Ketenaanpak dementie

Startdocument ontwikkelagenda

Inhoudsopgave

Doel van dit startdocument 3

1 Stappenplan 6
2 Doelgroepafbakening 8
3 Interventies 9
4 Samenwerkingsafspraken: wie doet wat in de keten? 15
5 Organisatie en samenwerking: wat moet waar in de regio worden vastgesteld? 19
6 Financiën: wie financiert wat en hoe? 22
7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring 23
8 Kennisdeling 24
9 Regionale en lokale uitwerking 25
10 Lokale/regionale aansluiting op zorg- en sociaal domein 26

Begrippenlijst 27

Bijlage 1 De expertgroep dementie 28
Bijlage 2 Onderdelen relevant voor doorontwikkeling van de aanpak dementie 29
Bijlage 3 Gereedschapskist met interventies aanpak dementie 30
Bijlage 4 Verbinding gezonde en sociale basisinfrastructuur 38
Bijlage 5 Verbinding met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken op de ontwikkelagenda 39

Meer informatie
Meer startdocumenten voor de ontwikkelagenda en informatie over de onderdelen D5 en D6 van het AZWA vind je op zorgakkoorden.nl/azwa.

Doel van dit startdocument

Aanleiding

Dementie is een groeiende maatschappelijke opgave die vraagt om samenhangende zorg, ondersteuning en preventie over meerdere domeinen heen. In de praktijk ervaren mensen met dementie en hun naasten nog te vaak versnippering, onduidelijkheid over rollen en een gebrek aan samenhang tussen zorg, welzijn en ondersteuning. Omdat mensen steeds langer thuis wonen, ook met dementie, is goede ondersteuning vanuit sociaal domein die aansluit op de zorg van toenemend belang. Vandaar dat binnen het Aanvullende Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken zijn gemaakt om de regionale samenwerking beter vorm te geven over de domeinen heen.

Van ontwikkelagenda naar basisfunctionaliteit

In het AZWA zijn afspraken gemaakt over zogeheten basisfunctionaliteiten: minimaal noodzakelijke vormen van samenwerking op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid, gericht op tijdige signalering, passende ondersteuning en het voorkomen of uitstellen van intensievere zorg. Dementie is een aanpak binnen de ontwikkelagenda die gericht is op doorontwikkeling tot een basisfunctionaliteit. Net als andere aanpakken doorloopt dementie een ontwikkelproces, waarvan dit startdocument de eerste stap vormt. Het startdocument gaat dan ook uit van een lerende aanpak. Waarin wordt gewerkt langs twee sporen: (1) het verder ontwikkelen van aanpakken tot opschaalbare keten- of netwerkaanpak, en (2) het onderbouwen van de maatschappelijke en financiële meerwaarde van deze aanpak.

Hoe dit startdocument te gebruiken

Het startdocument is bedoeld als hulpmiddel voor gemeenten en andere regionale partners om de ondersteuning en zorg voor mensen met dementie zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten. Het is dus niet primair bedoeld voor mensen met dementie en hun naasten. Deze zijn wel doelgroep van de aanpak zelf. Dit startdocument is vooral bedoeld om richting te geven bij de implementatie van de ketenaanpak dementie en is geen dwingende set van normen. Bouw daarom vooral voort op wat in de eigen praktijk goed werkt, bijvoorbeeld in de regionale dementienetwerken, en lokaal in mantelzorgsteunpunten, het dementiecafé, wijksamenwerkingsverbanden of een ouderensteunpunt. Het is aan de regio's zelf om het startdocument verder te verfijnen en geschikt te maken voor hun lokale context.

Hoe verhoudt de ketenaanpak zich tot de regio en de werkagenda?

In het AZWA is afgesproken dat de financiële middelen voor het sociaal domein en gezondheid aan gemeenten worden versterkt. Deze afspraken zijn gekoppeld aan de regionale werkagenda voor implementatie van de basisfunctionaliteiten. Het initiatief en de coördinatie hiervan ligt bij de mandaatgemeente en de zorgverzekeraar die marktleider is, het opstellen gebeurt in afstemming met aanbieders van zorg- en ondersteuning. Het is daarom belangrijk dat een Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV), juist ook bij de oprichting betrokken is bij deze regionale werkagenda, ook om te borgen dat het perspectief van alle eerstelijnsdisciplines voldoende wordt betrokken. De werkagenda en de RESV-agenda zullen onderlinge samenhang moeten hebben en geen tegengestelde werkwijzen.

In een werkagenda behorend bij het IZA-Regioplan werken partijen uit het sociaal domein en de zorg uit welke (gezondheids)doelen bereikt moeten worden, hoe de basisfunctionaliteiten hiervoor ingezet worden en hoe de onderlinge samenwerking in hun regio concreet georganiseerd is. Hierbij wordt rekening gehouden met de regionale context, activiteiten die al in de regio zijn gerealiseerd én met afspraken die worden/zijn gemaakt binnen samenwerkingsverbanden en organisaties, zoals een RESV, een regionaal dementienetwerk, een mentaal gezondheidsnetwerk (MGN) of afspraken met GGD'en en in de keten van de jeugdgezondheidszorg.

Inhoudelijke uitgangspunten van de aanpak dementie

Bij het opstellen van dit startdocument is gebruik gemaakt van De Zorgstandaard Dementie 2026[1]. In de Zorgstandaard worden alle fasen van dementie beschreven, van niet-pluisfase tot de stervensfase. Daarbij is naast zorg ook het sociaal domein onderdeel van deze standaard. Naast de Zorgstandaard biedt ook de handreiking kwetsbare ouderen hiervoor een belangrijke basis[2].

Van belang is dat er anders wordt gekeken naar mensen met dementie en hun naasten. Meer kijkend naar wat van betekenis is van mensen zelf en wat nog mogelijk is. Enkele voorbeelden van deze manier van kijken zijn de sociale benadering dementie, positieve gezondheid, reablement en de schijf van vijf.

Zorg en welzijn verbinden zonder te verschuiven

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat zorg verschuift naar sociaal domein of andersom. Het doel is juist om beide domeinen beter op elkaar te laten aansluiten en samen te laten werken. Ook rond dementie worden binnen de zorg regelmatig vragen over zingeving besproken, terwijl de zorg daar niet altijd een passend antwoord op heeft. Binnen het sociaal domein passen deze hulpvragen beter binnen het RESV.

Dit startdocumenten vormt het vertrekpunt voor de ketenaanpak dementie, en beschrijft:

- Een stappenplan om te komen tot een aanpak voor dementie
- De kernelementen (bouwstenen) van een aanpak
- Wat dit vraagt van organisatie en samenwerking in het zorg- en sociaal domein (waaronder het publieke domein)[3].
- Rollen en verantwoordelijkheden
- Hoe een aanpak opgezet en doorontwikkeld kan worden

Dit startdocument is opgesteld in samenwerking met de expertgroep dementie, zie bijlage 1.

Wat is het doel van deze aanpak op de ontwikkelagenda?

Het doel van de ketenaanpak dementie is het realiseren van een samenhangend, toegankelijk en regionaal ingebed netwerk van preventie, ondersteuning en zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) dementie en hun naasten, door:

- Selectieve risicoreductie
- Tijdige opsporing en signalering van problemen en ondersteuningsbehoeften;
- Passende ondersteuning en zorg op het juiste moment (handelen);
- Het versterken van eigen regie, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie (handelen);
- Het voorkomen, uitstellen of beperken van intensievere zorg en crisissituaties.

De aanpak omvat ook de coördinatie op de bovenstaande onderdelen. Per in ontwikkeling zijnde basisfunctionaliteit zijn diverse interventies of activiteiten mogelijk – passend bij de context in de regio en die aansluiten bij wat er al aanwezig is in de regio.

Het doel van basisfunctionaliteiten is tweeledig:

1. Gezondheidsgelijkheid: vergroten van gelijke kansen op gezond leven en daartoe het verkleinen van gezondheidsverschillen.
2. Voorkomen van ziekte, (intensievere) zorg en ondersteuning: het beperken van de toestroom naar zorg en ondersteuning door het versterken van de samenwerking tussen het zorg-, sociaal en publiek gezondheidsdomein, met netto minder inzet (hetzij financieel, hetzij arbeidskracht in zorg, sociaal domein en publieke gezondheidsdomein).

1 De Zorgstandaard Dementie 2026 is gepubliceerd op 10 juni op Ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten (zorgstandaarddementie.nl)

2 www.lhv.nl/product/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis/

3 Inzet vanuit zorg en sociaal domein moet beiden noodzakelijk zijn voor het slagen van de aanpak, er is sprake van afhankelijkheid van elkaar.

De ambitie van de aanpak dementie is, zoals afgesproken in het AZWA: in 2030 een landelijk en daarmee ook regionaal dekkend aanbod voor preventie, zorg en ondersteuning van dementie. Het is belangrijk om de aanpak dementie niet op zichzelf te benaderen maar in samenhang te zien met andere basisfunctionaliteiten en bestaande voorzieningen. Zo valt de te ontwikkelen basisfunctionaliteit dementie onder het leefgebied vitaal ouder worden. Samenhang met de basisfunctionaliteit valpreventie en andere aanpakken onder het themagebied *vitaal ouder* worden is dan ook noodzakelijk. Daarnaast is van belang dat de aanpak dementie goed aansluit op en bijdraagt aan het bestaande aanbod op het gebied van dementie. Zo ontstaat een samenhangend geheel waarin verschillende onderdelen elkaar aanvullen en bestaande waardevolle initiatieven verder ontwikkeld worden.

Tenslotte laat internationaal onderzoek zien dat het inzetten op een gezonde leefstijl en leefomgeving van invloed is op het uitstellen of zelfs voorkomen van dementie[4], waarbij de leidraad van handelen is dat *wat goed is voor je hart, ook goed is voor het brein* (zie hoofdstuk 4.2.1 voor meer toelichting hierop).

Mede daarom is er een basisinfrastructuur nodig in de wijk voor verschillende leefgebieden. Deze basis-infrastructuur is een onderdeel van de brede sociale basis binnen gemeenten. De gezonde en sociale basisinfrastructuur vormt het fundament voor de domeinoverstijgende samenwerking in de basis-functionaliteiten en aanpakken op de ontwikkelagenda.

In juli 2026 is de handreiking Inloopvoorzieningen sociaal en gezond gepubliceerd. Dit is een uitwerking van één van de afspraken in D6 in het AZWA dat inzet op een gezonde en sociale basisinfrastructuur, zie ook bijlage 4. Ook hier is het van belang dat de inloopvoorzieningen aansluiten op de ketenaanpak dementie en inclusief zijn voor mensen met dementie.

De aanpak staat de komende drie jaar op de ontwikkelagenda. In deze periode wordt de aanpak verder uitgebreid en in de praktijk doorontwikkeld. Tegelijkertijd wordt bewijs verzameld om vast te stellen of inzet in het sociaal domein ook leidt tot de gewenste besparing in het medisch domein. Dit is nodig om van de aanpakken op de ontwikkelagenda basisfunctionaliteiten te kunnen maken en zo de inzet van het sociaal domein structureel te kunnen financieren vanaf 2030. Waar mogelijk dragen regio's bij aan onderzoek en dataverzameling voor de onderbouwing van de aanpak.

Leeswijzer
We starten dit startdocument met een concreet stappenplan dat kan helpen bij het maken van een concrete werkagenda. In dat stappenplan verwijzen we naar relevante hoofdstukken verderop in het document, zodat de informatie op het juiste moment kan worden meegenomen.

4 Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission - PubMed (2024).

1 Stappenplan[5]

Het stappenplan is bedoeld als handzaam hulpmiddel voor gemeenten en de preferente zorgverzekeraar om aan de hand van concrete stappen te bepalen wat er moet gebeuren.

Belangrijke notie vooraf: Bouw de aanpak voort op dat wat in de praktijk al loopt en wat vanuit de professionals en inwoners als belangrijk en meest urgent wordt gezien. Pak door op waar energie zit, zeker in de opstartfase.

Onderstaande fasering geeft een leidraad waaraan gedacht kan worden.

