatie van domeinoverstijgende hybride zorg.
- Per 2025 vormen veranderkundige en digitale vaardigheden een integraal onderdeel van het onderwijs voor zorg en welzijn en zorgen werkgevers ervoor dat deze een integraal onderdeel van een leven lang ontwikkelen van medewerkers zijn.

#### Contractering

- Zorgverzekeraars bevestigen dat er geïnvesteerd moet worden in de wijkverpleging, ook om de doelstellingen van het IZA haalbaar te maken. Daarmee willen we ook het werken in de wijkverpleging aantrekkelijker maken
- Contractering moet bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. De IZA-partijen zetten in op passende zorg, op toegankelijkheid, goede kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Dat betekent dat goede praktijken en uitkomsten voor de patiënt een centrale rol hebben en dat in de contractering hierop wordt gestuurd.

#### Monitoring

- In 2025 worden 20% minder ouderen met een kwetsbare gezondheid onnodig opgenomen op de SEH. Om opnames SEH te verminderen is een brede aanpak nodig, met preventie,



---

vroeg signalering, proactieve zorgplanning (Advance Care Planning), en mogelijk ander zorgaanbod.

- Uiterlijk in 2025 is er voor elke persoon met dementie een diagnose en behandeling op maat beschikbaar.
  - In 2025 zijn ouderen boven de 75 zich bewust van hun ideeën over kwaliteit van leven en toekomstige wensen met betrekking tot behandelen en sterven, door proactieve zorgplanning (Advance Care Planning).
-

## Bijlage 2 – zichtbare (media-)momenten en partijen die we gesproken hebben

Datum	Actie	Medium/media
Doorlopend	Inzet van social en schrijven van blogs	Social
21-sep-22	Kick-off Floriade	<a href="#">AN.nl/nieuws</a>
21-sep-22	Blog "uit de startblokken"	<a href="#">Blog</a> + <a href="#">Twitter</a>
28-sept-22	Op bezoek bij Odensehuis Andante in Utrecht	n.v.t.
5-okt-22	Stand van zaken wetenschappelijk onderzoek dementie	n.v.t.
10-okt-22	Interview tussen Gerjoke en Tamara in het Alz magazine	Alz Magazine
12-okt-22	OP1 met Joop en Reino	Tv-programma <a href="#">OP1</a>
17-okt-22	Op bezoek bij Bakkershuis in Montfoort	<a href="#">Artikel</a> in Het Contact
20-okt-22	Bestaan dementierapporteur bij Alzheimer Europe	Alzheimer Europe <a href="#">nieuwsbrief</a>
3-nov-22	Spreken op belangenbehartigers congres	Belangenbehartigerscongres
10-nov-22	Blog "een diepe buiging voor mantelzorgers"	<a href="#">Blog</a>
14-nov-22	Online overleg casemanagers dementie	n.v.t.
14-nov-22	Kennismaken met het Centrum voor Consultatie en Expertise	n.v.t.
21-nov-22	Kennismaken Hans Alderliesten van Movisie	n.v.t.
28-nov-22	Werkbezoek verpleeghuis Tiendhoven	n.v.t.
1-dec-22	Drie thema's gekozen	<a href="#">AN.nl/nieuws</a> Blog
5-dec-22	Op bezoek bij Alzheimer Centrum Rotterdam	n.v.t.
22-dec-22	Kerst vieren Onvergetelijke Kookclub Zeist	n.v.t.
23-dec-22	Blog "kerst"	<a href="#">Blog</a>
9-jan-23	Interview voor Inspiratiewijzer Dementie	<a href="#">Inspiratiewijzer</a> van ZonMW
10-jan-23	Interview op NPO radio 1	<a href="#">radio NPO1</a>
16-jan-23	Op bezoek bij Teun Toebes, verpleeghuis Groenelaan	n.v.t.
24-jan-23	Overleg Landelijk Platform Odensehuizen	n.v.t.
1-feb-23	Bezoek aan dementieplatform Nijmegen/Zuid-Gelderland	n.v.t.
1-feb-23	Artikel in de Seniorenwijzer	<a href="#">Seniorenwijzer</a>
6-feb-23	Bezoek gemeente Molenlanden	<a href="#">LinkedIn bericht</a> beleidsmedewerker
23-feb-23	Blog "Aan de slag"	<a href="#">Blog</a>
8-mrt-23	Bespreken nieuw woonconcept Zorgorganisatie IJsselheim	n.v.t.
8-mrt-23	Kennismaking Sociale Benadering Dementie, Anne-Mei The	n.v.t.
15-mrt-23	Kennismaken Dorien vonk, Dementienetwerk Breda	n.v.t.
27-mrt-23	Verdiepingsgesprek Dementie Netwerk Nederland (DNN)	n.v.t.
27-mrt-23	Verdiepingsgesprek Taskforce Wonen en Zorg	n.v.t.
30-mrt-23	Gesprek Zorgkantoor CZ	n.v.t.
4-apr-23	Congres voor casemanagers dementie van V&VN	congres

