



THEMA: DE ECONOMIE VAN DEMENTIE VGE BULLETIN

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSECONOMIE - JAARGANG 44, NUMMER 1, VOORJAAR 2026

INHOUD

- 3** SYMPOSIUM DE ECONOMIE VAN DEMENTIE **Dyllis De Pessemier**

- 5** EEN LANDKAART VOOR DEMENTIEPREVENTIE
Frank J. Wolters & Robbert Huijsman

- 10** DE LANGDURIGE ZORGHERVORMING VAN 2015 EN DEMENTIEZORG
IN NEDERLAND: UITKOMSTEN EN VOORKEUREN VOOR LANGER
THUIS WONEN **Janet MacNeil Vroomen**

- 16** BEPERKTE ROL VAN HUIS EN BUURT BIJ LANGER THUIS WONEN
IN GEVORDERDE DEMENTIE **Gaia Bagnaso**

- 20** ZIEKTEVERLOOP EN ZORG NA DEMENTIE: VERSCHILLEN TUSSEN
MANNEN EN VROUWEN **Yara Meijer**

- 27** ACUTE ZORG BIJ DEMENTIE **Dyllis De Pessemier**

- 38** SPONSOREN EN COLOFON

Het najaarsnummer van 2026 heeft 'Financiering van preventie' als thema. U wordt van harte uitgenodigd om mee te denken. Heeft u suggesties, neem dan voor 1 augustus contact met ons op via secretariaat@gezondheidseconomie.org om uw idee te bespreken.

VOORWOORD

Dementie heeft niet alleen een grote impact op het leven van patiënten, maar ook op de maatschappij. Volgens het RIVM zal het aantal mensen met dementie in Nederland stijgen van zo'n 260 duizend nu naar meer dan 500 duizend in 2050. Dit heeft grote gevolgen voor de formele ouderenzorg en voor mantelzorgers. Ook buiten de zorg is er, mede door trends als langer doorwerken en langer thuis wonen, meer aandacht en beleid nodig om mensen met dementie zo goed mogelijk te ondersteunen, bijvoorbeeld met ondersteunende faciliteiten op de werkvloer en door het bouwen van dementievriendelijke wijken en woningen. Deze maatschappelijke vraagstukken maken dat er een belangrijke rol is weggelegd voor de sociale wetenschappen, waaronder ook zeker de gezondheidseconomie. De economie van dementie is dan ook een opkomend thema in het internationaal onderzoek. Op 13 november afgelopen jaar organiseerde de VGE samen met de Erasmus School of Health Policy & Management een symposium over dit onderwerp. Hierbij kwam een dwarsdoorsnede van het onderzoek dat in Nederland op het gebied van de economie van de dementie plaatsvindt aan bod.

In dit Bulletin gaan verschillende auteurs dieper in op hun onderzoek naar dementie. In de stukken komt de breedte van de maatschappelijke uitdagingen naar voren: de evaluatie en het ontwerp van zorgbeleid, preventie, acute zorg, langdurige zorg en wonen. We hopen dat u zo inzicht krijgt in de reikwijdte van de maatschappelijke consequenties van dementie en het belang om dit onderwerp ook vanuit de gezondheidseconomie te benaderen.

Bram Wouterse (Voorzitter van de VGE)

SYMPOSIUM DE ECONOMIE VAN DEMENTIE

Dyllis De Pessemier

Op 13 november 2025 vond in Den Haag het symposium 'De Economie van Dementie' plaats. Het symposium werd georganiseerd door ESHPM en de VGE, ondersteund door het Erasmus Centre for Health Economics Researchs (EsCHER) en het Erasmus Trustfonds. Dat het thema een breed publiek aanspreekt, werd al snel duidelijk toen de aanmeldingen binnenstroomden van mensen met diverse professionele achtergronden.

Onderzoekers, beleidsmakers en zorgprofessionals kwamen samen om de nieuwste inzichten op gebied van de sociale en economische gevolgen van dementie en de praktische en beleidsmatige implicaties hiervan met elkaar te bespreken. Centraal stonden vragen als: Wat is de toegevoegde waarde van een vroege diagnose? Welke sociale en economische gevolgen heeft dementie? Hoe kunnen mensen met dementie en hun omgeving beter worden ondersteund op cruciale terreinen als werk, wonen en zorg? Is acute zorg voldoende aangepast aan de noden van mensen met dementie? En in hoeverre is dementie te voorkomen?

Het symposium, voorgezeten door Bram Wouterse (VGE, Radboudumc), startte met een uiteenzetting door Pieter Bakx, universitair hoofddocent bij ESHPM, over het belang van onderzoek naar dementie vanuit de economische wetenschap. Met een combinatie van theorie en empirische voorbeelden toonde hij aan hoe economie, bevolkingsdata, dementie, beleid en zorg met elkaar verbonden zijn en hoe economen een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan dementie gerelateerde beleidsvraagstukken.



Vervolgens volgden drie presentaties door promovendi Gaia Bagnasco (ESHPM), Yara Meijer (VU), en Dyllis De Pessemier (ESHPM). Zij deelden een aantal inzichten uit hun promotieonderzoek, die ook verder in dit bulletin in meer detail besproken worden. Gaia, Yara en Dyllis doen kwantitatief onderzoek op basis van administratieve data, die beschikbaar zijn voor de volledige Nederlandse bevolking. Gaia presenteerde twee studies waarin ze onderzoek deed naar de rol van de buurt, aangepast wonen en ondersteunende technologieën in het langer thuis wonen en het behoud van eigen regie van mensen met dementie en in het ondersteunen van mantelzorgers. Vervolgens toonde Yara aan dat er ongelijkheden zijn in het krijgen van een dementie-diagnose: bepaalde groepen worden eerder gediagnosticeerd dan andere. Daarnaast

presenteerde ze ook een aantal inzichten die aantonen wat het belang van een tijdige diagnose is, op individueel en maatschappelijk niveau. Dyllis presenteerde tenslotte een aantal eerste inzichten over het gebruik van acute zorg door mensen met dementie, veranderingen doorheen de tijd en opvolging binnen de formele zorg na het gebruik van acute zorg.

De middag eindigde met een keynote door Frank Wolters, universitair hoofddocent bij het Erasmus MC en leider van het landelijke BIRD-NL consortium voor dementiepreventie in Nederland. Hij presenteerde de meest recente inzichten over risicofactoren voor dementie en over hoe effectieve preventie de verwachte toename in het aantal mensen met dementie de komende jaren kan afremmen.

Alle deelnemers konden vanuit hun verschillende achtergronden en expertises een unieke en waardevolle bijdrage leveren aan de gepresenteerde onderzoeken. Vervolgens brainstormden ze ook volop over de mogelijke praktische en beleidsmatige toepassingen van het gepresenteerde onderzoek. De presentaties zorgden duidelijk voor veel stof tot nadenken; bij de aansluitende borrel werd er nog naarstig verder van gedachten gewisseld. Het is duidelijk dat het symposium geen eindstation was, maar een startpunt voor verder onderzoek en een nog nauwere samenwerking tussen onderzoek en beleid op gebied van dementie in de toekomst.

Dyllis de Pessemier is promovendus aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.



EEN LANDKAART VOOR DEMENTIEPREVENTIE

Frank J. Wolters & Robbert Huijsman

DISCIPLINES ONTMOETEN ELKAAR

Het VGE-symposium Economie van Dementie op 13 november 2025 was bij uitstek een voorbeeld van verweven disciplines. Dat gold ook voor ondergetekende arts-epidemioloog en econoom-organisatiewetenschapper, die elkaar al eerder troffen bij symposia. Gestaaag groeide het wederzijds begrip en zagen zij de vruchten van onderlinge kruisbestuiving. Deze gezamenlijke bespiegelingen delen wij hier ook graag met u, lezer.

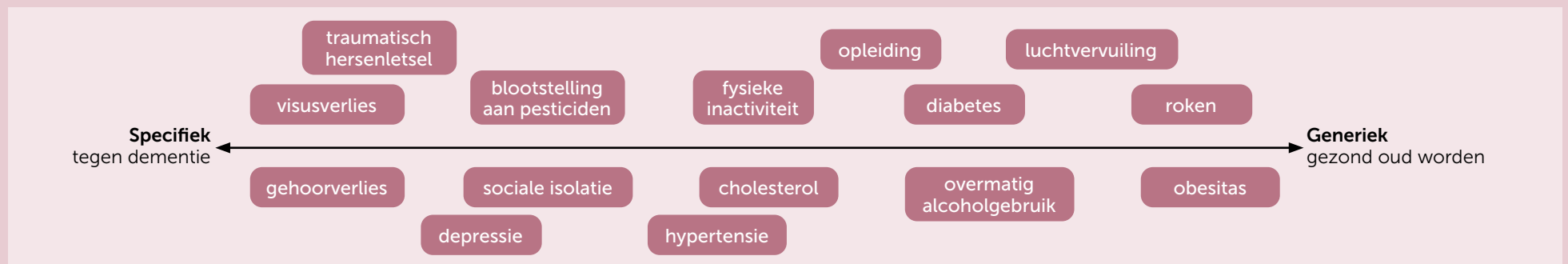
ONTRAFELING VAN RISICOFACTOREN VOOR DEMENTIE

De afgelopen decennia nam in Europa en Noord-Amerika het leeftijdsspecifieke risico op dementie af.¹ Die afname is onvoldoende om de dubbele vergrijzing het hoofd te bieden, maar heeft desalniettemin een dempend effect op de ziektelast van dementie.² Mits deze trend doorzet. En daar wringt de schoen, want stijgende prevalenties van risicofactoren als obesitas, diabetes en hypertensie dreigen roet

in het eten te gooien.³ Bovendien zijn de gezondheidsverschillen ook binnen welvarende landen groot; zo is in Nederland het verschil in *levensverwachting* tussen mensen in een onfortuinlijke en gunstige sociaaleconomische positie ongeveer 7 jaar, en het verschil in levensjaren in *goed ervaren gezondheid* zelfs 18 jaar.⁴ Dementie draagt daaraan stevig bij. Wetenschappers en politici belijden unaniem deze gezondheidsverschillen te nivelleren.^{5,6} Toch blijft onze aanpak van dementiepreventie achter bij de goede intenties. Ons inziens speelt een gebrekkige navigatie tussen verschillende preventiestrategieën daarbij parten.