Fase 1: voorbereiding en start

- Initiatief en regie: de mandaatgemeente en de preferente zorgverzekeraar nemen het voortouw als regionale transformatiebegeleiders en leggen de eerste regionale samenwerkingsafspraken vast (zie hoofdstuk 6 van dit document voor een toelichting op de verantwoordelijkheidsverdeling). De gemeente zet hierin de eerste stap door contact te leggen met de verzekeraar en het dementienetwerk (zie onderstaand punt). Van belang is ook dat gemeenten samen optrekken als het gaat om het organiseren binnen een regio, om te hoge administratieve last te voorkomen. Voor meer informatie hierover zie: ketenbureau I-Sociaal Domein.
- Neem als gemeente contact op met de coördinator van jouw regionale dementienetwerk. Zij beschikken over een overzicht van de bestaande ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en hun naasten en hebben al bestaande samenwerkingen op het terrein van dementie. Heb je nog geen contact met het dementienetwerk? Op deze pagina vind je een overzicht van de bestaande netwerken: Regionale netwerken – Dementie Netwerk Nederland.
- Doelgroep en behoefte bepalen: definieer als gemeente en verzekeraar samen met de regionale samenwerkingspartijen de specifieke lokale focus (binnen de generieke doelgroep, zie hoofdstuk 3) en breng kwetsbare groepen in kaart, zoals jonge mensen met dementie of ouderen met een migratie-achtergrond. Haal hierbij de specifieke behoeften op van de patiënten én hun mantelzorgers, op basis van bovengenoemde instrumenten. Vaak hebben dementienetwerken hier al een goed beeld van (cijfers zijn ook te vinden op www.dementieinkaart.nl). Het is van belang dat daarbij ook oog is voor capaciteits-management (het inzichtelijk maken van beschikbare capaciteit aan voorzieningen voor mensen met dementie in de regio). Mocht een deel van de doelgroep ook WLZ thuis ontvangen, dan dient ook het zorgkantoor betrokken te worden.
- De mandaatgemeente stelt concrete afspraken in de werkagenda op: maak de afspraken in de werk-agenda zo concreet mogelijk, zodat bestuurlijk draagvlak geborgd is. Deze worden met input van alle partijen rond dementie, zoals het regionaal dementienetwerk opgesteld en door de regionale AZWA-tafel vastgesteld. Het is van belang dat de werkagenda, het IZA-regioplan en de agenda van het RESV goed op elkaar aansluiten en dat partijen afspraken hierover maken.
- Aanstellen kartrekker/kwartiermakers: stel een regionale kwartiermaker/kartrekker aan. Ook op lokaal niveau is het fijn als er een trekker wordt aangesteld per gemeente die het geheel overziet. Het is handig als dat iemand is die ook voor andere basisfunctionaliteiten aan de lat staat, zeker in het leefgebied vitaal ouder worden, om integraliteit in de aanpak te borgen. Als er geen logische kwartiermaker is dan blijft de mandaatgemeente aanspreekpunt. Voor een overzicht welke interventies zijn geïdentificeerd voor dementie, zie hoofdstuk 4).
- Opstellen van het implementatieplan: formeer een implementatiewerkgroep om afspraken te maken over uitvoeringsvraagstukken zoals taakverdelingen, privacy/AVG, monitoring en communicatie. Belangrijk om de afspraken niet alleen bestuurlijk vast te leggen, maar ook te koppelen aan een concrete planning met actiehouders en periodiek te evalueren (Plan, Do Check, Act). Zie hoofdstuk 5 voor een overzicht van belangrijke stakeholders binnen het dementieveld. Van belang is dat deze ook goed aansluit op de eerdergenoemde regionale plannen.
- Financiën en governance: Gemeenten en zorgverzekeraars maken duidelijke financiële afspraken waaruit duidelijk wordt wat gefinancierd wordt vanuit Zvw, Wmo of AZWA-middelen (zie hoofdstuk 7 voor verduidelijking over financiering).

5 Deze worden in de praktijk nader geconcretiseerd.

Fase 2: inrichting van het werkproces (uitvoering)

- Ingroeimodel en verbreding: gebruik een ingroeimodel: start klein op de plekken met de meeste energie en urgentie, en schaal succesvolle onderdelen stapsgewijs op naar andere wijken of doelgroepen. Bouw voort op wat er al is. Dementienetwerken kunnen daarin goed adviseren en meedenken.
- Vroegsignalering en probleemanalyse: maak werkprocessen voor vroegsignalering en zorg voor een integrale probleemanalyse bij diagnostiek. Van belang om hier de eerstelijnszorg en ondersteuning en de GGD goed bij te betrekken. In paragraaf 4.2.1 geven we hier nadere aanknopingspunten waaraan kan worden gedacht.
- Beleggen van de coördinerende rol: werk duidelijk uit wat vanuit de rol van de casemanager nodig is aan aanbod in het sociaal domein. Gezien de soms beperkte beschikbaarheid van casemanagement is het goed om in de regio af te spreken in welke fase de casemanager de meeste meerwaarde heeft en moet worden ingezet (zie paragraaf 4.2.2 voor een nadere uitwerking).
- Lokaal aanbod: leg verbinding naar lokaal aanbod (paragraaf 4.2.3) en gebruik geleerde lessen voor passend aanbod in de sociale basis (paragraaf 4.2.5).
- Organiseer ook het aanbod voor de naasten. Zie paragraaf 4.2.4 voor meer informatie.
- Gegevensuitwisseling en dossiervorming: maak waar nodig afspraken over het delen van cliëntgegevens tussen professionals, cliënten en naasten. Hanteer de principes van dataminimalisatie, het werken met toestemmingsformulieren en ‘eenmalig registreren voor meervoudig gebruik’ aan de hand van landelijke datastandaarden (zie paragraaf 8.1 voor meer informatie over dataregistratie).

Fase 3: opschaling en optimalisatie

- Monitoring en evaluatie: meet de effectiviteit van de samenwerking via vastgestelde indicatoren (zie bij monitoring genoemde instrument), zoals ervaringsdata van patiënten/professionals, gezondheids-uitkomsten, het langer thuis wonen en een afname in de uitstroom naar zwaardere (Wlz) zorg. Dit is belangrijk omdat de structurele AZWA-middelen voor de aanpak dementie beschikbaar komen als de zorgkostenbesparing van de aanpak is aangetoond. Er wordt ook gewerkt aan een landelijke monitoring. Rond dementie is al het nodige aan monitoring beschikbaar. Voor meer informatie over beiden, zie paragraaf 8.2.
- Kennisdeling: deel kennis, werkwijzen en verwijsroutes lokaal via intervisie en scholing met de rest van de keten (zoals huisartsen en wijkteams). Verwijs daarnaast naar landelijke lerende netwerken en kennis-platforms (zoals Dementie Netwerk Nederland, het RIVM, Vilans, de zorgstandaard dementie en Movisie). Zie hoofdstuk 9 voor meer informatie over al bestaande plekken om kennis te delen. Tenslotte wordt er vanuit de VNG gewerkt aan een implementatieprogramma waarin wordt uitgewerkt hoe gemeenten zich kunnen voorbereiden op de implementatie van de ketenaanpak dementie.
- Structurele inbedding: borg de werkwijze in reguliere processen en sluit aan bij bestaande bewoners-initiatieven en bredere preventie-infrastructuur (zoals programma’s voor ‘vitaal ouder worden’) om de gezondheidsgelijkheid op de lange termijn te waarborgen.

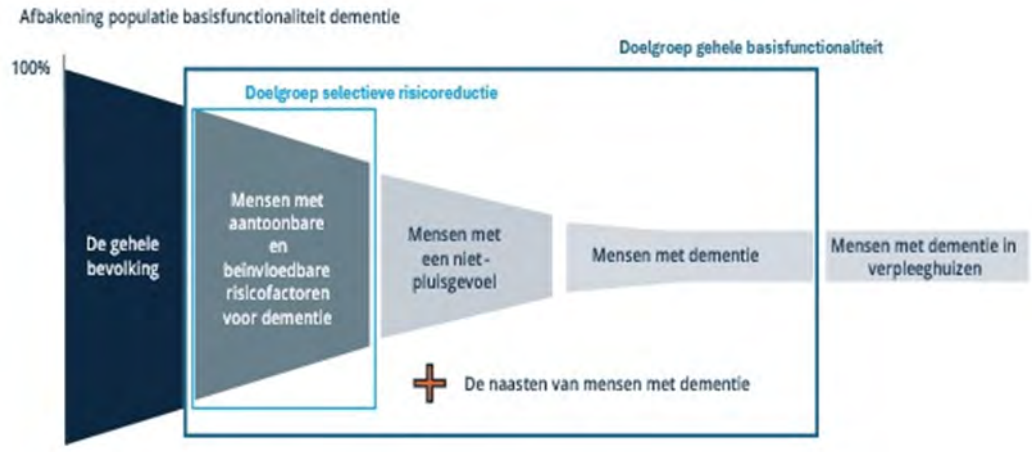
2 Doelgroepafbakening

Het startdocument is bedoeld voor gemeenten en de preferente zorgverzekeraars om samen met aanbieders van ondersteuning en zorg een passende aanpak dementie neer te zetten. Deze aanpak richt zich op:

- Mensen met een verhoogd risico op dementie;
- Mensen met een vermoeden van dementie (niet pluisfase)[6];
- Mensen met een diagnose dementie[7];
- Hun naasten en mantelzorgers[8].

De aanpak omvat ondersteuning en zorg in alle fasen van het dementietraject: verhoogd risico, nietpluis, diagnose, leven met dementie en sterven met dementie, voor zover deze ondersteuning en zorg het snijvlak van zorg en sociaal domein raken, zie ook figuur 1.

Figuur 1. Doelgroepafbakening populatie aanpak dementie



Buiten scope

De volgende onderdelen vallen buiten de aanpak dementie:

- Universele preventie en populatie brede leefstijlinterventies;
- Onderdelen die al zijn opgenomen in andere basisfunctionaliteiten of aanpakken op de ontwikkelagenda;
- Gespecialiseerde tweedelijnsvoorzieningen zonder structurele samenwerking met het sociaal domein;
- Medisch specialistische zorg zoals specialistische medische diagnostiek en behandeling binnen de medisch specialistische zorg, voor de uitzondering zie*;
- Intramurale Wlzzorg als primaire setting, voor de uitzondering zie*.

* Op de laatste twee bovengenoemde situaties zijn echter een paar uitzonderingen waardoor het wel binnen de scope valt. Binnen medische zorg valt medische generalistische zorg, waaronder de inzet van specialist ouderengeneeskunde, nadrukkelijk wél onder de doelgroep van de aanpak dementie. Daarnaast geldt ook voor mensen met dementie met een Wlz-indicatie die thuis wonen via VPT of MPT ook nadrukkelijk dat deze groep wél binnen de scope valt.

Hoewel bovengenoemde onderdelen die buiten de scope vallen formeel geen onderdeel uitmaken van de doelgroepafbakening van de aanpak, is een goede aansluiting tussen deze onderdelen en de aanpak dementie wel van belang. De domeinoverstijgende samenwerking tussen preventie, ondersteuning en zorg versterkt namelijk de effectiviteit van de aanpak dementie.

6 Deze doelgroep is breed. Ongeacht de sociaaleconomische achtergrond en of men alleen woont of nog een partner heeft.

7 Deze doelgroep is breed. Ongeacht de sociaaleconomische achtergrond en of men alleen woont of nog een partner heeft.

8 **Mantelzorgers**: zijn de mensen die onbetaald en langdurig zorgen voor iemand met dementie, dat kan bijvoorbeeld een partners zijn, kind of ander familielid.
Naasten: is een breder begrip en dit omvat de mantelzorger zelf, maar ook andere direct betrokkenen zoals kleinkinderen, buren, vrienden of vrijwilligers die deel uitmaken van het sociale netwerk en betrokken zijn bij de persoon met dementie.

3 Interventies

In deze paragraaf wordt duidelijk welk aanbod oftewel interventies op welke onderdelen binnen de scope van de aanpak dementie kunnen worden ingezet. Deze zijn gekozen omdat ze naar het oordeel van de partijen uit de expertgroep noodzakelijk zijn om de samenwerking tussen zorg en sociaal domein te laten werken en omdat hier al enig bewijs ten grondslag lag aan de zorgkostenbesparingen. De interventielijst kan de komende jaren nog verder worden aangevuld.

Stepped care
De aanpak dementie werkt volgens het principe van stepped care. Dit betekent dat signalering, eerste ondersteuning en regie in beginsel plaatsvinden binnen de sociale basis en het sociaal domein. Inzet van zorg vindt aanvullend en proportioneel plaats, afhankelijk van de complexiteit van de situatie en de ondersteuningsbehoefte.

Wat wordt verstaan onder interventies?
Interventies zijn aanpakken en activiteiten gericht op het verminderen van het risico op het ontwikkelen van dementie en op het ondersteunen van mensen met dementie en hun naasten, waardoor zwaardere zorg en ondersteuning wordt uitgesteld of voorkomen.

Onder ‘interventies’ verstaan we voorzieningen (waar vindt het plaats), interventie(programma’s) (wat wordt er aangeboden), ondersteunende diensten (hoe wordt het mogelijk gemaakt).

Belangrijk om te vermelden dat het hier gaat over aanbod dat gemeenten en zorgverzekeraars kunnen organiseren of inkopen. Aanbod dat landelijk georganiseerd moet worden is hier geen onderdeel van. Daarnaast zijn er nog inhoudelijke/organisatorische randvoorwaarden voor goede uitvoering, deze zullen worden beschreven in stap 4 van dit startdocument.

3.1 Elementen ketenaanpak dementie

Dementiezorg en -ondersteuning is georganiseerd in een netwerkaanpak, dus geen volgordelijke lijn in de keten.

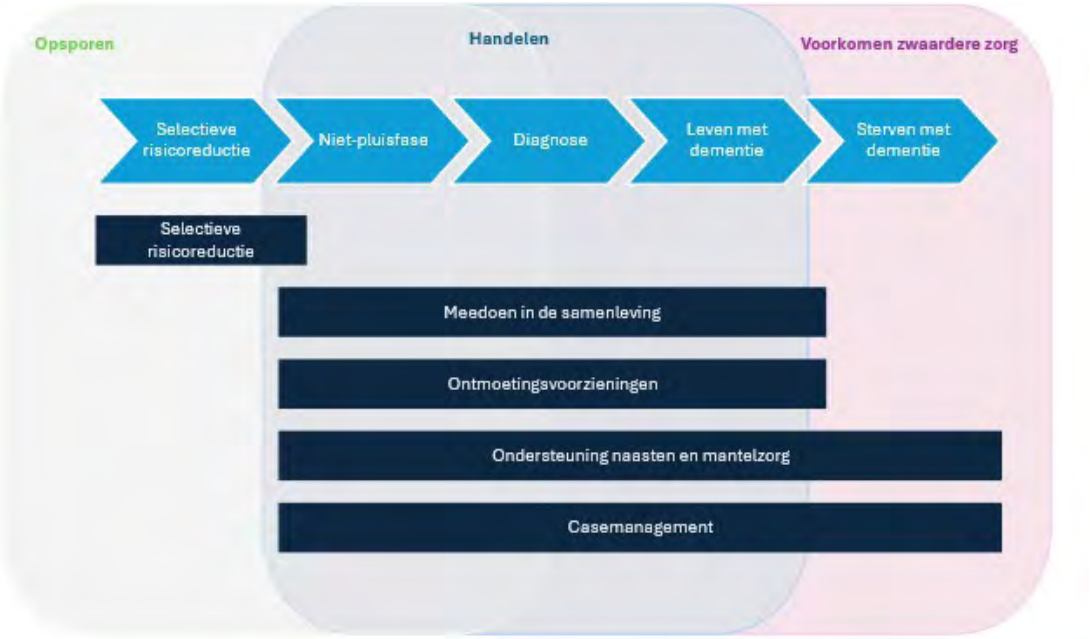
Definitie van een ketenaanpak binnen het AZWA
Met de term ketenaanpak wordt in dit startdocument een samenhangende werkwijze bedoeld waarin verschillende domeinen en partijen op elkaar aansluiten, zonder dat er sprake hoeft te zijn van volgordelijke keten met één richting. De kern is dat betrokken partijen elkaar weten te vinden, hun inzet afstemmen en elkaars expertise benutten op alle stappen of onderdelen van de aanpak dementie zoals we deze in dit document beschrijven.