4-apr-23	Kennismaken met Wouter van Soest, Actiz	n.v.t.
4-apr-23	Kennismaken met Erik Gerritsen en Dory Louwerens van Ymere	n.v.t.
14-apr-23	Symposium "Doolhof Dementie, congres van Bisnez	Congres en <a href="#">artikel</a> in het AD
17-apr-23	Verdiepingsgesprek met casemanager dementie Gerben Jansen	n.v.t.
26-apr-23	Blog "Een nieuwe lente, een herkenbaar geluid"	<a href="#">Blog</a>
2-mei-23	Live gaan van dementie in beeld	
8-mei-23	Verdiepingsgesprek tasforce Wonen en Zorg	n.v.t.
9-mei-23	Werkbezoeken Amersfoort, Dagactiviteiten en verpleeghuis	n.v.t.
10-mei-23	Stuurgroep businesscase casemanagers dementie 1	n.v.t.
24-mei-23	Overleg woonzorgvisies gemeente Pijnacker Nootdorp	n.v.t.
6-jun-23	Leerbijeenkomst dementienetwerken en casemanagers	<a href="#">Terugblik</a>
12-jun-23	Werkbezoek dementienetwerk Drenthe	<a href="#">Nieuwsbericht op website</a>
15-jun-23	Stuurgroep businesscase casemanagers dementie 2	n.v.t.
15-jun-23	Opening netwerkbijeenkomst Dementienetwerk Noord Holland Noord	n.v.t.
21-jun-23	Klankbordgroep Businesscase casemanagers dementie	n.v.t.
28-jun-23	Gesprek Raad van Toezicht Alzheimer Nederland	n.v.t.
11-jul-23	Gesprek zorginkopers VGZ	n.v.t.
14-aug-23	Gesprek Aedes	n.v.t.
17-aug-23	Gesprek VNG	n.v.t.
sep-23	Interview over de opbrengsten van jaar dementierapporteur	Alz Magazine
5-sep-23	Slotbijeenkomst van dementierapporteur	n.v.t.
13-sep-23	Gesprek Conny Helder	n.v.t.
18-sep-23	Samen aan tafel Limburg	n.v.t.
18-sep-23	Nieuwsbericht over resultaten dementierapporteur	n.v.t.
21-sep-23	Podcast HersenHelden met Gerjoke Wilmink	n.v.t.
21-sep-23	Radio interview	Spraakmakers
16-okt-23	Congres Alzheimer Europe	Congres
2-nov-23	Congres Landelijk Platform Odensehuizen	Congres
15-nov-23	Belangenbehartigers congres	
5-okt-23	Ronde tafel gesprek, dementiezorg.	Stakeholders
9-nov-23	Adviesraad Nationale dementiestrategie	