LANDKAART VOOR DEMENTIEPREVENTIE

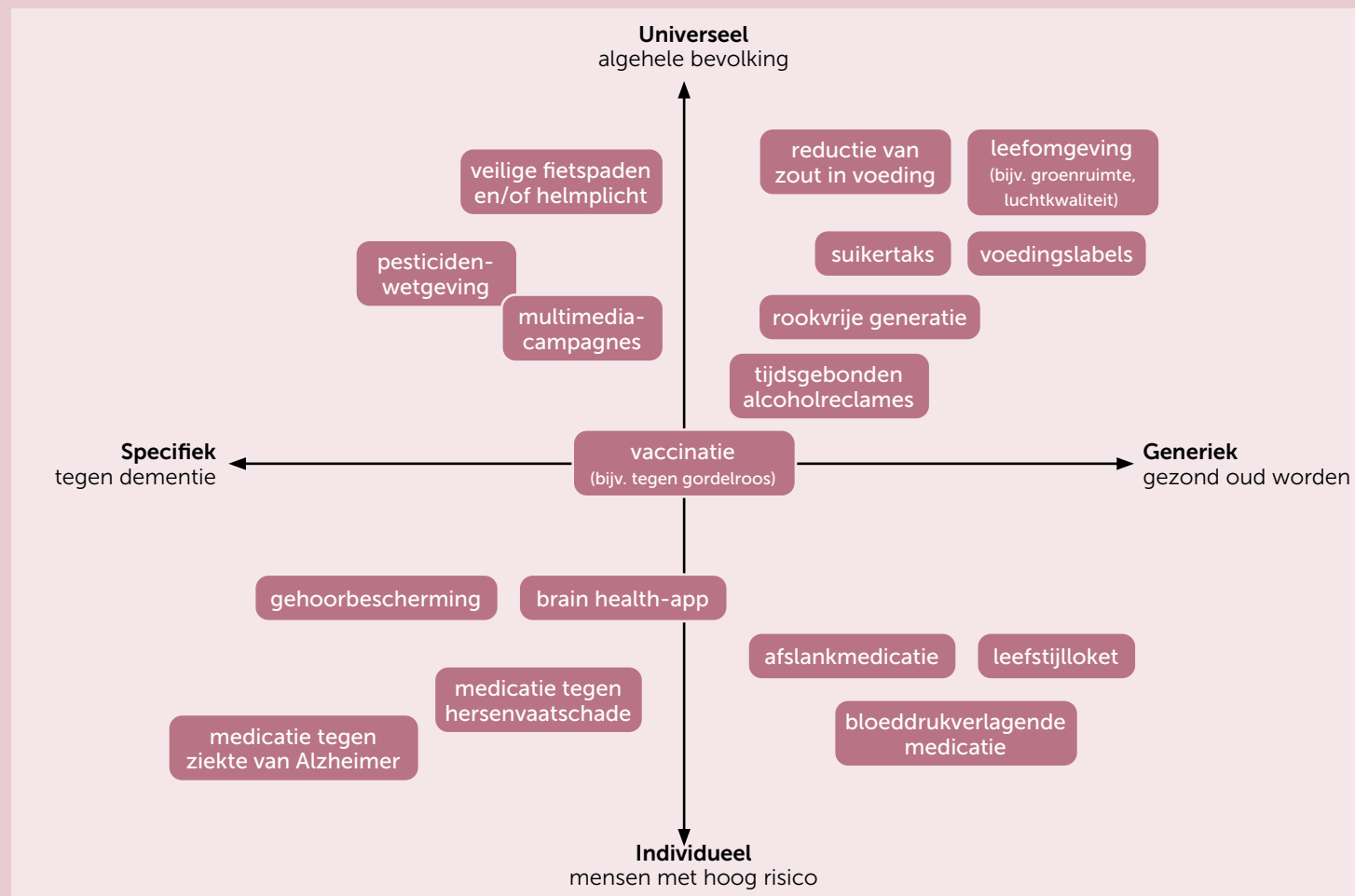
Gezamenlijk tekenden we daarom een preventiekaart. Het grondpatroon van deze landkaart is een route langs alle gekende risicofactoren gerangschikt van ziektespecifieke tot generieke voor meerdere ziektebeelden (Figuur 1). Inmiddels valt 45 procent van alle dementiegevallen te verklaren door modificeerbare risicofactoren.⁷



Figuur 1: Bekende risicofactoren voor dementie.

Wanneer wij deze uittekenen langs de risico-as, valt direct op dat veel risicofactoren niet alleen bij dementie maar vaak bij meerdere ziektebeelden een rol spelen. Denk daarbij aan overgewicht, hypertensie en diabetes, maar ook omgevingsfactoren als luchtkwaliteit. Andere daarentegen zijn specifiek voor dementie, zoals gehoorverlies en traumatisch hersenletsel.

Om richting te geven aan het preventiebeleid dat deze risicofactoren moet beteugelen, zijn twee aanvullende windrichtingen op de kaart nodig. Die worden gevormd door het niveau van de mogelijke preventie-initiatieven, namelijk Universeel of Individueel (Figuur 2). In het verre noorden zijn de universele interventies gericht op de gehele bevolking, terwijl het individuele zuiden zich doorgaans toespitst op hoog-risicogroepen binnen de selectieve of geïndiceerde preventie. Meer dan 90 procent van de preventie-initiatieven tegen dementie is momenteel gericht op de individuele burger of patiënt.⁸ Het preventielandschap is echter een stuk uitgebreider en



Figuur 2: Landkaart voor dementiepreventie. De figuur geeft een overzicht van interventies, deels beschikbaar en deels in ontwikkeling, met verschillende mate van bewijs voor effectiviteit.

vergt een systematisch overzicht om het onderzoeksveld te diversifiëren en blinde vlekken in preventiebeleid te belichten. In sommige windstreken wordt hard gewerkt, terwijl anderen er grotendeels verlaten bijliggen of pas recent op de radar kwamen. Een mooi voorbeeld van het laatste is de voorgenomen suikertaks door het kabinet Jetten.⁹

Van de generiekere preventiestrategieën is bekend dat zij niet alleen bijdragen aan risicoreductie van dementie, maar ook in bredere zin gezondheidswinst opleveren. Aan de individuele kant van risicoreductie is daarbij de meeste aandacht uitgegaan naar generieke maatregelen als cardiovasculair risicomangement en leefstijlinterventies. Ondanks gemengde resultaten uit gerandomiseerd klinisch onderzoek, is de huidige consensus dat dergelijke interventies een beperkt positief effect hebben op cognitieve achteruitgang. Het is aannemelijk dat dit tot minder gevallen van dementie leidt, hoewel dat in klinische trials niet is aangetoond. Uitzondering hierop is de behandeling van hypertensie, wat consistent leidt tot lagere dementierisico's.¹⁰ Desondanks is cognitieve achteruitgang nog geen standaard agendapunt in de spreekkamer van de huisarts of vasculair geneeskundige bij de overweging tot actiever risicomangement. Dit komt ten dele door ethische beperkingen in gerandomiseerd klinisch onderzoek voor behandelingen die al bewezen effectief zijn voor de preventie van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten. Geavanceerde methoden voor 'causal inference' helpen om vanuit observationeel onderzoek te komen tot sterker bewijs voor causale effecten op dementie.¹¹ Gegeven de generieke effecten van dergelijke interventies, inclusief sterftereductie, is het belangrijk om veranderingen in levensverwachting mee te wegen bij het modelleren van interventie-effecten op bevolkingsniveau.²

In het individuele zuiden pleit de balans tussen werking en bijwerking, in samenspraak met kosteneffectiviteit, er vaak voor om de behandeling enkel te adviseren

aan mensen met een relatief hoog risico op dementie. Adequate risicostratificatie is dan onontbeerlijk. Risicomodellen voor dementie zijn in ontwikkeling,¹² en kunnen in de toekomst helpen om deze hoek van de preventiekaart te navigeren. Recent wordt de individugerichte, dementie-specifieke hoek van de kaart uitgebreid met nieuwe medicamenteuze therapieën die het amyloïde eiwit uit de hersenen verwijderen, of progressie van schade aan de kleine bloedvaten in de hersenen remmen. De discussie over toelating van Lecanemab tot de Nederlandse zorg is een actueel voorbeeld.¹³ Hoewel deze medicamenten ten behoeve van preventie nu nog uitsluitend in klinische trials worden toegepast, zal de bijdrage van dergelijke strategieën onontbeerlijk zijn om tot optimale risicoreductie te komen. Tegelijkertijd weten we uit andere medische deelgebieden dat klinische therapieën dikwijls niet alle bevolkingsgroepen in gelijke mate bereiken. Bovendien dicteert de preventieparadox van Geoffrey Rose dat we met enkel individugerichte behandeling het grootste deel van de ziektegevallen niet kunnen vermijden.¹⁴ Om preventieve opties beter te benutten en gezondheidsverschillen te nivelleren, moeten we daarom verder kijken op de landkaart.

Vier jaar geleden pleitten Heijink et al. in dit bulletin reeds voor meer aandacht voor universele preventie.¹⁵ Net als voor de individuele, generieke risicofactoren geldt voor universele dementiepreventie dat er onder de bevolking en beleidsmakers vaak nog onvoldoende bewustzijn is dat dergelijke maatregelen ook bijdragen aan de preventie van dementie. Er zijn momenteel weinig tot geen universele interventies die specifiek gericht zijn tegen neurodegeneratieve ziekte. Voor blootstelling aan pesticiden kan gesteld worden dat dit vooral een effect heeft op de ziekte van Parkinson, met mogelijke effecten op dementie. Ook preventieve maatregelen tegen traumatisch schedelhersenletsel beschermen primair het cognitief functioneren. Multimediacampagnes met publiekseducatie voor risicofactoren helpen om het kennisniveau te verhogen, maar leiden niet automatisch tot gedragsverandering.

Waarschijnlijk zijn dan ook universele beleidsinterventies nodig om middels 'nudging' of striktere aanpassingen in de leefomgeving en voeding tot gereduceerde blootstelling aan risicofactoren te komen. Net als voor sommige van de bovenbeschreven individuele interventies, geldt in de universele windhoek dat bewijs uit gerandomiseerd klinisch onderzoek dikwijls onmogelijk is. Gedegen quasi-experimenteel onderzoek kan dan uitkomst bieden, evenals cluster-gerandomiseerd implementatie-onderzoek en actie-onderzoek. We zullen voor universele maatregelen meer op deze vormen van onderzoek moeten vertrouwen om te voorkomen dat we geparalyseerd blijven toekijken hoe potentiële kansen bij gebrek aan 'klasse-A-bewijs' voorbijgaan. Uiteraard is het daarbij van belang om ziekte-trends in de populatie te blijven volgen.

KOERS BEPALEN OP DE PREVENTIEKAART

De landkaart in figuur 2 laat zich eenvoudig uitbreiden met nieuwe 'bestemmingen', en kan richting geven aan de ontwikkeling van dergelijke interventies. Zoals elke landkaart is deze van boven bezien overzichtelijk, maar wij waken ervoor eenmaal op de grond niet in haar steegjes en moerassen te verdwalen. Zoals Robbert Dijkgraaf recent eloquent betoogde, ligt de kracht van de academie in het signaleren van (dreigende) problemen en oplossingsrichtingen.¹⁶ De contouren van het landschap zijn immers complex. Veel interventies zijn aan elkaar verbonden door verschillende feedback mechanismen in onze complexe samenleving.¹⁷ We moeten op zoek naar de 'leverage points', de aangrijpingspunten voor interventies die de meeste impact op de samenleving als geheel sorteren.

Het navigeren door de straten van belangen en over de bergen van bureaucratie om daadwerkelijk te implementeren is niet eenvoudig. Daar komt politieke en maatschappelijke wil en daadkracht bij kijken. Maar wie pakt het roer? Sturing vanuit het individu zelf vergt weerbarstige gedragsverandering, zeker wanneer sturing vanuit de industrie wordt gelabeld als marketing en vanuit de overheid als betutteling. Met

leefstijlinterventies alléén zullen we de factoren uit figuur 1 dan ook niet zodanig beteugelen dat het potentieel van preventie wordt bereikt. Risicofactorreductie ten behoeve van dementie vergt dus koersvastheid in het politieke gezondheidsbeleid op individueel én publiek niveau.^{18,19}

Het doel van gezondheidsbevordering is méér mensen méér levensjaren in goede gezondheid bieden. Als dementieonderzoekers zien we goede redenen om naast de generieke maatregelen ook prioriteit te blijven geven aan preventieonderzoek naar dementie-specifieke mechanismen. De helft van het voorkomen van dementie op bevolkingsniveau kunnen wij immers nog niet verklaren, en verder onderzoek kan belangrijke nieuwe preventierichtingen ontsluiten. Daarnaast achten wij het van belang om aanknopingspunten te bieden voor gerichtere interventie, bijvoorbeeld door begrip van 'pleiotropie' (meervoudige effectlijnen) van medicamenten en effectievere inzet van bestaande interventies tegen dementie ('repurposing'). Maar de hoofdkoers is duidelijk: gebalanceerd laveren over onze preventiekaart om mogelijkheden optimaal te benutten en gezondheidsverschillen te verkleinen. Laten we daarbij niet wachten totdat de idyllische eindbestemming bekend is, maar gesteund door onze huidige kaart alvast uit de huidige havens vertrekken en onderweg de koers monitoren op uitkomsten en bijsturen naarmate er nieuwe evidentie komt.