De ketenaanpak dementiezorg en -ondersteuning bestaat uit vijf fases (selectieve risicoreductie, niet-pluisfase, diagnose, leven met dementie, sterven met dementie), die grotendeels overeenkomen met de Zorgstandaard Dementie. Het zwaartepunt bij het verzamelen van onderbouwend bewijs voor de zorgkostenbesparing door de ketenaanpak dementie wordt vooral in de eerdere fasen van de keten verwacht: dus selectieve risicoreductie, signaleren, niet-pluis en de eerste fasen van leven met dementie.

De aanpak bestaat vooralsnog uit vijf geprioriteerde thema’s, zie figuur 2:
1. Selectieve risicoreductie
2. Casemanagement[9]
3. Meedoen in de samenleving
4. Ontmoetingsvoorzieningen
5. Ondersteuning naasten en mantelzorg

9 In principe valt casemanagement onder verzekerde zorg en wordt daarmee al gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Binnen de aanpak dementie gaat het daarom vooral om interventies die bijdragen aan domeinoverstijgende samenwerking en samenhang hebben tussen zorg en het sociaal domein. Deze worden nu nog niet standaard gefinancierd, maar vinden hiermee wel een plek binnen de aanpak dementie.

Figuur 2. Schematische weergave aanpak dementie



Voor de eerste fase van de ontwikkeling van de aanpak dementie hebben we bewust prioriteit gegeven aan de thema's waarvoor al enig onderbouwend bewijs beschikbaar is. Ook de interventies die onder deze thema's vallen, zijn gebaseerd op onderzoek en ervaringen die hun effectiviteit en besparing in het medisch domein aannemelijk maken. In de komende drie jaar zal moeten worden aangetoond dat inzet op deze thema's ook daadwerkelijk leidt tot besparing in het medisch domein, om zo structurele financiering te kunnen borgen.

De keuze om deze fase vijf thema's te prioriteren, betekent nadrukkelijk niet dat de andere thema's geen deel kunnen worden van de aapak dementie. Door de beperkte doorlooptijd van het huidige proces is door de VWS, ZN, VNG en de expertgroep gekozen voor de focus op deze thema's. Er zijn naast bovenstaande vijf thema's nog acht thema's geinventariseerd die inhoudelijk relevant zijn voor de aanpak dementie, maar die op dit moment zijn afgevallen voor de aanpak omdat er onvoldoende onderbouwing voor beschikbaar was. Meer toelichting over deze thema's zie bijlage 2.

Zoals in de inleiding reeds aangegeven, zien we de aanpak als een dynamisch en lerend geheel dat zich de komende jaren verder ontwikkelt. Daarom worden de overige thema's en het bijborend aanbod opgenomen in de toekomstige uitbreiding richting 2030. In deze periode wordt bezien wanneer en op welke wijze deze onderdelen nader worden uitgewerkt, getoetst en beschikbaar gesteld voor implementatie door gemeenten. Daarnaast geven nieuwe ontwikkelingen in de dementie zorg- en ondersteuning mogelijk ook reden tot uitbreiding van de aanpak.

Gereedschapskist

In het AZWA is afgesproken dat de regio's gebruik kunnen maken van een gereedschapskist om invulling te geven aan de basisfunctionaliteiten in de regio. De gereedschapskist is een dynamisch overzicht van erkende interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid.
Het uitgangspunt van de inhoud van de gereedschapskist is dat deze dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten. Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen aan wat er al bestaat, namelijk de al bestaande databanken met interventies die verschillende kennisinstellingen in beheer hebben. De eerste versie van de gereedschapskist met online overzichten voor de bestaande basisfunctionaliteiten wordt eind 2026 opgeleverd. Na 2026 wordt verkend hoe de gereedschapskist doorontwikkeld en uitgebreid kan worden, ook voor aanpakken die op de ontwikkelagenda staan zoals de ketenaanpak dementie. Het is niet nodig dat regio's met implementatie van het startdocument wachten op de gereedschapskist. Je kunt direct starten.

Voor de aanpak dementie zijn op basis van bestaand onderzoek wel al een aantal concrete interventies benoemd die kunnen worden opgenomen in de gereedschapskist, zie bijlage 3. De gereedschapskist is een eerste, en afgebakende set aan interventies die op dit moment aansluit bij de vijf geprioriteerde thema's en voldoet aan de afbakening zoals beschreven onder paragraaf 2. Tenslotte kan de gereedschapskist worden gezien als een levend document wat de komende jaren zal worden doorontwikkeld.

3.2 Toelichting per thema

Hierin volgt een korte beschrijving van het thema in het licht van de aanpak, hoe het zich verhoudt tot bestaande structuren in zorg en sociaal domein (waaronder ook het gezondheidsdomein) en welke type interventies hieronder vallen en waarover samenwerkingsafspraken gemaakt kunnen worden. Bij de uitwerking van de thema's geldt als uitgangspunt dat interventies zoveel mogelijk aansluiten bij de sociale basis en het sociaal domein, en dat opschaling naar zorg plaatsvindt wanneer ondersteuning vanuit de sociale basis ontoereikend is. Van belang is bij onderstaande dat door sociaal domein en zorg zoveel mogelijk wordt aangesloten bij het informele netwerk rond mensen met dementie. Hoe de ondersteuning en zorg georganiseerd moeten worden rond een individu met dementie blijft maatwerk.

3.2.1 Selectieve risicoreductie en vroege signalering

Een eerste thema van de aanpak richt zich op het voorkomen of uitstellen van dementie en betreft interventies die bijdragen aan het herkennen en bespreekbaar maken van risico's op dementie en beginnende cognitieve problemen bij specifieke groepen. Dit thema gaat nadrukkelijk niet om universele preventie, maar om selectieve risicoreductie en vroegsignalering bij doelgroepen met een verhoogd risico, voor zover deze interventies zich bevinden op het snijvlak van zorg en sociaal domein.

Wat is selectieve risicoreductie

Met selectieve risicoreductie wordt het gericht aanpakken van beïnvloedbare factoren bij mensen zonder dementie bedoeld. Met als doel de kans op dementie verkleinen of het ontstaan ervan uit te stellen.
De nadruk ligt op factoren die aantoonbaar bijdragen aan dementie. In onderstaande tabel staan de belangrijkste risicofactoren voor dementie:

Thema	Risicofactoren dementie
Leefstijl en lichamelijke gezondheid	Roken, gebrek aan beweging, overmatig alcohol-gebruik, obesitas, diabetes, hoge bloeddruk en een te hoog cholesterol.
Mentale en sociale gezondheid	Depressie en sociale isolatie
Zintuigen en hersengezondheid	Gehoorverlies, onbehandeld gezichtsverlies en traumatisch hersenletsel.
Maatschappelijke en omgevingsfactoren	Luchtverontreiniging

Aandachtspunt hier is dat het effect van de aanpak groter is als mensen nog niet 65 plus zijn. Onderzoek adviseert op de meeste van deze factoren al vanaf middelbare leeftijd in te zetten (40 plus).

Vroegsignalering

Houdt in dat signaleren die kunnen wijzen op een verhoogd risico of beginnende problemen snel worden herkend.

Interventies binnen het thema selectieve risicoreductie en vroegsignalering dragen bij aan, bewustwording, laagdrempelige informatie en het tijdig herkennen van signalen en voorkomen van dementie bij mensen met een verhoogd risico, bijvoorbeeld via wijkgerichte voorlichting, publiekscampagnes of ondersteuning bij het bespreekbaar maken van niet pluisgevoelens. Vanuit de gedachte dat dit mensen met verhoogd risico aanzet om aandacht te besteden aan een gezonde leefstijl en hierin concrete stappen in te zetten, en mensen bij wie de eerste signalen zich voordoen aanmoedigt om tijdig hulp en ondersteuning te zoeken. Van belang is daarbij goed aandacht te hebben voor moeilijk bereikbare groepen. Deze interventies hebben geen rechtstreeks zorg verlenend karakter, maar zijn preventief van aard of ondersteunen professionals en het sociale netwerk om signalen eerder te herkennen en mensen toe te leiden naar passende ondersteuning of verdere stappen in de keten.

Hieronder geven we aan over welke onderwerpen afspraken gemaakt worden. In hoofdstuk 4 gaan we in op de rolverdeling tussen partijen in de aanpak dementie.

Signalering en bewustwording
- Welke partijen verantwoordelijk zijn voor publieksvoorlichting over dementierisico's.
- Hoe risicofactoren voor dementie structureel worden meegenomen in preventiebeleid.
- Welke professionals aandacht besteden aan risicoreductie tijdens reguliere contacten.

Toeleiding en preventieve ondersteuning
- Naar welke interventies of voorzieningen inwoners worden doorverwezen.
- Hoe warme overdracht plaatsvindt tussen medisch domein, sociaal domein en publieke gezondheid.
- Hoe aansluiting wordt gemaakt op bestaande leefstijlprogramma's en andere basisfunctionaliteiten.

Samenwerking met publieke gezondheid
- Welke rol GGD'en hebben bij regionale preventieprogramma's.
- Hoe regionale campagnes en wijkgerichte preventie-initiatieven worden georganiseerd.
- Hoe gemeenten en GGD'en gezamenlijk prioritaire doelgroepen bepalen.

Aandacht voor kwetsbare groepen
- Hoe activiteiten toegankelijk wordt gemaakt voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden.
- Hoe cultuursensitief wordt gewerkt bij mensen met een migratieachtergrond.
- Hoe outreachend gewerkt wordt bij sociaal kwetsbare groepen.

3.2.2 Casemanagement dementie en domeinoverstijgende coördinatie

Dit thema beschrijft hoe casemanagement is ingericht, de randvoorwaarden en de aansluiting op het sociaal domein.

Casemanagement dementie vormt een essentieel verbindend onderdeel van de netwerkgerichte ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en hun naasten. Ze hebben dan ook een belangrijke coördinerende rol in deze aanpak (zie hoofdstuk 5 voor uitleg over hun rol en plek in de keten). Casemanagement dementie is een vorm van specialistische ondersteuning binnen de Zvw en wordt daarmee al structureel ingekocht door zorgverzekeraars. Daarmee maakt deze vorm van casemanagement geen onderdeel uit van de aanpak dementie, maar gaat het vooral om de onderdelen die hierbuiten vallen. De regierol kan, afhankelijk van de situatie en fase, worden ingevuld door verschillende professionals binnen het casemanagement, waaronder ook casemanagers, sociaal werkers of andere betrokken professionals die samenwerken in een multidisciplinair team. Ook kunnen casemanagers samenwerken als team mits daar goede afspraken over worden gemaakt. Van belang is vooral dat gemeenten de randvoorwaarden voor casemanagement goed en tijdig organiseren.

Bij de randvoorwaarden die gemeenten in het sociaal domein kunnen organiseren wordt gedacht aan interventies die zich richten op het invullen van domeinoverstijgende casusregie (bijvoorbeeld sociaal arrangeren, versterking van het informele netwerk en gezamenlijke besluitvorming. Dit levert nu vaak financiering of capaciteitsvraagstukken waarvoor de ketenaanpak dementie nu een oplossing biedt en daarmee ook de beweging naar de voorkant stimuleert. De casemanagers dragen bij aan het bieden van overzicht voor mensen met dementie en hun naasten en helpen versnippering van ondersteuning te voorkomen. Tegelijkertijd bieden zij houvast aan cliënt en professionals door helderheid te creëren over afstemming, escalatie en samenwerking. Van belang is dat gemeenten bovengenoemde randvoorwaarden gaan inkopen en dat dit aanbod door verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten wordt kenbaar gemaakt bij casemanagers.

Start en toegankelijkheid van casemanagement
- Hoe tijdige inzet van casemanagement wordt georganiseerd.
- Hoe inwoners en professionals toegang krijgen tot casemanagement.
- Voldoende aanbod in het sociaal domein stelt de casemanager in staat passende doorverwijzing te doen en de functie effectief uit te oefenen (zie bijlage 3 voor voorbeelden).

Domeinoverstijgende samenwerking
- Hoe casemanagers samenwerken met sociaal domein, Wmo en welzijn (gemeenten en sociaal).
- Hoe gezamenlijke ondersteuningsplannen worden opgesteld (samenwerkingsverband).

3.2.3 Ontmoetingsvoorzieningen

Ontmoetingsvoorzieningen vormen een zichtbaar en laagdrempelig onderdeel van de aanpak dementie. Interventies zoals ontmoetingsplekken, inloopvoorzieningen en wijkgerichte gemeenschapsinitiatieven bieden mensen met dementie en hun naasten ruimte voor ontmoeting, daginvulling, informatie en wederzijdse steun.

Deze interventies vervullen meerdere functies binnen de keten: zij ondersteunen kwaliteit van leven, verminderen eenzaamheid, versterken het sociale netwerk en fungeren vaak als belangrijk schakelpunt voor signalering van veranderende behoeften. Daarmee dragen zij indirect bij aan het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers en het uitstellen van intensievere zorg.

Binnen de ketenaanpak dementie zijn ontmoetingsvoorzieningen geen op zichzelf staand aanbod, maar zijn deze voorzieningen onderdeel van een bredere structuur van zorg en sociaal domein wat betekent dat zij goed moeten aansluiten en gebruik moeten maken van het bredere aanbod binnen het sociaal domein. Zij maken ondersteuning zichtbaar en toegankelijk voor mensen met dementie die (nog) weinig formele zorg nodig hebben.

Hieronder geven we aan over welke onderwerpen afspraken gemaakt kunnen worden. In hoofdstuk 4 gaan we in op de rolverdeling tussen partijen in de aanpak dementie:

Toeleiding en bereikbaarheid
- Welke professionals verwijzen naar ontmoetingsvoorzieningen.
- Hoe inwoners en mantelzorgers worden bereikt.
- Hoe warme overdracht plaatsvindt vanuit huisarts, casemanager of wijkteam.

Samenwerking tussen zorg en welzijn
- Hoe ontmoetingsvoorzieningen aansluiten op medische en sociale ondersteuning.
- Hoe casemanagers betrokken blijven bij inwoners die gebruikmaken van voorzieningen.
- Hoe signalen vanuit ontmoetingsvoorzieningen teruggekoppeld worden naar professionals.

Organisatie en continuïteit
- Wie verantwoordelijk is voor coördinatie van ontmoetingsvoorzieningen zodat er genoeg aanbod beschikbaar is.
- Hoe continuïteit van vrijwilligers en professionals wordt georganiseerd.
- Hoe samenwerking en samenhang plaatsvindt tussen verschillende typen ontmoetingsvoorzieningen.

Toegankelijkheid en inclusiviteit
- Hoe voorzieningen toegankelijk zijn voor diverse doelgroepen.
- Hoe rekening wordt gehouden met jonge mensen met dementie of mensen met een migratieachtergrond.

3.2.4 Ondersteuning van naasten en mantelzorg

Naasten spelen een cruciale rol in het leven van mensen met dementie, maar lopen ook een verhoogd risico op overbelasting. De ketenaanpak dementie benoemt daarom expliciet interventies die zich richten op ondersteuning van naasten en mantelzorgers, volgens de 8 vraaggebieden van mantelzorgondersteuning, zoals trainingen, lotgenotencontact, logeerzorg, respijtvoorzieningen en praktische ondersteuning.

Deze interventies dragen concreet bij aan de aanpak door het draagvermogen van naasten te vergroten en vroegtijdige uitval te voorkomen. Zij helpen mantelzorgers om hun rol vol te houden en tijdig ondersteuning te vragen, waardoor crisissituaties en (spoed)opnames minder vaak voorkomen.

Binnen de aanpak zijn deze interventies onlosmakelijk verbonden met andere onderdelen, zoals casemanagement en ontmoetingsvoorzieningen. Samen zorgen zij voor een stabielere ondersteuning rondom de persoon met dementie. Ook sluiten de interventies aan bij de 8 vraaggebieden voor mantelzorgondersteuning[10] die de basis vormen voor (gelijkgerichte) mantelzorgondersteuning in gemeenten. Binnen het AZWA wordt gelijktijdig, met de handreiking basisfunctionaliteiten en de startdocumenten voor de aanpakken op de ontwikkelagenda, hiervoor ook een handreiking ontwikkeld.

10 https://www.movisie.nl/artikel/aan-slag-mantelzorgondersteuning

Hieronder geven we aan over welke onderwerpen afspraken gemaakt kunnen worden. In hoofdstuk 4 gaan we in op de rolverdeling tussen partijen in de aanpak dementie:

Organisatie en continuïteit
- Wie is verantwoordelijk voor de coördinatie van ondersteuning voor naasten en mantelzorg zodat er genoeg aanbod beschikbaar is.
- Hoe samenwerking en samenhang plaatsvindt tussen verschillende typen ondersteuning.

Toeleiding naar ondersteuning
- Hoe mantelzorgers worden doorverwezen naar passende ondersteuning.
- Hoe informatie over beschikbare ondersteuning toegankelijk wordt gemaakt.

Respijtzorg en tijdelijke ontlasting van de mantelzorger
- Hoe tijdige inzet van respijtzorg wordt georganiseerd.
- Welke afspraken gelden over bereikbaarheid en beschikbaarheid van logeerzorg.

Psycho-educatie en lotgenotencontact
- Welke organisaties verantwoordelijk zijn voor trainingen, groepsbijeenkomsten en educatie.
- Hoe mantelzorgers toegang krijgen tot lotgenotencontact.

Ondersteuning van specifieke doelgroepen
- Hoe ondersteuning aansluit bij jonge mantelzorgers.
- Hoe cultuursensitieve mantelzorgondersteuning wordt ingericht.
- Hoe rekening wordt gehouden met beperkte gezondheidsvaardigheden.

3.2.5 Meedoen in de samenleving

Om ervoor te zorgen dat mensen met dementie langer thuis kunnen blijven, is het de bedoeling dat de gemeenschap ook dementievriendelijk is ingericht, en dat mensen met dementie actief blijven deelnemen aan de samenleving, er signaleringsfuncties zijn in de wijk en dat er verbinding wordt gemaakt met de sociale basis.

Een van de mogelijkheden om het meedoen te bevorderen, is het organiseren van vrijwilligerswerk dat geschikt is voor mensen met dementie. Daarnaast is het van belang dat de gezonde en sociale basis-infrastructuur inclusief wordt ingericht en dus ook dementievriendelijk is, zie bijlage 4. Hetzelfde geldt voor andere basisfunctionaliteiten die raken aan de aanpak dementie, zie bijlage 5.

Hieronder geven we aan over welke onderwerpen afspraken gemaakt worden. In hoofdstuk 4 gaan we in op de rolverdeling tussen partijen in de aanpak:

Dementievriendelijke leefomgeving
- Hoe gemeenten een dementievriendelijke leefomgeving opnemen in lokaal gezondheids- en ouderenbeleid.
- Welke organisaties bijdragen aan een dementievriendelijke wijk of gemeenschap.
- Hoe publieke voorzieningen toegankelijk worden gemaakt voor mensen met dementie.

Signalering in de wijk
- Hoe vrijwilligers, buurtinitiatieven en maatschappelijke organisaties signalen herkennen, welke rol zij daarin hebben en hoe zij voor hun rol toegerust worden.
- Hoe signalen uit de wijk worden teruggekoppeld naar professionals.
- Welke routes bestaan voor doorverwijzing naar ondersteuning.

Verbinding met sociale basis
- Hoe initiatieven zoals zorgzame buurten, voorzorgcirkels en community care dementie-inclusief worden ingericht.
- Hoe inwonersinitiatieven worden ondersteund vanuit gemeenten en netwerkpartners.
- Hoe ontmoeting, participatie en zingeving worden bevorderd.

4 Samenwerkingsafspraken: wie doet wat in de keten?

Een aanpak dementie vraagt om duurzame samenwerking tussen medisch, sociaal domein, publieke gezondheid, informele zorg, bewonersinitiatieven en vrijwilligersnetwerken. Professionals werken vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor tijdige signalering en toeleiding, passende ondersteuning, voorkomen van escalatie en het ondersteunen van langer thuis wonen.

Uitgangspunt bij deze samenwerking is de persoon met dementie en hun naasten, en dat de samenwerking wordt georganiseerd rondom hun behoefte en mogelijkheden. Signalering en eerste ondersteuning vinden idealiter zo dicht mogelijk bij de inwoner plaats, in de eigen leefomgeving en via vertrouwede contacten en voorzieningen in de buurt. Professionals in de ondersteuning en zorg worden betrokken wanneer aanvullende of specialistische ondersteuning nodig is.

Samenwerkingsafspraken in dit startdocument gaan over de dagelijkse praktijk en hebben als basis de zorgstandaard dementie en geven aan hoe signalering, zorg, begeleiding en ondersteuning logisch op elkaar aansluiten.

Regionaal worden afspraken gemaakt over:
- signalering en toeleiding;
- afstemming tussen zorgverleners en sociaal domein;
- overdracht en continuïteit;
- informatie-uitwisseling en samenwerking rondom het ondersteuningsplan.
- benodigde inrichting van voorzieningen en implementatie van interventies.

4.1 Wie zijn de professionals binnen de keten en wat is hun verantwoordelijkheid

Bij dementie zijn gedurende verschillende fase van het ziekteproces diverse professionals betrokken. Onderstaande beschrijving is gebaseerd op de Zorgstandaard Dementie en geeft een overzicht van de belangrijkste betrokken professionals en hun indicatieve taken binnen zorg en ondersteuning voor mensen met dementie. De aard en invulling van de taken verschillen per fase van het ziekteproces.

Betrokken professional	Indicatieve taken rond dementie
Bewonersinitiatieven	• Binnen buurten en door mensen zelf wordt ook al veel aanbod aan zorg en ondersteuning georganiseerd. Zij vervullen dan ook een belangrijke schakel tussen mensen met dementie/hun naasten en de formele zorg en ondersteuning. • Belangrijk om hen goed te betrekken,
Huisarts, POH	• Medische diagnostiek volgens NHG-Standaard Dementie, eventueel doorverwijzen naar specialist ouderengeneeskunde, geheugenpoli, klinisch geriater of neuroloog. • Eerste aanspreekpunt voor medische en gezondheidsvragen die niet dementie specifiek zijn. • Ook doorgeleiding naar casemanagement dementie. • Signaleren van klachten mantelzorgers waarbij kan worden doorverwezen naar mantelzorgondersteuning.

Betrokken professional	Indicatieve taken rond dementie
Professional vanuit sociaal domein	• Wmo consulent voor het signaleren en in kaart brengen van de behoefte aan ondersteuning en huishoudelijk hulp. Sociaal werk voor psychosociale ondersteuning, begeleiding op ontmoetingsplekken, inzet van respijtzorg, ondersteuning van bewonersinitiatieven en versterken van informele zorg en gemeenschapsvorming. • Opbouwwerkers begeleiden bij gemeenschapsvorming. • Thuisbegeleiders en individueel begeleiders zijn sociaal werkers die ondersteunen bij dagstructuur, mantelzorgondersteuning en begeleiden naar participeren. • Daarnaast zijn er begeleiders op ontmoetingsplekken.
Specialist ouderengeneeskunde	• Wordt ingezet bij complexe problematiek of (aanvullende) diagnostiek. • Voert geriatrisch assessment uit en draagt bij aan integrale diagnostiek van cognitieve, somatische, psychische en sociale problematiek (volgens handreiking Verenso). • Wordt met name betrokken bij probleemgedrag en andere complexe situaties en levert hierin specialistische expertise voor analyse, behandeling en begeleiding (volgens richtlijn Verenso). • Indien nodig kan de specialist ouderengeneeskunde (tijdelijk) het regiebehandelaarschap overnemen en zorgdragen voor samenhang en continuïteit in de behandeling, in afstemming met huisarts en andere betrokkenen.
Casemanager dementie	Biedt begeleiding, ondersteuning en een vast aanspreekpunt voor mensen met dementie en hun naasten vanaf de niet-pluisfase. De casemanager kan zowel een sociaal werker als een wijkverpleegkundige zijn. De casemanager ondersteunt bij proactieve zorgplanning, psychosociale begeleiding, netwerkgerichte samenwerking en afstemming tussen zorg- en sociaal domein. • Een nieuwe werkwijze waar casemanagers dementie mee kunnen werken is domeinoverstijgend indiceren. Met deze werkwijze kunnen zowel wijkverpleegkundigen als casemanagers dementie een advies uitbrengen voor ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Sommige gemeenten werken hier al mee op kleine schaal. Zie afspraak B1 uit het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord voor de uitwerking van deze werkwijze
Paramedische zorg (ergotherapie, geriatrische fysiotherapie, logopedie, bewegingsagogie en diëtetiek)	• Begeleiding bij interventies gericht op zelfmanagement en behoud van mogelijkheden. • Met extra aandacht en vanuit de ergotherapeut voor zelfredzaamheid door stimulering en ondersteuning bij het gebruik van zorgtechnologie en domotica van mensen met dementie en de mantelzorger. Voorbeelden dwaaldetectie, medicatiedispensers, zelfregulatie/ meditatiekussens, videobellen. • Ze ondersteunen daarnaast het verbeteren van het dagelijks functioneren en het vertragen van cognitieve en fysieke achteruitgang en functieverlies. Belangrijk is hier ook de relatie met de sociale basisinfrastructuur die gemeentes bieden, waar mensen met dementie ook gebruik van kunnen maken. De professionals dienen daarnaartoe te leiden.
Psychologische of **psychotherapeutische zorg**	Ondersteunen bij het verwerken van de diagnose en de bijkomende psychische klachten zoals depressie, angst of trauma-gerelateerde klachten. Dit kan door zorgprofessionals gebeuren, maar ook door lotgenotencontact.
Professional publieke gezondheid	Daarnaast speelt de GGD een belangrijke rol, bijvoorbeeld bij het faciliteren van een gezonde leefstijl om het risico op dementie te verminderen en bij het adviseren over hoe de leefomgeving dementievriendelijk kan worden ingericht.