Frank Wolters is Universitair Hoofddocent aan de afdeling Epidemiologie, Erasmus MC – Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Robbert Huijsman is hoogleraar Innovatie & Implementatie in Dementiezorg aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

REFERENTIES

1. Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R, et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*. 2020;95(5):e519-e531.
2. Brück CC, Wolters FJ, Ikram MA, de Kok IMCM. Projected prevalence and incidence of dementia accounting for secular trends and birth cohort effects: a population-based microsimulation study. *Eur J Epidemiol*. 2022;37(8):807-814.
3. Mukadam N, Wolters FJ, Walsh S, et al. Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies. *Lancet Public Health*. 2024;9(7):e443-e460.
4. RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning. <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
5. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Een eerlijke kans op gezond leven. Den Haag, 2021.
6. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag, 2020.
7. Livingston G, et al., Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024 Aug 10;404 (10452):572-628. doi: 10.1016/S0140-6736.
8. Walsh S, Wallace L, Kuhn I, et al. Are Population-Level Approaches to Dementia Risk Reduction Under-Researched? A Rapid Review of the Dementia Prevention Literature. *J Prev Alzheimers Dis*. 2024;11(1):241-248. doi: 10.14283/jpad.2023.57.
9. D66, VVD en CDA. Aan de slag: bouwen aan een beter Nederland. Coalitieakkoord 2026-2030. Den Haag, 2026.
10. Peters R, Xu Y, Fitzgerald O, et al. Blood pressure lowering and prevention of dementia: an individual patient data meta-analysis. *Eur Heart J*. 2022;43(48):4980-4990.
11. Imbens G, Rubin DB. Causal inference for statistics, social, and biomedical sciences: an introduction. Cambridge University Press, New York, 2015.
12. Licher S, Leening MJG, Yilmaz P, et al. Development and Validation of a Dementia Risk Prediction Model in the General Population: An Analysis of Three Longitudinal Studies. *Am J Psychiatry*. 2019;176(7):543-551.
13. Zorginstituut: nieuw Alzheimermedicijn werkt onvoldoende voor vergoeding. <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2026/02/18/zorginstituut-nieuw-alzheimermedicijn-werkt-onvoldoende-voor-vergoeding>
14. Walsh S, Wallace L, Merrick R, et al. How many future dementia cases would be missed by a high-risk screening program? A retrospective cohort study in a population-based cohort. *Alzheimers Dement*. 2024;20(9):6278-6286.
15. Heijink R, Vonk R, Bussemaker J. Preventiebeleid: van individuele leefstijl naar sociale leefomgeving. Noodzakelijke uitdaging voor beleidsmakers en gezondheidseconomen. Vereniging voor gezondheidseconomie – jaargang 39, nummer 1, maart 2022.
16. Dijkgraaf R. Lange leve de ivoren toren. NRC. 25 december 2025.
17. Meadows DH. Thinking in systems. Chelsea Green Publishing, Vermont, 2008.
18. Gezondheidsraad. Risicoreductie en vroegdiagnostiek van dementie. Den Haag, 2025.
19. Ministerie van VWS, Nationale dementiestrategie 2026-2030; actualisatie. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2026/01/29/nationale-dementiestrategie-2026-2030-actualisatie>

DE LANGDURIGE ZORGHERVORMING VAN 2015 EN DEMENTIEZORG IN NEDERLAND: UITKOMSTEN EN VOORKEUREN VOOR LANGER THUIS WONEN

Janet MacNeil Vroomen

Dementie is een van de kostbaarste aandoeningen in de zorg. Wereldwijd worden de jaarlijkse kosten geraamd op 1,3 biljoen dollar, waarbij een aanzienlijk deel toe te schrijven is aan verpleeghuiszorg.¹ In Nederland, het land dat van alle OECD-landen het meest uitgeeft aan langdurige zorg (LZ), 4,4% van het BBP in 2023², is dementie-zorg een grote economische uitdaging. Momenteel leven ongeveer 290.000 mensen met dementie in Nederland, waarvan de meerderheid (80%) thuis woont, ondersteund door circa 800.000 mantelzorgers, van wie ten minste de helft aangeeft zwaar belast te zijn.³

Om de stijgende LZ-kosten te beheersen, voerde Nederland op 1 januari 2015 een ingrijpende nationale hervorming door. De doelstellingen waren: ouderen zo lang mogelijk thuis laten wonen, zorgtaken decentraliseren naar gemeenten en zorgverzekeraars, taken verschuiven van formele naar informele zorgverleners, en de uitgaven verminderen.^{4,5} De hervorming ging gepaard met de sluiting van 600 LZ-voorzieningen⁶, een bezuiniging van 11% op naar de gemeente overgehevelde zorgbudgetten en een vermindering van 35% op het budget voor thuiszorg.⁴ Het was een van de meest uitgebreide LZ-hervormingen in de EU.⁷

Voor gezondheidseconomen is het belangrijk om te bepalen of deze hervorming heeft gewerkt, en voor wie. Onze onderzoeksgroep heeft sinds 2018 systematisch de effecten van de hervorming van 2015 op mensen met dementie geëvalueerd. Tegelijkertijd hebben we een kennisbasis opgebouwd voor een ander soort beleidsvraag: wat willen mensen met dementie en hun mantelzorgers eigenlijk

van zorgdiensten om thuis te kunnen blijven wonen, en hoe kunnen we die kennis gebruiken om betere zorg en ondersteuning te ontwerpen?

ECONOMISCHE IMPACT VAN DE NEDERLANDSE LZ-HERVORMING VAN 2015: EEN EVALUATIE OP POPULATIENIVEAU

Onze groep heeft gebruik gemaakt van onderbroken tijdreeksanalyses (een quasi-experimentele methode die goed geschikt is voor het evalueren van nationale beleidswijzigingen)⁸ om te onderzoeken wat er na 2015 is gebeurd met het zorggebruik en kosten voor mensen met dementie. De bevindingen laten verschillende belangrijke patronen zien die relevant zijn voor toekomstig zorgbeleid.

Ten eerste hing de hervorming samen met veranderingen in de plek van overlijden voor de gehele oudere bevolking. Voor mensen met dementie verdubbelden ziekenhuissterfte ten opzichte van sterfte in LZ-voorzieningen onmiddellijk na de hervorming (aRRR 2,03; 95%-BI 1,37-3,01), terwijl het aandeel dat thuis overleed niet veranderde. Voor de totale oudere bevolking namen zowel thuissterfte (aRRR 1,17; 95%-BI 1,12-1,23) als ziekenhuissterfte (aRRR 1,09; 95%-BI 1,04-1,15) toe ten opzichte van sterfte in LZ-voorzieningen na de hervorming.⁹

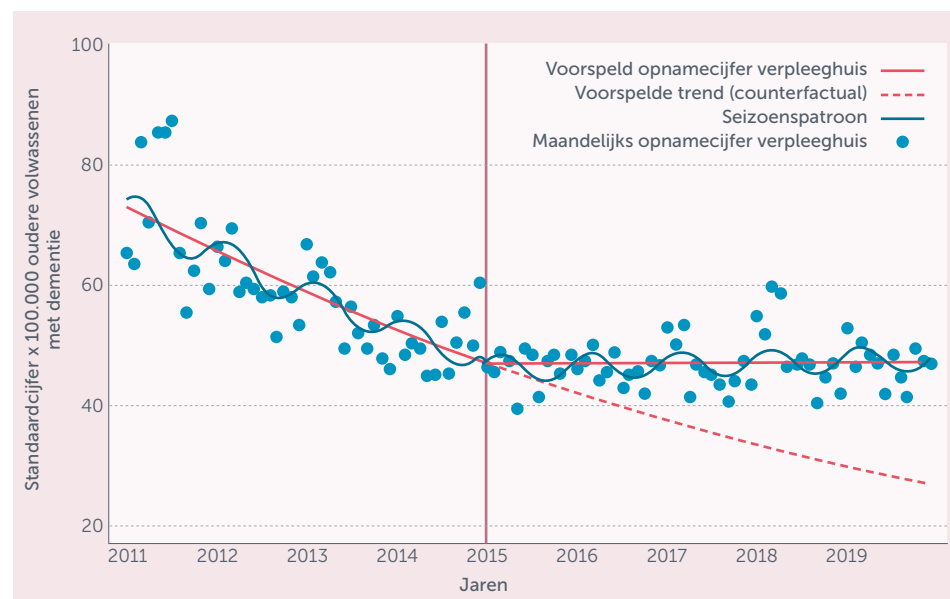
Ten tweede was de hervorming geassocieerd met een gemiddeld 12% hogere acute ziekenhuisopnamecijfer in de periode na de hervorming vergeleken met de periode vóór de hervorming (IRR 1,116; 95%-BI 1,070-1,165), met een onmiddellijke stijging van ongeveer 11% na invoering.¹⁰ Deze stijging was tijdelijk: de trend na de

hervorming was dalend en het ziekenhuisopnamecijfer keerde na ongeveer vier jaar terug naar het niveau van vóór de hervorming. De hervorming was ook geassocieerd met een stabilisatie van de gemiddelde ziekenhuisopnameduur, die vóór 2015 aan het dalen was (gemiddeld 7,74 dagen na de hervorming versus 7,93 dagen daarvoor).¹⁰ Samen suggereren deze patronen dat acute ziekenhuiszorg en langdurige thuiszorg nauw met elkaar verweven zijn en dat veranderingen in de ene kunnen leiden tot veranderingen in de andere.

Ten derde laten onze analyses (figuur 1) van de benutting van verpleeghuiszorg zien dat de hervorming geassocieerd was met een 39% lager verpleeghuisopnamecijfer voor mensen met dementie in de periode na de hervorming vergeleken met de periode daarvoor (IRR 0,610; 95%-BI 0,547-0,681), naast een gemiddelde toename van 16% in de prevalentie van wachtlijsten voor verpleeghuizen (IRR 1,159; 95%-BI 1,048-1,282), met een onmiddellijke stijging van 28% na de hervorming.¹¹ Voor de bredere oudere bevolking daalden verpleeghuisopnames van 88,80 naar 69,82 per 100.000 ouderen, en was de gemiddelde overlevingstijd na opname in een verpleeghuis in de periode na de hervorming ongeveer twee weken korter.¹² Ander onderzoek heeft aangetoond dat het aantal crisissituaties en de belasting van mantelzorgers van mensen met dementie sinds de hervorming van 2015 zijn toegenomen, wat duidt op een grotere rol voor mantelzorgers bij het verlenen van ondersteuning.¹³

EEN ONTBREKEND ELEMENT: DE STEM VAN MENSEN MET DEMENTIE EN MANTELZORGERS

Voortbouwend op deze inzichten is een logische vervolgvraag: wat waarderen mensen met dementie en hun mantelzorgers eigenlijk op het gebied van ondersteuning om thuis te blijven wonen? Dit beantwoorden is essentieel om tot beleid te komen dat zowel effectief als persoonsgericht is.