Betrokken professional	Indicatieve taken rond dementie
Verpleegkundigen en verzorgenden	Het team wijkverpleging heeft een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen met dementie die thuis wonen. • De wijkverpleging indiceert de zorgvraag. Samen met het Team Wijkverpleging signaleren zij veranderingen in functioneren en zorgbehoefte, biedt verpleegkundige zorg en begeleiding en worden hierbij ondersteund door naasten en stemt af met betrokken zorgverleners en het sociaal domein. • Ook draagt het team wijkverpleging bij aan gezondheidsbevordering, proactieve zorgplanning en het organiseren van passende zorg in de thuissituatie. • Een nieuwe werkwijze waar wijkverpleegkundigen dementie mee kunnen werken is domeinoverstijgend indiceren. Met deze werkwijze kunnen zowel wijkverpleegkundigen als casemanagers dementie een advies uitbrengen voor ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Sommige gemeenten werken hier al mee op kleine schaal. Zie afspraak B1 uit het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord voor de uitwerking van deze werkwijze. • Wanneer de zorgvraag toeneemt, kan intensievere zorg aan de orde zijn. De wijkverpleegkundige onderzoekt welke zorgvorm passend is en verwijst indien nodig door naar het CIZ voor een WLZ-indicatie.
Regionale samenwerking	• De organisatie van ondersteuning en zorg aan mensen met dementie en hun naasten gebeurt in samenwerking in lokale en regionale structuren. Te denken valt aan regionale dementienetwerken of regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's). Regionale dementienetwerken vormen in veel regio's al de inhoudelijke en organisatorische infrastructuur voor samenwerking rondom dementie. Zij spelen een belangrijke rol bij netwerkvorming, implementatie, deskundigheidsbevordering, monitoring en signalering van knelpunten in de regionale samenwerking. • Deze netwerken maken concrete samenwerkingsafspraken, leggen deze vast in een overeenkomst en monitoren deze periodiek. • Ook wordt er lokaal in buurten, wijken, dorpen samengewerkt worden tussen de verschillende soorten professionele inzet en met de informele zorg en netwerken. • Daarnaast hebben de dementienetwerken een belangrijke rol in het up to date houden van het aanbod en het signaleren van knelpunten. • Bij het opstellen van de werkagenda door mandaatgemeenten wordt voortgebouwd op al lopende afspraken en worden netwerken betrokken. • RESV's: borgen de betrokkenheid van alle eerstelijnsdisciplines en daarom is het belangrijk hen te betrekken bij de (opzet) van de regionale werkagenda zodat de aanpak op dementie in deze aansluit bij de RESV-agenda. Verder zijn RESV's niet hetzelfde als hechte wijkverbanden maar kunnen ze hechte wijkverbanden wel faciliteren. Voor een definitie van hechtwijkverbanden, zie begrippenlijst.

4.2 Coördinatie en samenhang: belangrijke rol voor casemanagement

Voor het invullen van de rol van casemanagement is deze als apart onderdeel van de aanpak dementie opgenomen, met name voor die het faciliteren van de casemanager vanuit sociaal domein. Casemanagement biedt mensen met dementie en hun naasten begeleiding en een duidelijk coördinatie- en aanspreekpunt gedurende het gehele ziekteproces. De casemanager ondersteunt bij het omgaan met de gevolgen van dementie, het maken van keuzes, het organiseren van passende ondersteuning en het afstemmen tussen betrokken professionals en het netwerk rondom de persoon met dementie.

Voor de beschrijving van de werkzaamheden van de casemanager, verwijzen we naar de Zorgstandaard Dementie die op 10 juni 2026 is gepubliceerd op www.zorgstandaarddementie.nl

De invulling van de regierol is maatwerk en de behoefte kan per persoon verschillen, afhankelijk van de beschikbare expertise en lokale samenwerking (bijv. regionale dementienetwerken of eerstelijns-samenwerkingsverbanden). Overdracht en terugkoppeling zijn essentieel, met specifieke aandacht voor de verbinding tussen de casemanager en het sociaal domein, waaronder de Wmo.

5 Organisatie en samenwerking: wat moet waar in de regio worden vastgesteld?[11]

A. De gemandateerde gemeente en preferente zorgverzekeraar beschrijven in de regionale werkagenda voor de aanpak dementie en de gezamenlijke opgave, waarbij zij (ten minste) verantwoordelijk zijn voor:

- Het versterken, verbinden en waar nodig aanvullen van de bestaande aanpak dementie, uitgaande van de regionale infrastructuur, netwerken dementie en lopende samenwerkingsverbanden.
- Gemeenten en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de sturing en de regie. De regionale samenwerkingsverbanden, waaronder de expertise binnen de dementienetwerken nemen hierin de coördinerende rol.
- Gemeenten en zorgverzekeraars maken afspraken aanbod uit sociaal domein en verzekerde zorg goed op elkaar aansluiten
  - Voor de inrichting en gerichte versterking van de aanpak wordt aangeraden te starten met een systematische analyse. Deze analyse bestaat uit:
    - Het huidige aanbod en bestaande voorzieningen;
    - De samenwerking tussen partijen;
    - Ervaren knelpunten en hiaten.
- Een gedeelde visie op de maatschappelijke opgave en de aanpak dementie die zij met professionals uit de eerste lijn, publieke gezondheid en het sociaal domein opstellen. Daartoe dient de Zorgstandaard Dementie als basis te worden genomen.
- Monitoring en evaluatie op regioniveau.
- Invulling geven aan een regionaal dekkend aanbod van de aanpak dementie.
- Hierbij zijn de belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven: de opgave in kaart brengen met betrekking tot de doelgroep mensen met dementie' en vaststellen waar deze populatie zich bevindt in wijken en dorpen gebruikmakend van de al bestaande kennis en data. Hierbij maakt de regio gebruik van de kennis van de regionale dementienetwerken.
- Samenhang te organiseren met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken binnen het domein vitaal ouder worden zoals valpreventie, vitaal thuis en de basisinfrastructuur (D6).

B. De gemeente is:

Verantwoordelijk voor de (door)ontwikkeling van de aanpak dementie op basis van bestaande regionale infrastructuur en samenwerkingsnetwerken, met inzicht in de toegankelijkheid en beschikbaarheid van maatschappelijke ondersteuning vanuit Wmo en publieke gezondheid. Uiteraard zijn er ook nog diverse andere domeinen die raken aan deze aanpak zoals leefomgeving en wonen, maar om het behapbaar te houden focussen we hier alleen op de twee eerstgenoemde. Hun taken zijn:

- Het inrichten, aansluiten en onderdeel maken van de aanpak dementie op de sociale basis en het sociaal domein. Daarnaast draagt de gemeente zorg voor dementie-risicoreductie, bijvoorbeeld door de GGD hiervoor opdracht te verstrekken.
- Afspraken met de organisaties van sociaal domein professionals en casemanagers over uitvoering en financiering van dementieaanpak ten aanzien van de Wmo en de aanpak dementie.
- Inzet en beschikbaarheid volgens afspraak in de werkagenda van sociaal domein professionals.
- Zorgen voor voldoende lokaal aanbod vanuit het sociaal domein/de sociale basis waarnaar kan worden doorverwezen door de casemanager. Dit omvat aanbod voor zowel voor mensen met dementie zelf als ook naasten/mantelzorgondersteuning. Dit aanbod moet ook door gemeenten kenbaar worden gemaakt.
- Zorgen voor goede doorgeleiding ook naar generieke voorzieningen (D6) als het gaat om bewegen en leefstijl waar mensen met dementie en hun naasten profijt van kunnen hebben.

11 Deze afspraken worden gedurende de looptijd van de aanpak nader uitgewerkt.

C. De verzekeraar is vanuit de Zvw verantwoordelijk voor:

- De toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en stuurt hier in toenemende mate niet alleen op als financier en opdrachtgever, maar ook als transformatiebegeleider in de zorg.
- Inkoop van Zvw-verzekerde zorg en dienen met gemeenten afspraken te maken hoe dat aanbod aansluit op het aanbod in sociaal domein.
- Casemanagement dementie valt volgens het Zorginstituut onder zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Als voor een cliënt bij wie sprake is van (een vermoeden van) dementie een verpleegkundige daarom een indicatie voor casemanagement dementie stelt, dan valt deze zorg onder de Zvw en daarmee onder de wettelijk zorgplicht van de verzekeraar.
- Het is van belang dat de preferente zorgverzekeraar met gemeenten afspraken maakt en bij de start aangeeft of dit aansluit bij hun beoogde transformatiedoelen in de regio (onder meer met het oog op substitutie) en afspraken maken over de monitoring.

NB een deel van de cliënten uit de Wlz woont nog thuis. De zorg voor deze mensen wordt gefinancierd door het zorgkantoor. Het is belangrijk dat ook het zorgkantoor aansluit op het aanbod vanuit sociaal domein.

D.1. Aanbieders van zorg en ondersteuning, zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie van:

- Opleidingsmogelijkheden faciliteren voor eerstelijnszorgverleners en sociaal domein professionals als het gaat om dementie.
- De verwijsprocedure (wie doet wat, op welk termijn, welke informatie, via welke systemen) tussen eerstelijnszorgverlener en sociaal domein professional.
- Regionale afspraken over het de toeleiding van een persoon met dementie naar de juiste voorziening/ zorg.
- Samenwerkingsafspraken, organisatie, implementatie.
- Lerende cyclus.

Aanbieders werken nu al samen binnen de regionale dementienetwerken die op bovengenoemde zaken veel expertise hebben opgebouwd. Daarop dient te worden voortgebouwd. Het samen optrekken van casemanagement en Wmo-consulenten kan ook het organiseren van de gedeelde opgaaf makkelijker maken.

D.2. Aanbieders van (eerstelijns)zorg zijn verantwoordelijk voor:

- Het signaleren en opsporen van (beginnende) dementie
- Voldoende tijd om in gesprek te gaan met de persoon met dementie en diens naast(en) of vertegenwoordigers en door te verwijzen.
- Zorgen voor tijdige diagnose en behandelplan
- Juiste organisatie, het vastleggen van afspraken en de toepassing van casemanagement.
- Goede overdracht en afstemming over de zorg en ondersteuning.
- Psychosociale ondersteuning aan mensen met dementie en hun naasten kan plaatsvinden vanuit het zorgdomein, afhankelijk van doel, inhoud en context van de ondersteuning. Goede regionale samenwerkingsafspraken hierover zijn essentieel, zie D1.
- Maken gezamenlijke afspraken voor de invulling van casemanagement. Hierover kunnen bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden binnen het hechte wijkverband, regionale dementienetwerk of het regionaal eerstelijnssamenwerkingsverband. Een hecht wijkverband is een samenwerkingsvorm waarin eerstelijnszorgverleners, sociaal domein (stevig lokaal team), de wijkverpleging en gemeenten samenwerken. Hechte wijkverbanden bespreken onder andere ontwikkelingen, verzamelen knelpunten, zijn aanspreekbaar voor beroepskrachten, RESV en externe partijen en maken samenwerkingsafspraken. Het streven is dat er in 2030 in iedere wijk hechte wijkverbanden zijn.
- De indicatie voor casemanagement dementie kan worden gesteld door een indicerend wijkverpleegkundige of door een casemanager dementie met een verpleegkundige achtergrond, mits deze voldoet aan het Normenkader Indicatieproces (V&VN, 2024). Voor deze indicatie is geen verwijzing nodig. Casemanagement dementie start veelal vanaf de niet-pluisfase, terwijl er in deze fase vaak nog geen behoefte bestaat aan verpleegkundige zorg vanwege lichamelijke zorgproblemen. Hierdoor is het team wijkverpleging niet altijd betrokken, terwijl casemanagement dementie wel kan worden ingezet. Het is daarom belangrijk dat professionals in de keten bekend zijn met deze werkwijze, zodat mensen met (een vermoeden van) dementie vroegtijdig toegang krijgen tot passende begeleiding en ondersteuning.

D.3. Aanbieders van sociaal werk en gemeenten zijn verantwoordelijk voor:

- Aanbod voor zowel mensen met dementie als voor hun naasten en/of mantelzorgers in het sociaal domein. Hierna kan worden doorverwezen door casemanagers/ zorgprofessionals eerste lijn.
- Samenhangend aanbod en ondersteuning in te richten in wijken en buurten.
- Psychosociale ondersteuning aan mensen met dementie en hun naasten kan plaatsvinden vanuit het sociaal domein, afhankelijk van doel, inhoud en context van de ondersteuning. Goede regionale samenwerkingsafspraken hierover zijn essentieel, zie D1.

D.4. Bewonersinitiatieven in zorg en welzijn:

- Deze organiseren in de lokale gemeenschappen informele zorg en ondersteuning, veelal op basis van wederkerigheid. De persoon met dementie krijgt informele zorg uit de gemeenschap, wat naasten en mantelzorgers ontlast. De persoon met dementie kan ook, naar vermogen, iets terug doen en voelt zich zo een gewaardeerd lid van de samenleving.
- Voorbeelden hiervan zijn Bloeizones, Voorzorgcirkels, Stadsdorpen, Noaberzorgpunten, zorgcoöperaties en andere zorgzame gemeenschappen. Het is van belang dat de samenwerkingsafspraken rondom de aanpak dementie in samenhang met deze lokale initiatieven wordt georganiseerd.

6 Financiën: wie financiert wat en hoe?

Gemeenten en zorgverzekeraars bepalen aan de hand van de regionale opgaven en doelgroepen, en de afspraken die zij maken in de werkagenda onder het regioplan, hoe zij de beschikbare middelen besteden aan de aanpak dementie en andere basisfunctionaliteiten. Dit leggen zij ook vast in de werkagenda. Voor waar het gaat om cliënten in de Wlz wordt ook het zorgkantoor aan te haken.

Gemeenten kunnen de inzet van de sociaal domein professionals financieren vanuit gelden uit de Brede SPUK GALA, SPUK IZA/AZWA en/of uit reguliere Wmo-budget. Dit geldt ook voor het structureel aanbod in de sociale basis en coördinatie van de aanpak dementie.

Zorgverzekeraars kopen eerstelijnszorg, waaronder casemanagement dementie en wijkverpleging in op basis van de Zvw. Zorgverzekeraars dienen voldoende (eerstelijns)zorg in te kopen voor hun verzekerden.

In het AZWA is afgesproken dat de middelen voor het sociaal domein en gezondheid aan gemeenten worden uitgekeerd. Voor de jaren 2027-2029 worden de middelen via een specifieke uitkering (SPUK) aan gemeenten verstrekt. In juli 2026 is de regeling van de SPUK AZWA en HLO gepubliceerd. De kern van de nieuwe SPUK is ontschotting. De middelen vormen een integraal budget, middelen zijn dus niet gekoppeld aan een basisfunctionaliteit of aanpak. Dit geeft gemeenten de ruimte en het vertrouwen om het geld zo effectief en zinvol mogelijk in te zetten waar de behoefte in de wijk of regio het grootst is. Er zit wel een schot tussen middelen bedoeld voor lokale activiteiten en middelen bedoeld voor regionale activiteiten. Dat betekent dat lokale middelen niet voor regionale activiteiten kunnen worden ingezet en andersom. Het uitwerken van op de ontwikkelagenda geplaatste aanpakken volgens de criteria voor basis-functionaliteiten valt onder regionale activiteiten (zie hoofdstuk 2 van de regeling van de SPUK).

Voor regionale activiteiten worden de middelen aan de mandaatgemeente van de betreffende IZA-regio uitgekeerd. De mandaatgemeente is verantwoordelijk voor de verdere verdeling van de middelen binnen de regio.

7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring

7.1 Datastandaardisatie

Goede afspraken over gegevensregistratie, gegevensuitwisseling en datastandaardisatie ondersteunen de uitvoering van de aanpak. Zij zorgen ervoor dat betrokken professionals, waar nodig, gegevens eenduidig kunnen vastleggen en uitwisselen en vormen daarnaast, waar relevant, de basis voor monitoring en andere vormen van informatievoorziening. Uitgangspunt daarbij is eenmalig registreren voor meervoudig gebruik, met zo min mogelijk administratieve lasten.

Voor de bestaande basisfunctionaliteiten wordt momenteel gewerkt aan landelijke afspraken over data-standaardisatie en gegevensuitwisseling. Deze afspraken worden in eerste instantie voor de bestaande basisfunctionaliteiten uitgewerkt en geïmplementeerd. Voor de aanpakken op de ontwikkelagenda wordt in een latere fase bezien of, en zo ja op welke wijze, hierbij kan worden aangesloten. Wanneer deze aanpak verder wordt uitgewerkt, worden waar nodig aanvullende afspraken gemaakt over de gegevens die worden geregistreerd en uitgewisseld.

7.2 Landelijke monitoring

Er bestaat al een landelijke voortgangsrapportage waarin de voortgang van verschillende landelijke aanpakken wordt gevolgd. Daarnaast beschikken sommige aanpakken op de ontwikkelagenda al over een eigen landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van informatievoorziening. De komende periode wordt met betrokken partijen verkend wat per aanpak passend is Daarbij zijn verschillende routes mogelijk.

Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande monitors, registraties, evaluaties en andere informatiebronnen. Als een aanpak al beschikt over een landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van informatievoorziening, wordt nagegaan hoe deze zich verhoudt tot de bredere landelijke informatievoorziening. Afhankelijk van de uitkomst kan de bestaande informatievoorziening zelfstandig blijven bestaan, kan de beschikbare informatie worden benut in de bestaande geïntegreerde landelijke voortgangsrapportage of een andere passende vorm van landelijke informatievoorziening, of kan worden besloten de bestaande informatievoorziening daarin te integreren. Voor aanpakken waarvoor nog geen landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van landelijke informatievoorziening bestaat, wordt nagegaan of hierin alsnog moet worden voorzien. Alleen wanneer bestaande informatie ontoereikend is, wordt onderzocht of aanvullende informatie moet worden verzameld.

Meer informatie
De meest recente versie van de geïntegreerde landelijke voortgangsrapportage waarin de voortgang van verschillende landelijke aanpakken wordt samengebracht, is beschikbaar via zorgakkoorden.nl.

Specifiek voor de aanpak dementie
Binnen de Nationale Dementiestrategie worden specifieke cijfers rond de prevalentie en zorg voor mensen met dementie gebundeld, op basis van registraties van het CBS, RIVM en Vektis-data. Het is zinvol om deze data ook te raadplegen als het gaat om de monitoring van de aanpak dementie:

- Dementie in Kaart: dementieinkaart.nl
- Dementie monitor: www.dementiemonitor.nl
- De Zelfscan ZSD: Hoe staat jouw netwerk ervoor?
- Thema's - Zorgstandaard indicatoren - Nederland

8 Kennisdeling

Er is in het land al veel ervaring opgedaan met de samenwerking tussen zorg en welzijn op het gebied van dementie. De regionale netwerken dementie zijn daar de regionale verbinder in. Zij werken allen volgens de Zorgstandaard Dementie.

Kennisdeling tussen (samenwerkingspartners in) deze netwerken vindt al van oudsher op grote schaal plaats. Dit gebeurt onder andere vanuit diverse (implementatie)programma's. Het programma ''implementatie van de Zorgstandaard Dementie'' is het nog lopende programma op dit gebied. Kennis, ervaringen, voorbeelden en handvatten worden voortdurend gedeeld met elkaar. Dit heeft geresulteerd in kennisbanken, leernetwerken, onderlinge uitwisseling en zelfs samenwerking over de regio's heen.

Belangrijke informatie voor de organisatie en implementatie van de aanpak is vooral te vinden op Zorgstandaarddementie.nl (ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten) en Dementie Netwerk Nederland (onafhankelijk samenwerkingsverband van en door regionale dementienetwerken).

Bij de implementatie en doorontwikkeling van de aanpak dementie zijn deze partijen te raadplegen:

- Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD): voor kennis, data en advies over de lokale en regionale gezondheidssituatie en gezondheidsbevordering, voor publiekscommunicatie en het uitvoeren van specifieke programma's.
- Op zorgstandaarddementie.nl staan diverse ervaringen vanuit mensen met dementie en hun naasten, voorbeelden van zorg en ondersteuning en praktische tools die professionals kunnen gebruiken maar is ook bruikbaar voor mensen met dementie en hun naasten omdat het aangeeft wat ze kunnen verwachten op het gebied van zorg en ondersteuning.
- Movisie: voor kennis over versterking van sociale basis en de inclusie van mensen met dementie en de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis, toegang en ondersteuning vanuit het sociaal domein, vakmanschap van sociaal werkers.
- Werkplaatsen Sociaal Domein: voor ontwikkeling en onderzoek op het gebied van dementie en de samenwerking van zorg en sociaal domein. Er zijn zestien werkplaatsen, verspreid over het land, gekoppeld aan lectoraten sociaal werk.
- Palliatieve zorg proeftuinen zijn plekken waar ervaring is opgedaan met samenwerken tussen zorg en welzijn. Een voorbeeld hiervan is Agora Proef aan de proeftuin - Zinvol samenwerken - Agora.
- Op Wat we bieden – Dementie Netwerk Nederland staan handreikingen die helpen bij visievorming en implementatie.Alzheimer Nederland; De regionale afdelingen van Alzheimer Nederland om het patiëntenperspectief en kennis over het lokale burgeraanbod. Ook heeft Alzheimer NL veel brochures beschikbaar over herkennen van dementie en wat er op mensen af komt. Is gericht op mensen met dementie en hun naasten.
- Mantelzorg NL; hier is specifieke ondersteuning vindbaar gericht op naasten en mantelzorgers van mensen met dementie.
- VILANS: voor het vinden van praktisch toepasbare kennis voor professionals over dementiezorg en -ondersteuning
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): voor kennis uit (actie)onderzoek naar implementatie, en voor data in monitors.
- Kennisplein Zorg voor Beter, thema dementie: www.zorgvoorbeter.nl/themas/dementie.

Ook voorzien leernetwerken en intervisie in de behoefte om ervaringen tussen praktijken uit te wisselen.

9 Regionale en lokale uitwerking[12]

Dit landelijke startdocument geeft richting ten aanzien van wie, wat en hoe. Maar de aanpak dementie moet regionaal en lokaal verder worden ingevuld en ingebed, passend bij en voortbouwend op de bestaande infrastructuur, zoals bijvoorbeeld de regionale dementienetwerken. Gemeenten, zorgverzekeraars, aanbieders van (eerstelijns)zorg, casemanagement, sociaal werk en inwoner/cliëntvertegenwoordigers (via regionale afdelingen van Alzheimer Nederland) gaan hierover in gesprek.

Onderstaande vragen geven de regio richting bij dat proces:

Inhoudelijke regionale uitwerking
- Hoe past deze aanpak dementie bij de gezondheidsdoelen van de regio?
- Welke onderdelen van de aanpak dementie worden lokaal of juist regionaal verankerd? Wat betekent dat voor de lokale en regionale samenwerkingsafspraken?
- Voor alle onderdelen van de aanpak dementie: welke interventie(s) gaat de regio inzetten (keuze uit de gereedschapskist)?
- Wie koopt wat in om te zorgen voor goede en volledige dekking van de aanpak dementie?
- Hoe wordt zowel binnen als buiten de regio kennis over de implementatie gedeeld?
- Hoe kunnen mensen met dementie en hun naasten participeren in de besluitvorming?

12 Deze afspraken dienen op basis van ervaringen uit de praktijk nader te worden uitgewerkt.

10 Lokale/regionale aansluiting op zorg- en sociaal domein

- Sluit de aanpak dementie voldoende aan op de bestaande infrastructuur in het medisch en het sociaal domein? Is extra inzet vereist en hoe valt deze te organiseren, gelet op de rollen en verantwoordelijkheden?
- Hoe sluit de aanpak dementie aan op wat er vanuit informele zorg zelf wordt georganiseerd, zoals mantelzorg of hulp in het huishouden van familie of naasten?
  - Concreet kan hierbij worden gekeken naar aansluiting op de handreikingen die in het kader van mantelzorgondersteuning (handreiking respijt- en logeerzorg en handreiking gelijkgerichte mantelzorgondersteuning) in gemeenten worden ontwikkeld.

Begrippenlijst

De Sociale Benadering Dementie	De sociale benadering is een manier van kijken naar mensen waarbij niet de aandoening, beperking of het probleem centraal staat maar de persoon in zijn of haar sociale context. De sociale benadering dementie is een persoonsgerichte visie op dementie, waarbij niet dementie maar de mens centraal staat. De benadering richt zich op het behoud van kwaliteit van leven, identiteit, versterken van betekenisvolle relaties, participatie en inclusie in de samenleving. De sociale benadering is een manier van kijken, geen specifieke interventie binnen de aanpak dementie.
Gespreksleidraad voor communicatie met mensen met dementie	Verpleegkundige en verzorgende professionals horen hun manier van communiceren aan te passen aan iemand met dementie. In deze handleiding vind je daarin praktische tips: gespreksleidraad-communicatie-bij-dementie.pdf.
Hechte wijkverbanden	Een hecht wijkverband is een samenwerkingsvorm waarin eerstelijnszorgverleners, sociaal domein (stevig lokaal team), de wijkverpleging en gemeenten samenwerken op gezondheid en welzijn van een populatie in een specifieke wijk of buurt. Hechte wijkverbanden bespreken onder andere ontwikkelingen, verzamelen knelpunten, zijn aanspreekbaar voor beroepskrachten, regionale eerstelijnssamenwerkingsverband (RESV) en externe partijen en maken samenwerkingsafspraken. Het streven is dat er in 2030 in iedere wijk hechte wijkverbanden zijn.
Het instrument wat telt	Het instrument Wat telt gaat uit van de beleving van de inwoner en helpt professionals, mantelzorgers en inwoners om in gesprek na te gaan wat goed en minder goed gaat in het leven van de inwoner op verschillende leefgebieden. Aan de hand daarvan stellen zij samen doelen op. Door Wat telt na verloop van tijd opnieuw in te vullen, wordt duidelijk of doelen gehaald worden en of dit resulteert in verandering op die gebieden van het leven van de inwoner. Zie: Instrument Wat telt | Movisie
Naasten en mantelzorgers	Partners, familieleden, vrienden en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van een persoon met dementie, die een belangrijke rol spelen in het bieden van zorg, ondersteuning, begeleiding en emotionele steun. Hiertoe kunnen ook bewindsvoerders of mentoren worden gerekend als er voor iemand met dementie geen naasten beschikbaar zijn. Het komt steeds vaker voor dat hier een beroep op moet worden gedaan.
NHG- Standaard Dementie	Deze standaard geeft huisartsen richtlijnen voor het signaleren van dementie, de diagnostiek bij vermoede van dementie en de begeleiding en behandeling van patiënten met dementie en hun naasten. Dementie | NHG-Richtlijnen
De Zorgstandaard Dementie 2026	Deze standaard beschrijft wat goede ondersteuning en zorg betekenen voor mensen met dementie en hun naasten, gedurende alle fasen van het dementietraject. De geactualiseerde Zorgstandaard Dementie 2026 is op 10 juni gepubliceerd op Ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten (zorgstandaarddementie.nl)

Bijlage 1 De expertgroep dementie

De expertgroep dementie bestaat uit vertegenwoordigers van:

- Actiz,
- Alzheimer Nederland,
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk,
- Dementie Netwerk Nederland,
- De Gemeentelijke Gezondheidsdienst,
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland,
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten,
- Het ministerie van Volksgezondheid,
- Welzijn en Sport en Zorgverzekeraars Nederland.
- Agenda lid: Sociaal Werk Nederland, De Landelijke Huisartsen Vereniging en Verenso
- Movisie, VILANS, RIVM en ZonMw ondersteunden de werkgroep bij het opstellen van dit startdocument vanuit hun expertise.