Figuur 1: Onderbroken tijdreeks van de maandelijkse opnamecijfers van oudere Nederlandse personen met dementie in verpleeghuizen (N = 270.706). De blauwe punten vertegenwoordigen het geobserveerde maandelijkse opnamecijfer voor verpleeghuizen per 100.000 oudere volwassenen met dementie. De blauwe curve illustreert het seizoenspatroon binnen het jaar, zoals geschat met behulp van een cosinusfunctie. De rode doorgetrokken lijnen tonen het voorspelde maandelijkse opnamecijfer op basis van het gecorrigeerde negatief-binomiale regressiemodel. De rode stippellijn geeft het contrafactische scenario weer, waarbij wordt geschat wat het maandelijkse opnamecijfer zou zijn geweest als de hervorming niet had plaatsgevonden (negatief-binomiaal regressiemodel). In de periode na de hervorming overtreft het voorspelde opnamecijfer de contrafactische schatting, wat suggereert dat de opnames mogelijk lager zouden zijn geweest als de hervorming niet had plaatsgevonden. Bewerking van Wammes et al.¹¹

Mensen met dementie worden vaak uitgesloten van beleidsontwikkeling en -evaluatie, veelal omdat communicatie als moeilijk wordt ervaren.^{14,15} Toch toont onderzoek aan dat mensen met dementie hun eigen behoeften en voorkeuren kunnen uiten wanneer ze de juiste hulpmiddelen en gelegenheid krijgen.^{16,17} Onze groep heeft meerdere jaren besteed aan het ontwikkelen van een methodologie om dit op grote schaal te kunnen doen.¹⁸

Via kwalitatieve interviews door heel Nederland identificeerden we zeven zorgkenmerken die mensen met dementie en mantelzorgers het belangrijkste vinden om thuis te kunnen blijven wonen: navigeren door het zorgstelsel, informatie over dementie, sociale activiteiten, hulp bij dagelijkse activiteiten, thuiszorg, woningaanpassingen en hulpmiddelen, en emotionele ondersteuning.^{19,20} Volgende focusgroepen toonden aan dat mensen met dementie en mantelzorgers wezenlijk verschillende prioriteiten hebben: mensen met dementie gaven prioriteit aan praktische dagelijkse hulp en sociale activiteiten, terwijl mantelzorgers de organisatie van zorg en emotionele ondersteuning prioriteerden.²¹

Deze verschillen zijn buitengewoon belangrijk voor het beleid; ongeadresseerde zorgbehoefte zijn geassocieerd met een hogere kans op opname in het verpleeghuis^{22,23} en een lagere kwaliteit van leven.¹⁶ Een zorgpakket dat uitsluitend is ontworpen rond de voorkeuren van mantelzorgers zal niet noodzakelijkerwijs voorzien in de behoeften van de persoon met dementie, en omgekeerd. Toch worden huidige zorgdiensten vaak ontworpen zonder systematisch overleg met een van beide groepen.^{14,15}

EEN NATIONALE KENNISBASIS OPBOUWEN: HET DISCRETE KEUZE-EXPERIMENT

Om van kwalitatief inzicht over te stappen op kwantitatief bewijs dat beleidsmakers en zorgverzekeraars kunnen gebruiken, voert onze groep een nationaal discrete

Naam zorgvorm:

Thuiszorg op een vast tijdstip

Beschrijving: Uw naaste met dementie kan thuis hulp krijgen met persoonlijke zorg. Denk hierbij een hulp met douchen, aankleden en medicijnen innemen. Deze hulp wordt gegeven door een zorgverlener die uw taal spreekt.



Opties:

- Twee keer per week
- Dagelijks
- 4x per dag

Instructies in het Nederlands:

▶ 0:00 / 0:23

Instructies in het Marokkaans:

▶ 0:00 / 0:23

Instructies in het Turks:

▶ 0:00 / 0:23

Figuur 2: Voorbeeld van tekstuele, visuele en audio-instructies in de DKE.

keuze-experiment (DKE) uit, een methode die goed ingeburgerd is in de gezondheidseconomie en waarbij deelnemers wordt gevraagd te kiezen tussen verschillende pakketten van zorgdiensten, waardoor onderzoekers de relatieve waarde die zij aan elk onderdeel hechten kunnen schatten.²⁴

Het vernieuwende van onze aanpak is dat we zowel de persoon met dementie als de mantelzorger als gezamenlijk paar ("dyade") in de analyse opnemen om zowel individuele als gezamenlijke voorkeuren gelijktijdig te modelleren.¹⁸ Deze dyadische

methodologie is uniek in de gezondheidseconomie en stelt ons in staat individuele waarden te begrijpen en te zien hoe zorgende koppels samen afwegingen maken.²⁵

We hebben ook aangepaste DKE-materialen ontwikkeld met visuele kaarten met afbeeldingen, speciaal ontworpen voor mensen met cognitieve beperkingen, om ervoor te zorgen dat mensen met dementie daadwerkelijk kunnen deelnemen aan het experiment in plaats van vertegenwoordigd te worden door proxyantwoorden van hun mantelzorgers.^{21,25} Het onderzoek is representatief voor de Nederlandse bevolking, met deelnemers uit stedelijke en landelijke gebieden, met verschillende opleidingsniveaus en verschillende culturele achtergronden.¹⁸

Een belangrijke methodologische uitdaging zijn de beperkingen in cognitie en tijdshorizon van de deelnemers. Een DKE vereist dat de deelnemers, mensen met dementie en mantelzorgers, hun voorkeuren kunnen uitdrukken en waarderen. Onze aangepaste materialen zijn ontworpen om dit mogelijk te maken, maar dementie is een progressieve aandoening: deelnemers kunnen het moeilijk vinden om te anticiperen op hoe hun behoeften en prioriteiten eruit zullen zien naarmate de ziekte vordert. Dit is geen tekortkoming van de deelnemer; het weerspiegelt de aard van de aandoening zelf. Om die reden moet de stem van zorgprofessionals, en in het bijzonder van huisartsen die veel patiënten en families hebben begeleid door het volledige traject van dementie, onderdeel zijn van het beeld. Huisartsen beschikken over de medische opleiding, de longitudinale klinische ervaring en de brede blootstelling aan verschillende ziekteverlopen die hen in staat stelt behoeften te verwoorden die mensen met dementie en mantelzorgers mogelijk nog niet kunnen overzien. Het opnemen van hun perspectief is geen vervanging voor de stemmen van mensen met dementie en mantelzorgers, maar een noodzakelijke aanvulling: een die ervoor zorgt dat de kennisbasis niet alleen huidige voorkeuren vastlegt, maar alle fases bestrijkt van wat thuis blijven wonen met dementie daadwerkelijk vereist.

Een bijzondere focus van ons werk betreft mensen met dementie en mantelzorgers met een migratieachtergrond. Mensen met een niet-westerse migratieachtergrond hebben een ongeveer drie keer hogere prevalentie van dementie vergeleken met de autochtone Nederlandse bevolking.^{26,27} Dit wordt veroorzaakt door een combinatie van risicofactoren als cardiovasculaire risicofactoren, een lager opleidingsniveau en barrières voor vroegdiagnostiek.²⁷ Ondanks dat zij een groeiende en hoog-risicogroep vormen, zijn zij nagenoeg geheel afwezig in bestaand onderzoek naar dementiezorgvoorkeuren. Via specifieke kwalitatieve interviews en een apart DKE-module ontworpen om cultureel en taalkundig toegankelijk te zijn, bouwen we de eerste nationale kennisbasis op over wat deze groep nodig heeft en waardeert om thuis te kunnen blijven wonen.^{20,28} Dit werk probeert door deze groepen een stem te geven in het bepalen van het zorgpakket te voorkomen dat sociaaleconomische ongelijkheden worden vergroot.²⁹

De DKE levert een nationaal representatieve, cultureel inclusieve kennisbasis op over de individuele en gezamenlijke voorkeuren van mensen met dementie en mantelzorgers voor thuiswonende zorg.

VAN EVALUATIE NAAR HERONTWERP: EEN GEÏNTEGREERDE AGENDA

Samen leiden deze twee onderzoeklijnen tot een samenhangende agenda voor de toekomst van de zorg voor mensen met dementie. De evaluatie laat patronen in zorggebruik en kosten zien die samenhangen met de hervorming in 2015. Dit biedt relevante informatie over hoe het beleid voor ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en mantelzorgers beter vorm te geven.^{9,12} Het voorkeursoronderzoek schetst de manier waarop een beter ontworpen ondersteuningssysteem eruit zou kunnen zien, gebouwd op wat mensen met dementie en mantelzorgers zelf zeggen nodig te hebben.^{18-21,25,28}

Nederland heeft de kans het eerste land ter wereld te worden waar mensen met dementie en hun mantelzorgers een echte, op bewijs gebaseerde invloed hebben op het nationale dementiezorgbeleid. Het economische argument is eenvoudig: zorgpakketten die niet aansluiten bij de voorkeuren van de beoogde gebruikers kunnen leiden tot onvervulde behoeften, en uiteindelijk meer crisisopnames en gebruik van verpleeghuiszorg.^{18,19} Ons onderzoek helpt te kwantificeren wat de langetermijneffecten zijn van een goed ontworpen zorgaanbod.^{18,25} Economische ex-post evaluaties bieden de verantwoording voor beleid, het voorkeursoronderzoek wijst de richting voor nieuwe oplossingen. Samen bieden ze een fundament voor LZ-beleid dat zowel financieel haalbaar als menselijk is.

Janet MacNeil Vroomen is universitair hoofddocent, afdeling Geriatrie, Amsterdam Universitair Medisch Centrum

Financiële ondersteuning werd verkregen van De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (<https://www.nwo.nl/en>) (NWO-Talentprogramma-Veni-beurs nr. 091-619-060 en Vidi nr. 09150172110097) en een Alzheimer Nederland Impulse-beurs (WE.06-2021-04) aan JMV.

REFERENTIES

1. World Health O. Global status report on the public health response to dementia. Genève: WHO, 2021.
2. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Parijs: OECD Publishing; 2023.
3. Döpp C, van der Heide I, Heins M. Cijfers over 2017 uit het landelijke Register Dementiezorg en Ondersteuning. Utrecht: Nivel/Vilans/Movisie/Pharos/Trimbos Instituut, 2020.
4. Alders P, Schut FT. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy* 2019; 123(3): 312–6.
5. Maarse JAM, Jeurissen PP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy* 2016; 120(3): 241–5.
6. Aedes-Actiz Kenniscentrum W-Z. Onderzoek naar sluiting verzorgingshuizen. Utrecht: KCWZ, 2019.
7. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Brussel: Europese Commissie, 2018.
8. Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol* 2017; 46(1): 348–55.
9. MacNeil Vroomen JL, van der Steen JT, Holman R, Monin JK, Buurman BM. Hospital Deaths Increased After Reforms Regardless of Dementia Status: An Interrupted Time-Series Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021; 22(7): 1507–11.
10. Wammes JD, Bakx P, Wouterse B, Buurman BM, Murphy TE, MacNeil Vroomen JL. Acute hospital use in older adults following the 2015 Dutch reform of long-term care: an interrupted time series analysis. *Lancet Healthy Longev* 2023; 4(6): e257–e64.
11. Wammes JD, Wouterse B, Murphy TE, MacNeil Vroomen JL. Impact of the 2015 Dutch Long-Term Care Reform on Nursing Home Use and Access for People With Dementia. *J Am Geriatr Soc*. Mar 2026;74(3):722–728. doi:10.1111/jgs.70301
12. MacNeil Vroomen JL, Wammes JD, Wouterse B, Smalbrugge M, Murphy TE. Utilisation of nursing home care before and after the 2015 Dutch national reform: an interrupted time series analysis. *Age Ageing* 2025; 54(2).
13. Francke AL, van der Heide I, Bruin S. Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact. Utrecht: Nivel/Trimbos Instituut, 2018.
14. van der Roest HG, Meiland FJ, Comijs HC. What do community-dwelling people with dementia need? *International Psychogeriatrics* 2009; 21(5): 949–65.
15. van der Roest HG, Meiland FJ, Maroccini R. Subjective needs of people with dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics* 2007; 19(3): 559–92.