De partijen hebben afgesproken dat dit startdocument een levend document is. Periodiek wordt nagegaan of aanpassing nodig is.

Bijlage 2 Onderdelen relevant voor doorontwikkeling van de aanpak dementie

Tijdens het inhoudelijk vormgeven van de aanpak dementie zijn er naast de geprioriteerde vijf thema's nog acht andere thema's naar voren gekomen die mogelijk onderdeel kunnen worden van de aanpak. Tegelijkertijd zien we dat de stap richting het toevoegen van nieuwe interventies nog kwetsbaar is. De onderbouwing van interventies is nog niet altijd evidence-based, en bovendien is het de vraag of er daadwerkelijk aanbod beschikbaar is dat gemeenten en zorgverzekeraars kunnen organiseren. De prioritering van de vijf thema's is mede vanuit deze overweging tot stand gekomen. Voor de komende jaren is het wenselijk om onderstaande acht thema's te overwegen voor de toekomstige doorontwikkeling van de aanpak dementie. Enkele interventies zijn wel als kansrijk beoordeeld. Deze worden hieronder weergegeven bij thema 9 en 10.

Toekomstige thema's	Interventies
6. Gesprekshulpmiddelen proactieve zorgplaning	
7. Educatie gericht op zelfmanagement	
8. Diagnostiek en integrale probleemanalyse	
9. Interventies bij probleemgedrag/ onbegrepen gedrag	• Programma voor het omgaan met apathie bij dementie (oa.a SABA programma)
10. (Technologische)hulpmiddelen	• Technologiche leefpatroon-monitoring • Digitale virtuele assistant voor dagstructuur en zorg op afstand (o.a. Thuis met Anne/Anne4Care)
11. Educatie mbt vroegsignalering (door familie of netwerk)	
12 Educatie gericht op professionals (zorg én sociaal domein)	
13. Laagdrempelige imnformatieverstrekking (Naasten en publiek)	

Bijlage 3 Gereedschapskist met interventies aanpak dementie

Dit betreft een eerste versie van de gereedschapskist. Deze wordt de komende jaren verder gevuld.
Zie voor meer informatie zorgakkoorden.nl.

1. Selectieve risicoreductie

Naam interventie	Wijkgerichte campagne voor risicoreductie dementie
Voorbeeld	We zijn zelf het medicijn / mijnbreincoach app
Korte omschrijving van de interventie	Een (wijkgerichte) campagne gericht op het vergroten van het bewustzijn over de preventie van dementie en het bevorderen van hersengezondheid door middel van leefstijlaanpassingen. Dit gebeurt door het verspreiden van informatiemateriaal, media-aandacht, openbare lezingen en betrokkenheid van lokale campagnevrienden. De campagne heeft een bredere focus dan alleen dementie. Het geeft alleen aan dat deze factoren ook van invloed zijn op hersengezondheid
Doelgroep	De algemene bevolking (voornamelijk in de leeftijd van 40 t/m 75 jaar), met en zonder risicofactoren. Er is specifieke aandacht en op maat gemaakt materiaal voor ouderen, mensen met een lage sociaal-economische positie en mensen met een migratieachtergrond.
Betrokken organisaties	Maastricht University / Alzheimer Centrum Limburg, GGD'en (publieke gezondheidszorg), gemeenten (waaronder Utrecht en Kerkrade), U Centraal, DOCK en regionale campagnevrienden.
Betrokken professionals	Maatschappelijk werkers, huisartsen, welzijnsmedewerkers, buurtsportcoaches en beleidsmedewerkers.
De interventie wordt nu uitgevoerd in de volgende regio's:	De campagne is nationaal uitgerold in GGD-regio's zoals Zuid-Limburg, Limburg-Noord, Haaglanden-Zoetermeer, West-Brabant, Zuid-Holland Zuid, Flevoland, Hart voor Brabant en Groningen. Op wijkniveau onder meer in Kanaleneiland-Transwijk, Eygelshoven-Kom, Utrecht Overvecht en Kerkrade.
Belangrijkste capaciteitsvereisten	Vooral financiële middelen (voor materiaal) en tijd en personeel. De geschatte inzet is: ca. 0.5 fte voor voorbereiding (4 maanden), minimaal 1.0 fte voor uitrol (8-12 maanden) en ca. 0.5 fte voor evaluatie (2 maanden).
Kosten van de inzet van de interventie	Voor de deelnemers in de wijk is het gratis. De indieners geven aan dat er momenteel geen kwantitatief of kwalitatief zicht is op de kosten en kosteneffectiviteit voor sectoren zoals Wmo of Zvw.
Verantwoordelijke organisatie	De coördinatie ligt bij Maastricht University en het Alzheimer Centrum Limburg.
Geleerde lessen voor schaalbaarheid	Deze staan beschreven in een uitgebreid draaiboek voor geïnteresseerde partijen, gebaseerd op evaluaties uit eerdere regio's.
Website met aanvullende informatie	De specifieke website is www.wezijnzelfhetmedicijn.nl. Daarnaast wordt voor persoonlijke informatie en hulpmiddelen verwezen naar de MijnBreincoach app via www.mijnbreincoach.eu.

2. Meedoen in de samenleving

Naam interventie	Wijkgerichte campagne voor risicoreductie dementie
Voorbeeld	DemenTalent
Korte omschrijving van de interventie	Deelnemers voeren ongeveer twee dagdelen per week onbetaalde werkzaamheden uit (zoals in groenonderhoud, onderwijs of bij verenigingen) die passen bij hun persoonlijke talenten, begeleid door een getrainde expert. Dit stimuleert actieve deelname aan de samenleving.
Doelgroep	Thuiswonende mensen met dementie (inclusief jonge mensen met dementie) voor wie reguliere dagbesteding niet passend of te stigmatiserend is, en hun naasten/mantelzorgers.
Betrokken organisaties	Gemeenten (Wmo), zorg- en welzijnspartijen, maatschappelijke organisaties/verenigingen (werkplekgevers) en een landelijke stichting.
Betrokken professionals	Lokale projectleiders, getrainde DemenTalent-experts, kwartier-makers, maatschappelijke werkplekgevers en vrijwilligers.
De interventie wordt nu uitgevoerd in de volgende regio's:	Het is een landelijk initiatief dat al in ruim 35 gemeenten actief is.
Belangrijkste capaciteitsvereisten	Inzet van maatschappelijke werkplekgevers en een lokaal of regionaal opgeleide DemenTalent-expert. Er is ook tijd gemoeid met de twee-jarige leergang om deze lokale experts op te leiden.
Kosten van de inzet van de interventie	Specifieke bedragen ontbreken, maar het is 46% goedkoper dan reguliere dagbesteding, mits de voorwaarde van minimaal 20 deelnemers per project wordt behaald.
Verantwoordelijke organisatie	De regie is lokaal belegd bij een opgeleide DemenTalent-expert of kwartiermaker, centraal ondersteund door een landelijke stichting.
Geleerde lessen voor schaalbaarheid	De aanpak is zeer overdraagbaar en wordt gefaciliteerd via leergangen en draaiboeken. Randvoorwaarden voor succesvolle opschaling zijn het behalen van voldoende volume (minimaal 20 deelnemers per lokale pilot) en structurele lokale financiering vanuit de Wmo.
Website met aanvullende informatie	www.dementalent.nl

3. Ontmoetingsvoorzieningen

Naam interventie	Inclusieve ontmoetingsplek voor informatie en lotgenotencontact	Inclusieve ontmoetingsplek voor mensen met dementie en hun naasten	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers
Voorbeeld	Alzheimer Café (of soortgelijk)	Odensehuis (of soortgelijk)	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers
Korte omschrijving van de interventie	Een maandelijkse bijeenkomst voor iedereen met een vorm van dementie en hun naasten. Elke maand is er een spreker over een specifiek thema, is er ruimte voor het stellen van vragen en is er waardevol lotgenotencontact.	Een laagdrempelige en inclusieve inloop- en ontmoetingsplek, zonder indicatie, die het motto hanteert: "Hier ben je niet ziek, maar bezig". Het bevordert autonomie en biedt ontmoeting en zingeving via flexibele activiteiten.	Deze centra bieden een gecombineerd programma op een sociaal geïnte-greerde plek in de wijk. Er is structurele begeleiding voor de persoon met dementie (dagsociëteit) én voor de mantelzorger (gespreksgroepen en informatie) door een vast team.
Doelgroep	Iedereen met een vorm van dementie, hun naasten en mantelzorgers, waaronder ook jonge mensen met dementie of mensen met een verhoogd risico.	Thuiswonende mensen met geheugenklachten of (beginnende) dementie die sociaal/actief willen blijven (incl. jonge mensen of mensen met een migratieachtergrond), hun naasten en vrijwilligers.	Mensen met lichte tot matig ernstige dementie die mobiel zijn en in een groep kunnen functioneren, en hun mantelzorgers. Ook jonge mensen met dementie of met een migratieachtergrond.
Betrokken organisaties	Regionale afdelingen van Alzheimer Nederland, soms in samenwerking met de gemeente of lokale zorg/welzijn.	Landelijk Platform Odensehuizen, lokale (welzijns)stichtingen, gemeenten, en partners uit zorg, cultuur, sport en bedrijfsleven.	Welzijns- en zorg-organisaties (thuiszorg of langdurende zorg), regionale afdelingen van Alzheimer Nederland en het Landelijk Platform Ontmoetingscentra Dementie.
Betrokken professionals	Vrijwel geen, draait voornamelijk op burgers en vrijwilligers. Soms een externe spreker uit de regio of een casemanager dementie voor een spreekuur.	Professionele coördinator (hbo), activiteitenbegeleiders en vakdocenten. Er is samenwerking met externe casemanagers, wijkverpleegkundigen, huisartsen en het sociaal domein.	Programmacoördinator (hbo), activiteiten-begeleider, verzorgende en vrijwilligers. Ook wordt er extern samengewerkt met casemanagers, paramedici, huisartsen en de GGZ.
De interventie wordt nu uitgevoerd in de volgende regio's:	Er is een goede landelijke spreiding met 300 cafés, georganiseerd door 48 regionale afdelingen.	Landelijke spreiding in alle provincies, met inmiddels ruim 70 locaties verspreid over Nederland.	Voornamelijk in Noord- en Zuid-Holland, Zeeland, Utrecht, Gelderland en Overijssel, maar ook in Groningen, Drenthe, Limburg en Flevoland. Totaal 215 in Nederland (en meerdere internationaal).

Naam interventie	Inclusieve ontmoetingsplek voor informatie en lotgenotencontact	Inclusieve ontmoetingsplek voor mensen met dementie en hun naasten	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers
Belangrijkste capaciteits-vereisten	Eén gespreksleider, een paar gastheren/-vrouwen en een geschikte locatie (1x per maand).	Een betaalde en specifiek gekwalificeerde coördinator, voldoende vrijwilligers, en een vaste laagdrempelige locatie (met o.a. huiskamer, gespreksruimte en keuken).	Een klein, specifiek geschoold team (o.a. coördinator en activiteitenbegeleider) en geschikte ruimtes in de wijk (voor dagsociëteit, psychomotorische therapie, spreekuren en mantelzorgbijeenkomsten).
Kosten van de inzet van de interventie	Gemiddeld 800 euro per jaar (voornamelijk voor zaalhuur, presentjes sprekers en bezoekers).	Varieert sterk. Structurele kosten liggen gemiddeld tussen de €114.000 (klein/dorp) en €552.000 (groot/stad) per jaar. Daarnaast zijn er eenmalige opstartkosten (€30.000 - €44.000).	De kosten liggen tussen de prijs van dagbehandeling en dagverzorging in, en worden veelal vergoed via productievergoedingen uit de Wmo, Wlz en in individuele gevallen de Zvw.
Verantwoordelijke organisatie	De regionale afdeling van Alzheimer Nederland.	Een lokaal vrijwilligers-bestuur of lokale welzijnsorganisatie, met het Landelijk Platform Odensehuizen als koepel.	De initiatiefnemende lokale welzijns- of zorgorganisatie. Het Landelijk Platform Ontmoetingscentra Dementie is verantwoordelijk voor de landelijke coördinatie.
Geleerde lessen voor schaalbaarheid	De activiteiten kunnen regionaal verschillen, maar het concept is zinvol onafhankelijk van de regio. De potentie kan vergroot worden door het structureel koppelen van een casemanager-spreekuur.	Langdurige financiering en een eigen locatie zijn randvoorwaarden voor stabiliteit. Kennisdeling en opschaling wordt succesvol ondersteund door een online community (The Huddle) en een digitaal handboek en e-learning.	Werken met een brede lokale initiatiefgroep bevordert het succes. Verder is er een Draaiboek Ontmoetingscentra (4e druk), een gratis online cursus voor nieuwe trekkers en staat de interventie op de Vilans databank.
Website met aanvullende informatie	www.alzheimer-nederland.nl/regios/alzheimer-cafe	www.odensehuizen.nl	www.ontmoetingscentradementie.nl; www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-ontmoetingscentra

4. Ondersteuning naasten en mantelzorg

Naam interventie	Multidisciplinaire training voor mantelzorgers en mensen met dementie	Vroege psychosociale groepsinterventie voor mensen met vroege dementie en hun mantel-zorgers	Versterken informeel netwerk	Versterken informeel netwerk	Tijdelijke respijt- en verblijfsvoorziening
Voorbeeld	Beter Thuis met Dementie (of soortgelijk)	Eerder Erbij (of soortgelijk)	Eigen Kracht methode (centrale) dementie (of soortgelijk)	Partner in Balans (of soortgelijk)	Logeerzorg (of soortgelijk)
Korte omschrijving van de interventie	Een vijfdaagse logeer-cursus op een vakantie-locatie waar mantelzorgers 16 workshops volgen, en degene met dementie een eigen programma heeft.	Een handleiding-gebaseerde groeps-interventie van zes wekelijkse bijeenkomsten voor de persoon met dementie en mantelzorger gezamenlijk, rondom het moment van diagnose.	Methode om het informele netwerk rondom mensen met dementie te vergroten, de eigen regie te versterken en de mantelzorger te ontlasten.	Een 8-weken durend blended e-health en zelf-managementprogramma met op maat gemaakte online modules en face-to-face coaching om overbelasting in een vroeg stadium te voorkomen.	Een tijdelijk verblijf (respijtzorg) voor thuis-wonende mensen met verzorgingsbehoefte om mantelzorgers rust te geven en overbelasting te voorkomen.
Doelgroep	Mantelzorgers (partners) die samenwonen met iemand met dementie.	Mensen met (beginnende) dementie en hun mantelzorgers.	Mensen met dementie, jonge mensen met dementie, het informele netwerk en mantelzorgers.	Naasten en mantelzorgers van mensen met beginnende dementie, ziekte van Parkinson of Huntington.	Thuiswonende ouderen in het beginstadium van dementie of met somatische klachten en hun mantelzorgers.
Betrokken organisaties	Zorgorganisaties.	Inloophuizen, Ontmoetingscentra, thuiszorg, Odensehuizen, welzijnsorganisaties, wijkteams.	Eerstelijnszorg, gemeentelijk wijkteam.	Huisartsen, casemanagers, maatschappelijk werk, geheugenpoli's.	Gemeenten (Wmo), zorgkantoren (Wlz), verpleeghuizen, logeerhuizen.
Betrokken professionals	Medici, paramedici (o.a. psycholoog, ergotherapeut), maatschappelijk werkers, verpleegkundigen.	Casemanagers, coördinatoren, wijk-verpleegkundigen, welzijnsprofessionals, maatschappelijk werkers en vrijwilligers.	Huisartsen, praktijkondersteuners (POH), zorgprofessionals, casemanagers en welzijnswerkers.	Zorg-professionals / coaches (zoals casemanagers of psychologen).	Multidisciplinair: wijkverpleegkundigen, verzorgenden, activiteiten-begeleiders en vrijwilligers.

Naam interventie	Multidisciplinaire training voor mantelzorgers en mensen met dementie	Vroege psychosociale groepsinterventie voor mensen met vroege dementie en hun mantel-zorgers	Versterken informeel netwerk	Versterken informeel netwerk	Tijdelijke respijt- en verblijfsvoorziening
De interventie wordt nu uitgevoerd in de volgende regio's:	Rotterdam, Den Haag en Leiden / Alphen a.d. Rijn.	Gehele land (meer dan 32 organisaties verspreid over o.a. Noord- en Zuid-Holland, Utrecht, Gelderland, Noord-Brabant, Friesland).	Zuid-Holland Noord (gemeente Leiden, Kaag & Braassem en Katwijk).	Landelijk digitaal toegankelijk.	Heel Nederland (maar het aanbod is wisselend).
Belangrijkste capaciteits-vereisten	Capaciteit voor het geven van de cursus.	Beschikbaar-heid van personeel (1 uur per sessie, totaal ca. 12 uur); weinig voorbereidingstijd door handleiding.	Voldoende capaciteit, middelen en tijd voor met name de huisarts en de POH.	Tijd van de professional (coach) voor intake en feedback.	Aanwezigheid van een logeerplek en bereikbaarheid van één BIG-geregistreerde wijkverpleegkundige.
Kosten van de inzet van de interventie	€1.600 per deelnemend echtpaar.	Circa €800 per deelnemer per jaar (handleiding <€10).	Momenteel nog niet inzichtelijk.	Niet inzichtelijk in de documentatie.	Gemiddeld €5.300 per jaar per gebruiker (voor 9 of 12 nachten).
Verantwoordelijke organisatie	Zorgorganisatie of samenwerkingsverband van zorgorganisaties.	Momenteel de VU Amsterdam (later mogelijk een landelijke organisatie).	Zorg-aanbieders.	Universiteit Maastricht.	Zorg- of welzijnsorganisatie.
Geleerde lessen voor schaalbaarheid	Wmo-financiering moet per individuele gemeente (vaak tijdelijk) worden geregeld, dit belemmert opstart en opschaling.	Maatwerk, laagdrempeligheid (geen diagnose vereist) en inbedding in bestaande lokale structuren helpt bij schaalbaarheid.	Noodzaak van een eenduidig werkplan van alle zorgaanbieders.	Niet inzichtelijk in de documentatie.	Logeerzorg moet tijdig en structureel (vaker) worden ingezet.
Website	beterthuismetdementie.laurens.nl	Eerdererbij.nl	www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/onderzoek-eigen-kracht-dementie	www.partnerinbalans.nl	Logeerzorg.nl

5. Casemanagement dementie

Kenmerk	Casemanagement Dementie	Domeinoverstijgende samenwerking en casusregie voor kwetsbare ouderen
Naam interventie	**Casemanagement dementie.**	**Sociaal Arrangeren.**
Korte omschrijving van de interventie	Een casemanager biedt vaste, onafhankelijke en deskundige begeleiding aan mensen met (een vermoeden van) dementie en hun naasten. De professional helpt bij het organiseren van zorg, biedt een luisterend oor en signaleert tijdig problemen om overbelasting bij de mantelzorger te voorkomen. Inclusief afstemming met sociaal domein.	Een preventieve interventie waarbij een Sociaal arrangeur domein-overstijgend samenwerkt met de oudere, het sociale netwerk en andere professionals. Met één aanspreekpunt en één plan worden problemen tijdig gesignaleerd, zodat ouderen langer thuis kunnen wonen met behoud van kwaliteit van leven.
Doelgroep	Mensen met (beginnende) dementie en hun naasten of mantelzorgers (toepasbaar in de breedte voor alle doelgroepen).	Ouderen met geheugenklachten en kwetsbaarheden op meerdere leefgebieden, specifiek zonder een formele diagnose dementie.
Betrokken organisaties	Aanbieders van zorg en welzijn (doorgaans VVT-aanbieders) en de landelijke beroepsverenigingen V&VN en BPSW.	Het sociaal domein (waaronder vrijwilligersorganisaties), met structurele samenwerking met organisaties in de zorg- en medische domeinen.
Betrokken professionals	Casemanagers dementie (met zorg- of welzijnsachtergrond), huisartsen, praktijkondersteuners (POH), wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, activiteitenbegeleiders, therapeuten en diverse partijen binnen het sociaal domein, zoals gemeenten, politie, welzijnsorganisaties en wijkvoorzieningen.	De Sociaal arrangeur (sociaal werker met expertise ouderen), huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleeg-kundigen, maatschappelijk werkers en therapeuten.
De interventie wordt nu uitgevoerd in de volgende regio's:	Heel Nederland.	De regio Nijmegen.
Belangrijkste capaciteitsvereisten	Inzet van specifiek opgeleide HBO-professionals met een post-HBO opleiding. De inzet varieert van 3 tot 32 declarabele uren per cliënt per jaar.	De basis is de inzet van een gekwali-ficeerde sociaal werker. Hierbij geldt als norm dat 1 FTE gelijkstaat aan de behandeling van 25 casussen.
Kosten van de inzet van de interventie	De kosten bedragen gemiddeld € 1.252 per persoon per jaar. Over de gehele cliëntreis lopen de kosten op tot bedragen tussen de € 10.467 en € 18.414 per cliënt (op basis van uurtarieven tussen ca. € 83,- en € 88,-).	In 2026 zijn de kosten vastgesteld op € 122.905 per 1 FTE sociaal arrangeur.

Kenmerk	Casemanagement Dementie	Domeinoverstijgende samenwerking en casusregie voor kwetsbare ouderen
Naam interventie	**Casemanagement dementie.**	**Sociaal Arrangeren.**
Verantwoordelijke organisatie	Lokale VVT-aanbieders en regionale dementienetwerken. Beroepsverenigingen (V&VN/ BPSW) zijn deels verantwoordelijk voor kaders en coördinatie.	De organisatie Lentl is verant-woordelijk voor de coördinatie en Sterker voor de uitvoering.
Geleerde lessen voor schaalbaarheid	Handelen vanuit de principes van de Zorgstandaard Dementie is essentieel. Belangrijke lessen om het personeelstekort tegen te gaan zijn taakdifferentiatie en de inzet op vroegsignalering.	Zorg voor voldoende lokaal draagvlak voor de interventie en waarborg een goede opleiding en duidelijke positionering van de Sociaal arrangeur. Deze en andere lessen zijn gebundeld in een handboek door de organisatie Lentl.
Website met aanvullende informatie	www.alzheimer-nederland.nl en www.zorgstandaarddementie.nl.	Sociaalarrangeren.nl

Bijlage 4 Verbinding gezonde en sociale basisinfrastructuur

Om basisfunctionaliteiten te kunnen borgen, is er een basisinfrastructuur nodig in de wijk voor verschillende leefgebieden. Deze basisinfrastructuur is een onderdeel van de brede sociale basis binnen gemeenten. De gezonde en sociale basisinfrastructuur vormt het fundament voor de domeinoverstijgende samenwerking in de basisfunctionaliteiten en aanpakken op de ontwikkelagenda.

Inloopvoorzieningen

In juli 2026 is de handreiking Inloopvoorzieningen sociaal en gezond gepubliceerd. Dit is een uitwerking van één van de afspraken in D6 in het AZWA dat inzet op een gezonde en sociale basisinfrastructuur. Onder het sociaal domein verstaan we in dit startdocument het geheel van gemeentelijke taken bedoeld op het gebied van zorg, welzijn, participatie en ondersteuning, zoals de lokale (sociaal) teams, maatschappelijke ondersteuning, schuldhulpverlening, werk en participatie. De sociale basis is het geheel van voorzieningen en activiteiten in de wijk waarvoor geen indicatie of verwijzing nodig is, zoals welzijnswerk, ontmoeting, vrijwilligerswerk, informele zorg, zelfhulp, lotgenotencontact en laagdrempelige steunpunten. De sociale basis bestaat uit verschillende sferen: een persoonlijke sociale basis, een gemeenschappelijke sociale basis en een institutionele sociale basis. In elke sfeer heeft de overheid een andere rol. De handreiking is tot stand gekomen middels werksessies waar relevante partijen uit het veld hun input hebben gegeven en is specifiek bedoeld om gemeenten en partners handvatten te geven om inloopvoorzieningen te versterken. Het stimuleren van ontmoeting en lokale kracht staat centraal in de handreiking. Ontmoeting en sociale netwerken dragen bij aan sociale cohesie en welzijn. Daarnaast spelen ze een cruciale rol in het vroegtijdig signaleren van behoeften, het versterken van de samenkracht van inwoners en het (mogelijk) voorkomen van (zwaardere) zorg.

Aandacht voor dementie-inclusieve gemeenschapszorg (Community Care)

Community care voor mensen met dementie in de wijk is een integrale aanpak waarbij mensen met dementie zo lang mogelijk prettig en veilig thuis kunnen blijven wonen, ondersteund door hun sociale omgeving en de brede wijkinfrastructuur. De interventie richt zich op het versterken van informele netwerken, zoals buren, familie en vrijwilligers, en op het creëren van laagdrempelige ontmoetingsplekken waar bewoners elkaar kunnen ondersteunen. Professionals – zoals wijkverpleegkundigen, welzijnswerkers, huisartsen en casemanagers dementie – werken nauw samen met deze informele zorg om vroegtijdig signalen op te vangen en passende hulp te organiseren.

Er zijn verschillende initiatieven voor Community Care (o.a. Bloeizones, Voorzorgcirkels, Age Friendly Cities, ABCD-methode). Belangrijk dat deze dementie-inclusief worden georganiseerd, bijv. door de organisatoren en vrijwilligers trainingen te laten

Bijlage 5 Verbinding met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken op de ontwikkelagenda

Mogelijk relevante andere basisfunctionaliteiten zijn:

- Sociaal verwijzen:
  - Link met sociaal arrangeren
- Valpreventie
  - Doelgroep ouderen
- Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen
  - Mensen tussen de 40-65 jaar met overgewicht hebben aangetoond verhoogd risico op dementie
- Nicotinevrij
  - Actieve rokers hebben aangetoond verhoogd risico op dementie
- Multiproblematiek aanpak (NPLV):
  - Mensen met lage opleiding, overgewicht, actieve rokers, mensen met depressie, eenzame ouderen, sedentaire volwassenen, mensen met diabetes type 2, overmatig alcoholgebruik, leven in een sterk vervuild gebied, verhoogd LDL --> aangetoond verhoogd risico op dementie

Deze publicatie is een uitgave van:

AZWA-partijen onder regie van de VNG,
ZN en het ministerie van VWS.

Meer informatie is te vinden op
zorgakkoorden.nl/azwa.

Oktober 2026