16. Monin JK, Jorgensen TD, MacNeil Vroomen JL. Self-Reports and Caregivers' Proxy Reports of Unmet Needs of Persons With Dementia: Implications for Both Partners' Health-Related Quality of Life. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2020; 28(3): 363–7.
17. Wammes JD, Laws HB, van Hout HPJ, Monin JK, MacNeil Vroomen JL. Self-reported and informal caregiver proxy-reported met needs in persons living with dementia are associated with lower health-related quality of life. *Aging and Mental Health* 2024; 28(3): 422–6.
18. Vullings I, Wammes J, Uysal-Bozkir O. Eliciting preferences of persons with dementia and informal caregivers to support ageing in place: a protocol for a discrete choice experiment. *BMJ Open* 2023; 13(12): e075671.
19. Vullings I, Labrie N, Wammes JD, de Bekker-Grob EW, MacNeil Vroomen JL. Important components for Dutch in-home care based on qualitative interviews with persons with dementia and informal caregivers. *Health Expectations* 2020; 23(6): 1412–9.
20. Vullings I, El Jaouhari S, Wammes J. Ageing-in-place care preferences of persons living with dementia and informal caregivers with a migration background: A qualitative interview study. *Ageing and Society* 2025.
21. Wammes JD, Labrie NHM, Agogo GO, Monin JK, de Bekker-Grob EW, MacNeil Vroomen JL. Persons with dementia and informal caregivers prioritizing care: A mixed-methods study. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions* 2021; 7(1): e12193.
22. Gaugler JE, Yu F, Krichbaum K, Wyman JF. Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care* 2009; 47(2): 191–8.
23. Black BS, Johnston D, Morrison A, Rabins PV, Lyketsos CG, Samus QM. Quality of life of community-residing persons with dementia based on self-rated and caregiver-rated measures. *Quality of Life Research* 2012; 21(8): 1379–89.
24. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4e druk. Oxford: Oxford University Press; 2015.
25. Wammes JD, Swait JD, de Bekker-Grob EW, Monin JK, Labrie NHM, MacNeil Vroomen JL. Dyadic Discrete Choice Experiments Enable Persons with Dementia and Informal Caregivers to Participate in Health Care Decision Making. *Journal of Alzheimer's Disease* 2023; 91: 105–14.
26. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir O, Goudsmit M. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2016; 31(9): 1040–9.
27. Selten JP, Termorshuizen F, van Sonsbeek M, Bogers J, Schmand B. Migration and dementia: a meta-analysis of epidemiological studies in Europe. *Psychol Med* 2021; 51(11): 1838–45.
28. Vullings I, Pilli L, Russchen MJCH, et al. Attribute Development and Level Selection for a Discrete Choice Experiment to Elicit Care Preferences of Older Adults and Informal Caregivers Aging in Place in The Netherlands. *Patient* 2026; 19: 131–144. doi:10.1007/s40271-025-00774-2.
29. Bolster-Foucault C, Vedel I, Busa G, Hacker G, Sourial N, Quesnel-Vallée A. Social inequity in ageing in place among older adults in Organisation for Economic Cooperation and Development countries: a mixed studies systematic review. *Age Ageing* 2024; 53(8).

BEPERKTE ROL VAN HUIS EN BUURT BIJ LANGER THUIS WONEN IN GEVORDERDE DEMENTIE

Gaia Bagnaso

De vergrijzende bevolking vergroot de financiële en personele druk op de langdurige zorg. Om kosten te beheersen en personeelstekorten het hoofd te bieden, wordt in veel landen, waaronder Nederland, steeds meer ingezet op ageing in place: het zo lang mogelijk veilig en zelfstandig in de eigen woning en vertrouwde omgeving blijven wonen.^{1,2} Dit geldt ook voor de in de komende decennia snel toenemende groep ouderen met dementie. Aanpassingen aan de woning en de woonomgeving kunnen mogelijk helpen om deze ouderen met vaak zowel cognitieve als fysieke problemen veilig langer thuis te laten wonen. In het kader van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) wordt er bijvoorbeeld gesproken van dementievriendelijke woningen. Maar hoe die dementievriendelijke woningen en buurten eruit moeten zien, hoeveel ouderen met dementie al in dit soort woningen wonen en in hoeverre een dementievriendelijke omgeving daadwerkelijk bijdraagt aan langer thuis wonen is nog onduidelijk.

Er is aanzienlijk bewijs dat woning- en buurtkenmerken het dagelijks functioneren, de zelfstandigheid en de zorgbehoefte van mensen met dementie beïnvloeden. Woningkenmerken zoals grootte, toegankelijkheid en wel of geen aanwezigheid van hulpmiddelen ondersteunen of belemmeren activiteiten, terwijl buurtkenmerken zoals bereikbare voorzieningen, sociale cohesie en veiligheid bijdragen aan welzijn en participatie.³⁻⁸ De meeste bestaande studies onderzoeken individuele aspecten van het huis of de buurt, terwijl te verwachten valt dat juist combinaties van bepaalde woning- of buurtkenmerken gezamenlijk bijdragen aan langer thuis wonen. In dit onderzoek bekijken we daarom de samenhang tussen individuele kenmerken: in hoeverre clusteren bepaalde woning- en buurtkarakteristieken binnen de groep

ouderen met dementie en dragen bepaalde clusters van karakteristieken gezamenlijk bij aan langer thuis wonen?

IDENTIFICATIE VAN PERSONEN MET DEMENTIE EN OVERLEVINGSTIJD

Het onderzoek gaat over ouderen met een indicatie voor Wlz-zorg. We gebruiken landelijke gegevens van het CIZ over toegekende indicaties voor langdurige zorg tussen 2015 en 2023. We bekijken personen met een eerste indicatie voor de zorg-zwaartepakketten ZZP VV5 (beschermde wonen met intensieve dementiezorg) of ZZP VV7 (beschermde wonen met zeer intensieve zorg, vaak voor mensen met ernstige vormen van dementie). Mensen met een indicatie voor dementie kunnen ervoor kiezen om te verhuizen naar een verpleeghuis of de zorg thuis af te nemen via een Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) of een Persoonsgebonden Budget (PGB). Ouderen met dementie gebruiken vaak eerst Wlz-zorg thuis om vervolgens te verhuizen naar het verpleeghuis.⁹ Als uitkomstvariabele gebruiken we het aantal dagen dat mensen na hun eerste indicatie thuis blijven wonen, oftewel het aantal dagen tussen de Wlz-indicatie en de opname in een verpleeghuis.

DEMENTIE-VRIENDELIJK WONEN: 11 INDICATOREN

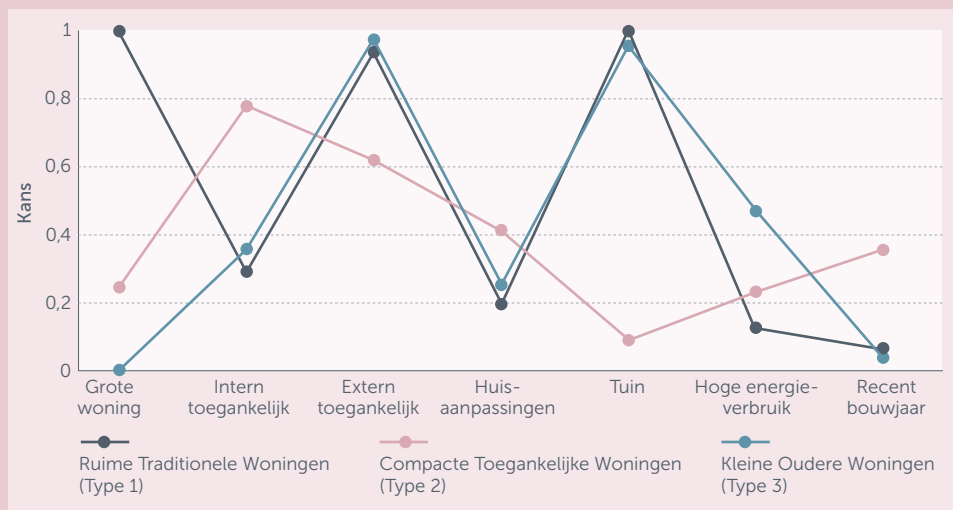
Deze gevonden dementiepopulatie is gekoppeld aan administratieve gegevens en surveydata op individueel niveau van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), met gedetailleerde informatie over objectieve en subjectieve kenmerken van de woning en buurt. Op basis van de beschikbare gegevens voor 6.643 personen en literatuur over dementievriendelijke omgevingen construeert dit onderzoek zeven woningindicatoren (grote woning, intern en extern toegankelijk, aanwezigheid van huisaanpassingen,

aanwezigheid van tuin, hoog energieverbruik en recent bouwjaar) en vier buurt-indicatoren (visueel aantrekkelijk, veel sociale cohesie, veilig en voorzieningen nabij) die relevant zijn voor ageing in place bij mensen met dementie.

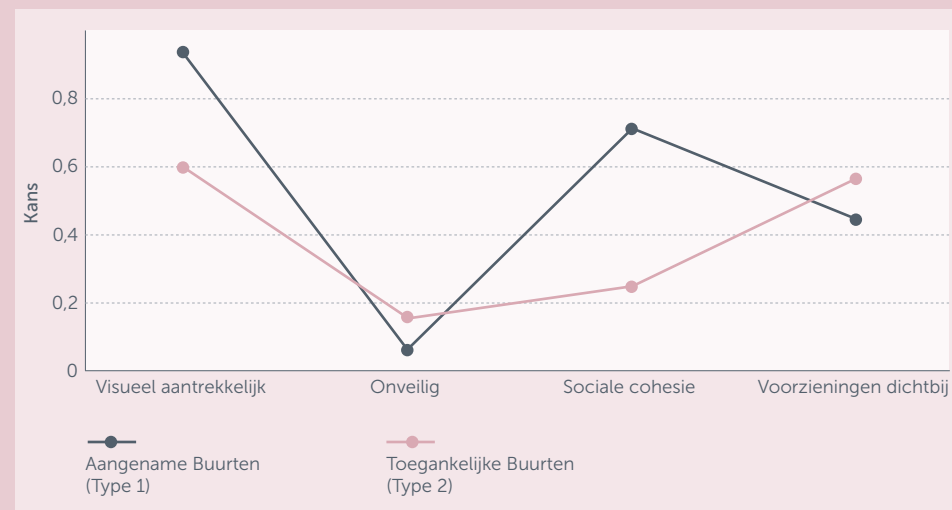
CLUSTERING VAN WOON- EN BUURTKARAKTERISTIEKEN

Om inzicht te krijgen in de combinaties van woning- en buurtkenmerken waarin mensen met dementie wonen, voeren we een latente klasse-analyse uit. Hiermee identificeren we drie typen woningen. Ongeveer een derde van de ouderen met dementie (37 procent) woont in Type 1, Ruime Traditionele Woningen, bestaande uit grote, oudere woningen gebouwd vóór 1995, vaak met externe toegankelijkheid, een eigen tuin en laag energieverbruik, maar beperkte interne toegankelijkheid en

weinig huisaanpassingen. Daarnaast woont 43 procent van de ouderen met dementie in Type 2, Compacte Toegankelijke Woningen, die voornamelijk kleinere, nieuwere woningen omvatten onder 100 m² met hoge interne toegankelijkheid en veel huisaanpassingen, maar beperkte externe toegankelijkheid en zelden een eigen tuin. De overige 20 procent woont in Type 3, Kleine Oudere Woningen, bestaande uit kleine woningen onder 100 m² met hoog energieverbruik, en deelt verder kenmerken met Type 1. Ook onderscheiden we twee typen buurten. De meerderheid (62 procent) van de ouderen met dementie woont in Type 1, Aangename Buurten, bestaande uit buurten met een hoge mate van sociale cohesie, waarbij sprake is van direct contact met burens of buurgenoten en mensen elkaar helpen in de buurt. Bovendien is de bebouwing in deze buurten visueel aantrekkelijk, heerst er een sterk gevoel van



Figuur 1: Kenmerken woningclusters.



Figuur 2: Kenmerken buurtclusters.

veiligheid, maar zijn faciliteiten zoals huisarts of supermarkt op wat grotere afstand. De rest van de ouderen (38 procent) woont in Type 2, Toegankelijke Buurten, die buurten omvat die dicht bij voorzieningen liggen, maar minder visueel aantrekkelijk zijn, als minder veilig worden ervaren en een lagere sociale cohesie hebben.

GROTE SOCIAALECONOMISCHE VERSCHILLEN TUSSEN BEWONERS OVER HUIS-EN BUURT CLUSTERS

Er zijn belangrijke sociaaleconomische verschillen tussen de ouderen met dementie die in bepaalde typen huizen en buurten wonen. Ouderen in de meest kwetsbare sociaaleconomische positie wonen vaker in minder dementievriendelijke huizen en buurten.

Bewoners van Ruime Traditionele Woningen (Type 1) zijn jonger, vaker man, hebben vaker een partner of kind in huis, en hebben gemiddeld een hoger inkomen en vermogen. Bewoners van Compacte Toegankelijke Woningen (Type 2) zijn gemiddeld het oudst, vaker vrouw, en hebben het minst vaak een partner en een thuiswonend kind. Ook hebben ze gemiddeld een lager inkomen, vermogen en woningbezit. Bewoners van Kleine Oudere Woningen (Type 3) zitten qua gemiddelde karakteristieken tussen de twee andere typen woningen in, maar hebben wel het laagste gemiddelde inkomen en vermogen. Bovendien hebben bewoners van Aangename Buurten (Type 1) vaker een partner, een iets hoger huishoudinkomen en vaker langdurig woningbezit dan bewoners van Toegankelijke Buurten (Type 2).

Een dementievriendelijke woning staat ook vaker in een dementievriendelijke wijk. Bewoners van Ruime Traditionele Woningen (Type 1) wonen voornamelijk in Aangename Buurten (70 procent), terwijl bewoners van Compacte Toegankelijke Woningen (Type 2) en Kleine Oudere Woningen (Type 3) meer gelijkmatig verdeeld zijn, met ongeveer 60 procent in de Aangename Buurten en 40 procent in Toegankelijke Buurten.

HUIS EN BUURT DRAGEN BEPERKT BIJ AAN LANGER THUIS WONEN VOOR OUDEREN MET EEN WLZ-INDICATIE

Met behulp van Cox-proportionele hazardmodellen kijken we naar de associaties tussen de geïdentificeerde huis- en buurtclusters en de tijd tot opname in een verpleeghuis. Daarbij corrigeren we voor demografische, sociaaleconomische en gezondheidsfactoren, waaronder leeftijd, geslacht, aantal chronische ziekten, partnerstatus, thuiswonende kinderen, besteedbaar huishoudinkomen, vermogen (exclusief woning), huiseigenaarschap en het jaar van verpleeghuisopname. De resultaten laten verschillende associaties zien tussen de clusters. Ten opzichte van Ruime Traditionele Woningen (Type 1) vertonen de overige twee typen woningen een licht verhoogd risico op opname. Ook vergeleken met Aangename Buurten laten Toegankelijke Buurten een verhoogd risico zien. Deze effecten zijn echter klein en niet statistisch significant voor zowel de drie woning- als twee buurtclusters. We vinden wel significante resultaten voor leeftijd, geslacht en gezondheid. Zo neemt het risico op een vroegtijdige verpleeghuisopname licht toe bij de oudste individuen, hebben vrouwen een iets lager risico dan mannen, en neemt het risico toe naarmate het aantal ziekten stijgt.

SUGGESTIES VOOR BELEID

Slechts een kwart van de onderzochte ouderen met een indicatie voor dementie-gerelateerde Wlz-zorg woont in een combinatie van woning en buurt die als het meest geschikt voor langer zelfstandig wonen kan worden beschouwd. Er lijkt dus ruimte te zijn om de woonomstandigheden van mensen met dementie te verbeteren. Tegelijkertijd vinden we geen sterk bewijs dat wonen in een gunstige woning of buurt de timing van een opname in een verpleeghuis beïnvloedt voor onze onderzoeks-populatie, bestaande uit mensen met relatief gevorderde dementie. Ernstige cognitieve achteruitgang vereist vaak permanent toezicht en gaat gepaard met gedragsproblemen en veiligheidsrisico's, die mogelijk minder goed te beïnvloeden zijn door woning- en buurttypen.¹⁰⁻¹²

Dat wil niet zeggen dat dementievriendelijke woningen en buurten niet nog steeds van grote waarde kunnen zijn voor mensen met dementie in een eerder stadium van de ziekte. Er ligt dus zeker een belangrijke uitdaging voor beleid om dementievriendelijke woningen en buurten te bevorderen, met name voor kwetsbare groepen met een lager inkomen, beperkt eigenwoningbezit en minder informele ondersteuning, die vaak in de minst dementievriendelijke woningen en buurten wonen.

Gaia Bagnasco is promovendus aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

REFERENTIES

- 1 OECD. (2025). The economic benefit of promoting healthy ageing and community care (OECD Health Policy Studies). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en>
- 2 World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.
- 3 Woodbridge, R., Sullivan, M. P., Harding, E., Crutch, S., Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., ... & Wilson, L. (2018). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia*, 17(5), 533-572.
- 4 Sturge, J., Nordin, S., Patil, D. S., Jones, A., Légaré, F., Elf, M., & Meijering, L. (2021). Features of the social and built environment that contribute to the well-being of people with dementia who live at home: A scoping review. *Health & Place*, 67, 102483.
- 5 Marquardt, G., Johnston, D., Black, B. S., Morrison, A., Rosenblatt, A., Lyketsos, C. G., & Samus, Q. M. (2011). A descriptive study of home modifications for people with dementia and barriers to implementation. *Journal of Housing for the Elderly*, 25(3), 258-273.
- 6 Soilemezi, D., Kallitsis, P., Drahota, A., Crossland, J., Stores, R., & Costall, A. (2017). The Impact of the Physical Home Environment for Family Carers of People with Dementia: A Qualitative Study. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(4), 303-333. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335666>
- 7 Diepstraten, M., Douven, R., & Wouterse, B. (2020). Can your house keep you out of a nursing home?. *Health economics*, 29(5), 540-553. <https://doi.org/10.1002/hec.4001>
- 8 Chen, X., Lee, C., & Huang, H. (2022). Neighbourhood built environment associated with cognition and dementia risk among older adults: A systematic literature review. *Social science & medicine* (1982), 292, 114560. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114560>
- 9 Bagnasco, G. G., Bom, J. A. M., & Wouterse, B. (2025). Late-Life Dementia Care: Identifying Distinct Care Patterns in the Last Years of Life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 26(8), 105699. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105699>
- 10 Haro, J. M., Kahle-Wroblewski, K., Bruno, G., Belger, M., Dell'Agnello, G., Dodel, R., Jones, R. W., Reed, C. C., Vellas, B., Wimo, A., & Argimon, J. M. (2014). Analysis of burden in caregivers of people with Alzheimer's disease using self-report and supervision hours. *The journal of nutrition, health & aging*, 18(7), 677-684. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0500-x>
- 11 Kazui, H., Yoshiyama, K., Kanemoto, H., Suzuki, Y., Sato, S., Hashimoto, M., Ikeda, M., Tanaka, H., Hatada, Y., Matsushita, M., Nishio, Y., Mori, E., Tanimukai, S., Komori, K., Yoshida, T., Shimizu, H., Matsumoto, T., Mori, T., Kashibayashi, T., Yokoyama, K., ... Tanaka, T. (2016). Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *PLoS one*, 11(8), e0161092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161092>
- 12 Berry, B., Apesoa-Varano, E. C., & Gomez, Y. (2015). How family members manage risk around functional decline: the autonomy management process in households facing dementia. *Social science & medicine* (1982), 130, 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.014>

VERSCHILLEN TUSSEN MANNEN EN VROUWEN

Yara Meijer

In onderzoek naar dementie is lange tijd weinig aandacht geweest voor mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen. Hoewel hier de afgelopen jaren meer aandacht voor is gekomen, ontbreken in veel studies nog altijd sekse- en genderspecifieke analyses.¹

Juist bij dementie is dit relevant. De aandoening vormt een groeiende uitdaging gezien de vergrijzing en de daarmee samenhangende toename in zorggebruik en kosten, en komt bij vrouwen ongeveer twee keer zo vaak voor als bij mannen.^{2,3} Een dementiediagnose vormt daarbij geen eindpunt, maar het begin van een zorgtraject dat zich over meerdere jaren uitstrekt. Hierbij kunnen belangrijke verschillen ontstaan, onder andere in overleving, het moment van verpleeghuisopname en zorgkosten.



VERSCHILLEN TUSSEN MANNEN EN VROUWEN IN DEMENTIE

Hoewel de hogere prevalentie van dementie bij vrouwen deels wordt verklaard door een langere levensverwachting, zijn er ook andere verschillen die een rol spelen in de manier waarop dementie zich manifesteert en hoe zorgtrajecten verlopen. Zo laten studies zien dat de diagnose bij vrouwen soms later wordt gesteld.⁴ Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vrouwen gemiddeld beter presteren op verbaal geheugen, terwijl veelgebruikte diagnostische instrumenten juist ook sterk op dit domein zijn gebaseerd.⁵ Hierdoor kan cognitieve achteruitgang bij vrouwen minder snel opvallen. Daarnaast worden geheugenklachten bij vrouwen eerder toegeschreven aan depressieve klachten, wat kan leiden tot vertraging in verdere diagnostiek.⁶ Ook zijn er verschillen in symptomen: mannen vertonen gemiddeld vaker apathie en agitatie, terwijl vrouwen vaker stemmings- en psychotische symptomen ervaren.⁷ Na de diagnose blijken vrouwen vaak ook een andere ziekteprogressie te hebben dan mannen, met in enkele studies een snellere achteruitgang op cognitieve en functionele domeinen.⁸

Tegelijkertijd zijn er ook verschillen in de thuissituatie en de beschikbaarheid van ondersteuning bij dementie. Vrouwen wonen op hogere leeftijd vaker alleen en kunnen daardoor minder terugvallen op informele zorg.^{9,10} Daarnaast wordt het grootste deel van de mantelzorg voor mensen met dementie verleend door vrouwen: de Dementiemonitor Mantelzorg 2022 schat dat ongeveer 70 procent van de mantelzorgers vrouw is.¹¹ Uit onderzoek blijkt daarnaast dat mannen met dementie gemiddeld meer informele zorg ontvangen dan vrouwen.¹²

Deze verschillen wijzen er mogelijk op dat zorgtrajecten van mannen en vrouwen na een dementiediagnose anders kunnen verlopen. Dat kan zich bijvoorbeeld uiten

in uiteenlopende patronen in overleving, het moment waarop opname in een zorginstelling plaatsvindt en de totale zorgkosten die in de loop der jaren worden gemaakt. In ons onderzoek bouwen we voort op eerdere bevindingen door deze trajecten systematisch over meerdere jaren te bekijken.¹³

WAT HEBBEN WE ONDERZOCHT?

Om beter te begrijpen hoe deze verschillen zich ontwikkelen nadat de diagnose is gesteld, hebben we declaratiedata uit de landelijke zorgverzekeringsdatabase van Vektis gebruikt. Deze database bevat declaraties van vrijwel alle verzekerden in Nederland. Op basis van de geregistreerde diagnose behandelcombinaties (DBC's) voor dementie in 2018 werden ruim 15.000 personen geïdentificeerd die in dat jaar in een ziekenhuis een dementiediagnose hebben gekregen. Voor deze personen zijn voor de analyses de declaratiedata over een periode van zes jaar gebruikt. Daarbij hebben we drie onderdelen in kaart gebracht: overleving, het moment waarop iemand in een verpleeghuis terecht komt en de kosten van zowel medische zorg (onder de Zorgverzekeringswet) als langdurige zorg (onder de Wet langdurige zorg).

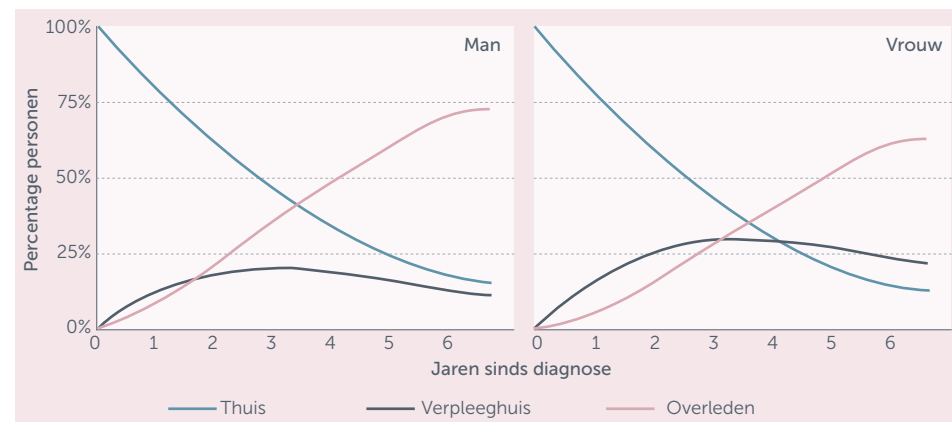
VERSCHILLEN NA DE DIAGNOSE

Tussen mannen en vrouwen zagen we duidelijke verschillen in het verloop na de diagnose. Vrouwen leefden gemiddeld langer met de ziekte dan mannen. Tegelijkertijd kwamen vrouwen vaker en eerder in een verpleeghuis terecht, ook wanneer er rekening gehouden werd met leeftijdsverschil bij de diagnose. Eenmaal opgenomen verbleven zij daar bovendien langere tijd. Figuur 1 laat dit ook zien: het aandeel vrouwen dat in een verpleeghuis verbleef lag gedurende de follow-up hoger dan het aandeel mannen.

De verschillen in zorggebruik en kosten laten een vergelijkbaar beeld zien. Vrouwen maakten gemiddeld meer langdurige zorgkosten, zowel thuis als in een verpleeghuis.

Omdat zorg in een verpleeghuis aanzienlijk duurder is dan zorg in de thuisituatie, draagt een langer verblijf in een verpleeghuis sterk bij aan de hogere totale kosten bij vrouwen. De gemiddelde jaarlijkse kosten van verblijf in een verpleeghuis liggen boven de €100.000 per persoon. Daarnaast zien we dat de langdurige zorgkosten bij vrouwen in de loop der jaren sterker toenemen, ook wanneer zij nog thuis wonen. Figuur 2 laat de gemiddelde jaarlijkse kosten zien voor thuiswonende mannen en vrouwen waar dit verschil duidelijk zichtbaar is.

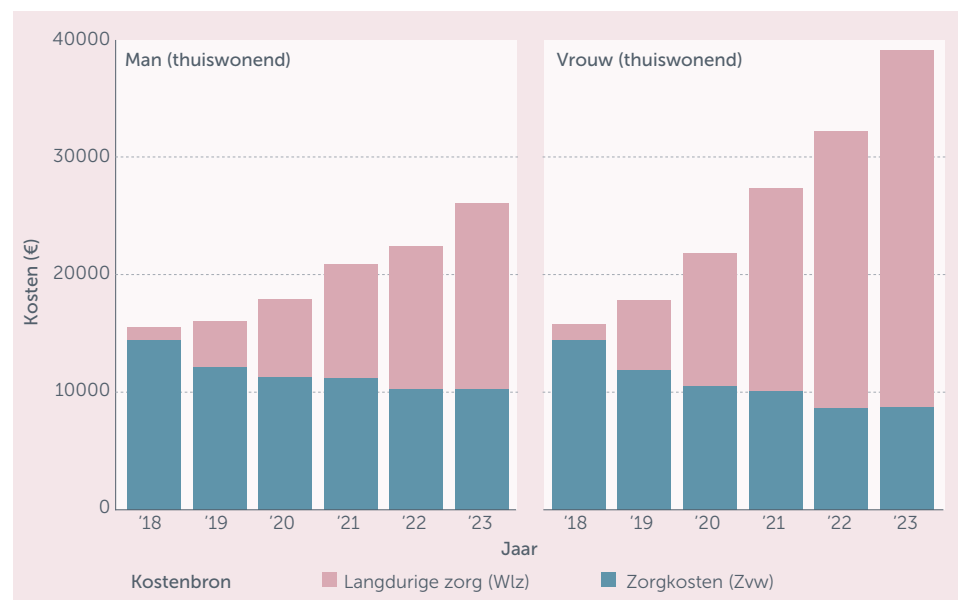
Voor medische zorgkosten zien we een ander patroon: mannen hebben hogere uitgaven, vooral voor medisch-specialistische zorg, en dit verschil blijft zichtbaar wanneer rekening wordt gehouden met leeftijd, eerder zorggebruik en de tijd die iemand thuis of in een instelling doorbrengt.



Figuur 1: Percentage mannen en vrouwen met dementie thuiswonend, in een verpleeghuis of overleden gedurende de follow-up.

WAT BETEKENEN DEZE BEVINDINGEN?

De bevindingen wijzen erop dat mannen en vrouwen na een dementiediagnose niet hetzelfde zorgpad doorlopen. Uit de literatuur blijkt dat vrouwen vaak later in het ziekteproces worden gediagnosticeerd, waardoor de achteruitgang na de diagnose mogelijk sneller verloopt.⁸ Dit kan ertoe leiden dat er eerder behoefte aan intensieve begeleiding ontstaat. De continuïteit en nabijheid van ondersteuning kan vervolgens helpen om gezondheidscrises te voorkomen, wat mogelijk samenhangt met de langere overleving die we na opname bij vrouwen zien.



Figuur 2: Gemiddelde jaarlijkse kosten voor thuiswonende mannen en vrouwen met een diagnose van dementie in 2018-2023, uitgedrukt in 2023 euro's.

Een andere verklaring voor verschillen in zorgpaden is de beschikbaarheid van informele ondersteuning. Vrouwen hebben op hogere leeftijd vaak minder informele ondersteuning beschikbaar, onder meer omdat zij vaker alleen wonen en omdat mantelzorg in de praktijk vaker door vrouwen dan door mannen wordt verleend.⁹⁻¹¹ Wanneer informele ondersteuning minder beschikbaar is, ontstaat eerder behoefte aan formele zorg en komt opname in een verpleeghuis sneller in beeld. Bij mannen kan de beschikbaarheid van een partner een mogelijke verklaring zijn voor de hogere medisch-specialistische zorgkosten, doordat een naaste kan helpen bij het signaleren van klachten, het maken van afspraken en het meegaan naar ziekenhuisbezoeken.

Deze studie onderstreept het belang van aandacht voor verschillen tussen mannen en vrouwen in de gezondheidszorg en sluit aan bij de toenemende aandacht voor vrouwegezondheid. Inzicht in verschillen in zorgtrajecten en kosten kan helpen om beter te anticiperen op zorgbehoeften in de loop van het ziekteproces. Deze kennis kan zorgverleners en beleidsmakers ondersteunen bij het plannen en organiseren van passende zorg en ondersteuning voor mensen met dementie.

Voor mensen bij wie informele zorg minder beschikbaar is, wat vaker lijkt voor te komen bij vrouwen, kan het zinvol zijn om al vroeg te verkennen welke vormen van ondersteuning mogelijk zijn. Daarbij kan worden gekeken naar bredere sociale netwerken en naar een evenwichtigere verdeling van mantelzorg, bijvoorbeeld ook door mannelijke familieleden en naasten actief te betrekken wanneer dat mogelijk is. Daarnaast kan het relevant zijn om te onderzoeken welke woon- en ondersteuningsvormen het beste aansluiten bij de langdurige zorgbehoeften van vrouwen, die gemiddeld langer met de ziekte leven.

Tegelijkertijd blijft meer inzicht nodig in de mechanismen achter deze verschillen, zodat zorg en beleid hier in de toekomst nog gericht op kunnen inspelen. In

aansluiting op aanwijzingen dat dementie bij vrouwen soms later wordt herkend, is het belangrijk verder te onderzoeken welke rol een tijdige diagnose, in combinatie met passende ondersteuning, speelt in het verloop van het zorgtraject en mogelijk bij het beperken van zorgkosten. Ook kan worden gekeken in hoeverre investeren aan het begin van het ziekteproces helpt om intensieve vormen van zorg, zoals verpleeghuiszorg, later in het traject uit te stellen. Tot slot is het belangrijk dat eventuele bezuinigingen in de zorg vrouwen met dementie niet onevenredig raken.

Yara Meijer is promovendus aan de VU Amsterdam.

REFERENTIES

1. Aguzzoli E, Walbaum M, Knapp M, Castro-Aldrete L, Santuccioni Chadha A, Cyhlarova E. Sex and gender differences in access, quality of care, and effectiveness of treatment in dementia: a scoping review of studies up to 2024. *Arch Public Health*. 2025;83(1):139. doi:10.1186/s13690-025-01626-z
2. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*. 2022;7(2):e105-e125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8
3. Wimo A, Seeher K, Cataldi R, et al. The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimers Dement*. 2023;19(7):2865-2873. doi:10.1002/alz.12901
4. Pradier C, Sakarovitch C, Le Duff F, et al. The mini mental state examination at the time of Alzheimer's disease and related disorders diagnosis, according to age, education, gender and place of residence: a cross-sectional study among the French National Alzheimer database. *PLoS One*. 2014;9(8):e103630. doi:10.1371/journal.pone.0103630
5. Sundermann EE, Biegon A, Rubin LH, Lipton RB, Landau S, Maki PM. Does the female advantage in verbal memory contribute to underestimating AD pathology in women versus men? *J Alzheimers Dis*. 2017;56(3):947-957. doi:10.3233/JAD-160716
6. Morais JA. Sex, gender and cultural factors. In: Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, Webster C, eds. *World Alzheimer Report 2021: Journey Through the Diagnosis of Dementia*. Alzheimer's Disease International; 2021:232-247.
7. Eikelboom WS, Pan M, Ossenkoppele R, et al. Sex differences in neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease dementia: a meta-analysis. *Alzheimer's Research & Therapy*. 2022;14(1):48. doi:10.1186/s13195-022-00991-z
8. Ferretti MT, Iulita MF, Cavado E, et al. Sex differences in Alzheimer disease — the gateway to precision medicine. *Nat Rev Neurol*. 2018;14(8):457-469. doi:10.1038/s41582-018-0032-9
9. Mjørud M, Selbæk G, Bjertness E, et al. Time from dementia diagnosis to nursing-home admission and death among persons with dementia: A multistate survival analysis. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243513. doi:10.1371/journal.pone.0243513
10. Leicht H, König HH, Stuhldreher N, et al. Predictors of Costs in Dementia in a Longitudinal Perspective. *PLOS ONE*. 2013;8(7):e70018. doi:10.1371/journal.pone.0070018
11. *Dementiemonitor Mantelzorg 2022: trendrapportage en thematische verdieping*. NIVEL; 2022.
12. Handels R, Hataiyusuk S, Wimo A, et al. Informal care for people with dementia in Europe. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*. 2025;12(1):100015. doi:10.1016/j.tjpad.2024.100015
13. Meijer YM, van Greuningen M, Bosmans JE, van der Flier WM, Broulikova HM. Sex differences in dementia: survival, institutionalization, and costs based on Dutch claims data. Manuscript in revision. 2026.

ACUTE ZORG BIJ DEMENTIE

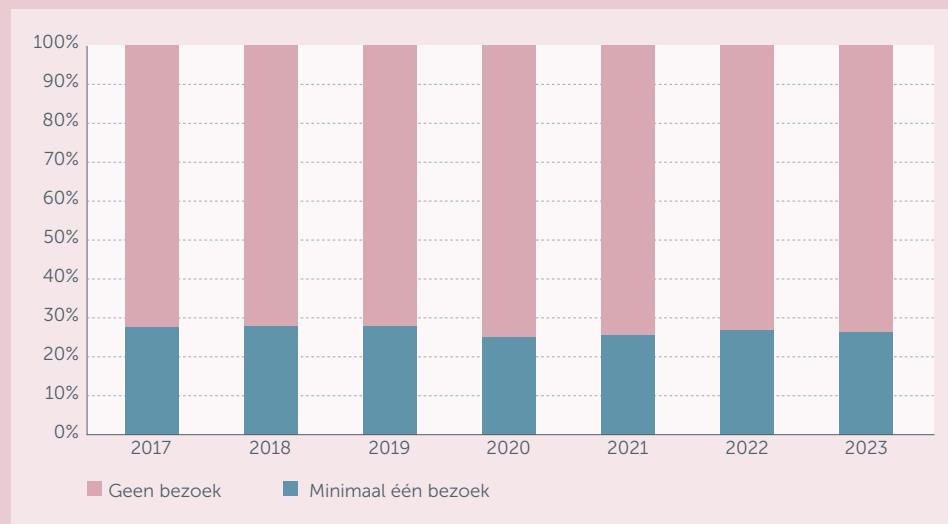
Dyllis De Pessemier

TOENEMENDE DRUK OP DE SPOEDEISENDE HULP

De Spoedeisende Hulp in Nederland staat onder toenemende druk. Afdelingen Spoedeisende Hulp moeten steeds vaker en langer tijdelijk een opnamestop doorvoeren omdat ze met capaciteitsproblemen te maken krijgen.¹ Deze trend wordt vanuit het werkveld vaak toegeschreven aan de dubbele vergrijzing²: er zijn steeds meer ouderen en die ouderen leven ook steeds langer, vaak met verschillende chronische aandoeningen. Er zouden op die manier steeds meer mensen met complexe zorgvragen op de Spoedeisende Hulp terechtkomen, waarvoor meer tijd en vaak expertise vanuit verschillende disciplines nodig is, zonder dat de personeelscapaciteit in dezelfde mate toeneemt.³

Mede gedreven door de dubbele vergrijzing, is ook het aantal personen met dementie de voorbije jaren toegenomen: in Nederland werden in 2017 234.000 mensen met dementie geïdentificeerd, in 2023 waren dat er al 289.000.³ Mensen met dementie hebben vaak een complexe combinatie van fysieke en cognitieve symptomen, wat hun risico op een spoedopname vergroot en waardoor de zorgvragen waarmee ze op de Spoedeisende Hulp terechtkomen mogelijk complexer zijn.⁴

De druk op de Spoedeisende Hulp wordt echter niet alleen toegeschreven aan een toename van het aantal mensen met acute zorgnoden. De doorstroom van patiënten na acute zorg zou ook moeilijker geworden zijn: steeds meer mensen moeten voor langere tijd worden opgenomen in het ziekenhuis door de complexiteit van hun aandoeningen, maar ook door capaciteitstekorten in de thuiszorg.⁵ Mogelijk blijven patiënten hierdoor langer dan nodig op de Spoedeisende Hulp, wat kan bijdragen aan de capaciteitsproblemen.

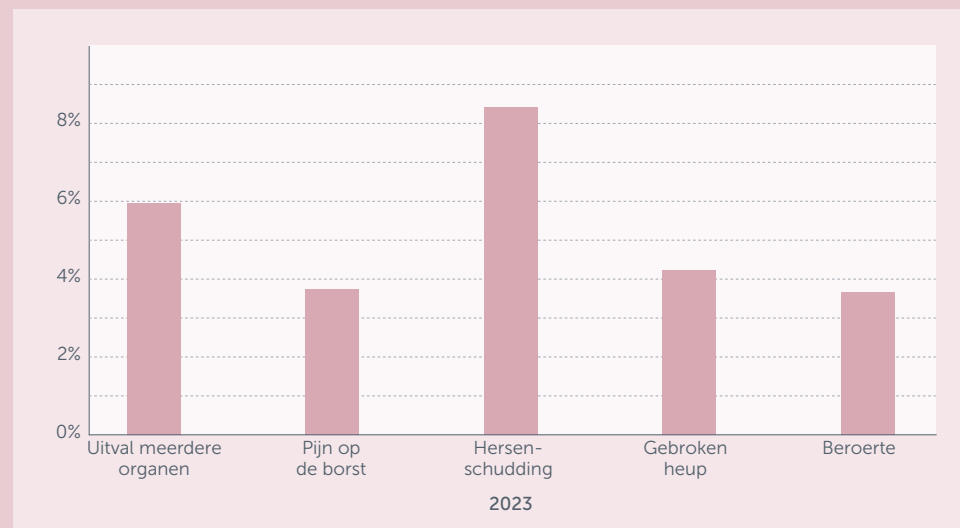


Figuur 1: Trend in het aantal thuiswonende mensen met dementie met minstens 1 bezoek aan de Spoedeisende Hulp in een jaar, over 2017-2023.⁶

GEBRUIK VAN ACUTE ZORG DOOR PERSONEN MET DEMENTIE

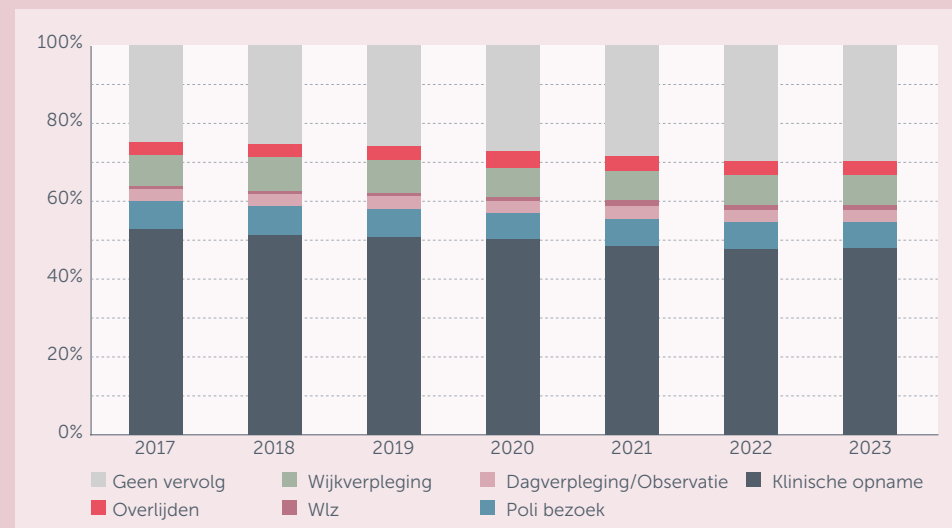
Nederlandse data tonen aan dat personen met dementie inderdaad vaak gebruik maken van acute zorg: 27% van de thuiswonenden en 11% van de verpleeghuisbewoners met dementie komt minstens 1 keer in een jaar op de Spoedeisende Hulp terecht. Daarbovenop gaat het in 11% van de bezoeken aan de huisartsenspoedpost door personen met dementie om een spoedeisende of levensbedreigende situatie (urgentie 1 of 2).⁶

Echter blijkt ook dat het gebruik van acute zorg door personen met dementie de laatste jaren niet sterk is toegenomen: van 51.000 in 2017 naar 63.000 in 2023, wat ten opzichte van het totaal aantal mensen geïdentificeerd met dementie een daling betekent van 1,2 procentpunt. Wanneer we kijken naar het totaal aantal bezoeken aan de Spoedeisende Hulp door mensen met dementie, zien we een stijging van 88.500 in 2017 naar 104.000 in 2023, wat concreet overeenkomt met een gemiddelde stijging van 2 naar 3 bezoeken per Spoedeisende Hulp per dag. Deze bevinding ligt tevens in lijn met de trend voor alle 65-plussers in Nederland.⁷ De stijging van het aantal ouderen in het algemeen en het aantal ouderen met dementie specifiek, die op de Spoedeisende Hulp terechtkomen, blijft dus beperkt.



Figuur 2: De 5 meest voorkomende diagnoses op de Spoedeisende Hulp onder thuiswonenden met dementie.⁶

Ook uit de primaire diagnoses die bij een opname op de Spoedeisende Hulp worden gedocumenteerd blijkt niet dat de klachten waarmee zij op de Spoedeisende Hulp terechtkomen voor ouderen met dementie sterk verschillen van de algemene bevolking⁷, noch dat die de voorbije jaren sterk veranderd zijn.⁶ Dit betekent niet direct dat deze patiënten niet complexer zijn: zo is het onder meer mogelijk dat het langer duurt om ze te diagnosticeren, dat andere onderliggende aandoeningen behandeling van klachten moeilijker maken of dat dementie-gerelateerde gedrags- of communicatieproblemen extra zorg vereisen tijdens een bezoek aan de Spoedeisende Hulp.



Figuur 3: Trend in de uitstroom van personen met dementie naar de formele zorg na een bezoek aan de Spoedeisende Hulp, over 2017-2023.⁶

Tot slot, wanneer we kijken naar het zorggebruik na een bezoek aan de Spoedeisende Hulp, zien we dat mensen met dementie wel vaker in het ziekenhuis worden opgenomen (48% tegenover 33% wanneer gekeken wordt naar alle opnames op de Spoedeisende Hulp)⁷, maar dat ook die trend de afgelopen jaren vrij stabiel en zelfs licht dalend is (53% in 2017 tegenover 48% in 2023). In het meest gunstige scenario zou dit betekenen dat men steeds beter wordt in het toewijzen van passende vervolgzorg of in ambulante opvolging van klachten. Het zou echter ook kunnen duiden op een capaciteitstekort in ziekenhuizen, waardoor patiënten die eigenlijk een klinische opname nodig hebben eerder naar huis gestuurd worden.

CONCLUSIE

Het werkveld ervaart een toegenomen druk op de Spoedeisende Hulp, wat ondersteund wordt door cijfers over het toegenomen aantal en duur van opnamestops. Hoewel deze trend vaak toegeschreven wordt aan het stijgende aantal ouderen met complexe klachten op de Spoedeisende Hulp, vinden we hiervoor geen direct bewijs op basis van Nederlandse administratieve data. Zo is er de voorbije jaren geen duidelijke toename te zien in het aantal ouderen (met dementie) op de Spoedeisende Hulp, zijn de klachten waarmee ze op de Spoedeisende Hulp terechtkomen niet sterk veranderd en zijn ook hun vervolgtrajecten binnen de formele zorg gemiddeld gelijk gebleven. Verder onderzoek, naar bijvoorbeeld vermijdbare opnames, regionale verschillen, de invloed van de aanwezigheid van een geriater op de Spoedeisende Hulp of de invloed van het hebben van meerdere chronische aandoeningen, is dus

nodig om de toegenomen druk op de Spoedeisende Hulp goed te begrijpen en te kunnen aanpakken.

Dyllis De Pessemier is promovendus aan de Erasmus School of Health Policy and Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

REFERENTIES

1. Landelijk Netwerk Acute Zorg. SEH-stops in kwartaal 1 van 2024
2. Schouten, B., et al. Infographic. Druk op de acute zorg: stijgt het aantal ouderen op de spoedeisende hulp? Een landelijke studie met longitudinale zorgdeclaratie data naar de trend in SEH bezoeken door ouderen. Utrecht: Nivel, 2022. 1 p.
3. ADC Data & AI Consultancy en Erasmus Universiteit. Dementie in Kaart - Landelijk - Kenmerken van mensen met dementie - 2023
4. Skipr Redactie. SEH vaker en langer tijdelijk gesloten - Skipr
5. Callahan, C.M., et al. Transitions in care for older adults with and without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60:813-820. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03905.x>.
6. ADC Data & AI Consultancy en Erasmus Universiteit. Dementie in Kaart - Landelijk - Acute zorg - 2022
7. RIVM. Acute zorg: overzicht feiten en cijfers. 2022.

SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



Radboud Universiteit



UNIVERSITEIT TWENTE.



HEALTH ECONOMICS RESEARCH AMSTERDAM (HERA)

Uw logo ook hier? Neem voor meer informatie contact op met de redactie van het VGE Bulletin (secretariaat@gezondheidseconomie.org).

COLOFON

REDACTIE

Bram Wouterse

Redactieadres: secretariaat@gezondheidseconomie.org

Vormgeving: Graphiq, Den Haag

Het VGE bulletin is een uitgave van de Vereniging voor Gezondheidseconomie. Het bulletin verschijnt tweemaal per jaar. Wilt u het VGE bulletin vóór publicatie digitaal ontvangen, word dan lid van de Vereniging voor Gezondheidseconomie, en profiteer tegelijkertijd van de andere voordelen die het lidmaatschap van de vereniging u biedt (zie www.gezondheidseconomie.org)!

VGE UPDATE

De VGE stuurt ook meerdere malen per jaar een digitale nieuwsbrief uit – de VGE Update. Hierin wordt o.a. verwezen naar nieuwe activiteiten en nieuwe literatuur. Wij verspreiden deze nieuwsbrief onder de VGE leden, maar voelt u vrij om deze nieuwsbrief met anderen te delen! Ontvangt u als lid de VGE Update niet? Controleer dan uw spam-folder en neem contact op via secretariaat@gezondheidseconomie.org.

Heeft u nieuws over bijvoorbeeld symposia, cursussen, literatuur, oraties, promoties, vacatures, of webinars? Stuur dit naar secretariaat@gezondheidseconomie.org en wij nemen het op in de nieuwsbrief.

