

A close-up photograph of a bee on a cluster of small blue forget-me-not flowers with yellow centers. The background is a soft-focus green field of similar flowers.

Validatiestudie **Impact Odensehuizen**

September 2026

Opdrachtgever:



Landelijk Platform
Odensehuizen

VitaValley

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Managementsamenvatting	4
Leeswijzer	8
Theory of Change	9
Interviews met relevante stakeholders	11
Impactmodel	12
Waarderingen - uitgangspunten	13
Aannames	14
Kennisynthese uit voorgaande studies Amsterdam, Papendrecht, Groningen en Wijchen	14
Dimensies die de waarde van Odensehuizen bepalen	15
Kentallen Dementie	17
Waardering – inbreng	18
Waardering - opbrengsten	20
Doelgroep: Mensen met een haperend brein	20
Mantelzorgers / naasten	21
Vrijwilligers.....	22
Zorgverzekeraar en zorgkantoor: algemeen.....	22
Zorgkantoor.....	23
Zorgverzekeraar.....	26
Gemeente	27
Social Return on Investment – samenvatting	28
Een gedachtenexperiment: impactpotentieel bij landelijke opschaling	30
Monitoring op impact	31
In aansluiting op AZWA	32
Moeilijk monetariseerbare baten.....	33
Slotbeschouwing	35
Bijlage: Over de methode SROI.....	37
Bijlage: Referentieprijzen	38
Bijlage: Referenties	40

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de validatiestudie naar de maatschappelijke impact van Odensehuizen in Nederland. Odensehuizen bieden mensen met een haperend brein, hun naasten, vrijwilligers en professionals een laagdrempelige plek voor ontmoeting, ondersteuning en betekenisvolle activiteiten.

De waarde van Odensehuizen wordt in de praktijk breed ervaren – en is lokaal onderzocht: deelnemers blijven langer actief en verbonden, naasten ervaren steun en ontlasting, en lokale netwerken worden versterkt. Tegelijk is deze waarde niet altijd vanzelfsprekend zichtbaar in beleidsmatige en financiële afwegingen, omdat kosten en baten bij verschillende partijen terechtkomen. Daarmee raakt deze studie aan een breder perspectief: de zorg van morgen vraagt om maatschappelijke vernieuwing, waarin menselijkheid, zorgzame gemeenschappen en passende ondersteuning dichterbij het dagelijks leven centraal staan.

Het voorstel dat aan deze rapportage voorafging, richtte zich daarom op het valideren en verrijken van bestaande impactstudies over Odensehuizen. VitaValley heeft daarbij de beschikbare studies benut om de maatschappelijke waarde scherper te onderbouwen, waar mogelijk te vertalen naar andere Odensehuizen en de uitkomsten te toetsen met betrokken stakeholders.

Centraal staat de SROI-methodiek: een gestructureerde manier om inbreng, opbrengsten en verdeling van maatschappelijke waarde in beeld te brengen. Daarbij is niet alleen gekeken naar financiële baten, zoals mogelijke besparingen in Wmo, Zvw en Wlz, maar ook naar moeilijker monetariseerbare effecten zoals kwaliteit van leven, eigen regie, sociale verbondenheid en ontlasting van mantelzorgers.

Met deze rapportage willen we een onderbouwd vertrekpunt bieden voor het gesprek over duurzame borging, passende financiering en mogelijke erkenning van Odensehuizen als basisvoorziening binnen zorg en welzijn. De analyse is daarmee geen eindpunt, maar een uitnodiging om de maatschappelijke waarde van Odensehuizen gezamenlijk verder te benutten.

Augustus 2026

Koen Wijntjes, Marcel Canoy en Pim Ketelaar

In opdracht van Landelijk Platform Odensehuizen



Mede mogelijk gemaakt door Alzheimer Nederland



Managementsamenvatting

Odensehuizen bieden een laagdrempelige ontmoetingsplek voor mensen met een haperend brein, hun naasten, vrijwilligers en betrokken professionals. Binnenlopen kan zonder indicatiestelling. Voor deelnemers zijn er activiteiten, ontmoetingen en mensen dragen naar eigen vermogen bij aan de gemeenschap. Het draait om ondersteuning en om meedoen, gezien worden en het benutten van wat iemand wél kan. Voor naasten is het Odensehuis bovendien een plek om adem te halen: ze kunnen ervaringen delen en weten dat hun naaste op een veilige, betekenisvolle plek terechtkomt.

De waarde van Odensehuizen wordt weliswaar breed erkend, maar in financiële en beleidsmatige discussies is die waarde niet altijd zichtbaar. Dat komt deels doordat de opbrengsten neerslaan bij verschillende partijen: deelnemers en naasten, maar ook gemeenten, zorgorganisaties en de bredere samenleving. En deels doordat een deel van de baten moeilijk in euro's is uit te drukken — denk aan kwaliteit van leven, behoud van eigen regie, sociale verbondenheid en het gevoel van veiligheid.

In dit rapport onderzoekt VitaValley de maatschappelijke waarde van Odensehuizen via de SROI-methodiek (Social Return on Investment). Die methodiek brengt systematisch in beeld wat er nodig is, wat het oplevert en bij wie die opbrengsten terechtkomen — zowel financieel als maatschappelijk. Anders dan bij veel impactstudies die VitaValley doet, konden we in deze studie gebruik maken van een aantal maatschappelijke business cases die er eerder zijn gemaakt van Odensehuizen. Evenwel hebben we daarin een paar andere keuzes gemaakt dan in die rapporten. Zo hebben we de baten van uitstel naar een verpleeghuis scherper berekend, op basis van netto verschilkosten, en andere baten toegevoegd die naar ons inzicht onterecht in die rapporten niet waren meegenomen.

Er zijn ruim 80 Odensehuizen in Nederland. Hoewel het basisidee van alle huizen hetzelfde is (en daarmee ook de aard van de maatschappelijke baten overeenkomen), verschillen de huizen in allerlei dimensies. Zo verschillen de kosten, de financiering, de hoeveelheid dagen dat ze open zijn, de breedte van activiteiten en de integratie met de buurt.

Voor een deel is het helemaal niet erg dat die verschillen er zijn, want dat geldt voor zoveel initiatieven. De *couleur locale* maakt dat het er in Groningen soms anders aan toe gaat dan in Maastricht. Omdat de verschillen wel redelijk sterk blijken bij te dragen aan de SROI-factor, is het goed een open oog te houden waar de Odensehuizen nog extra waarde kunnen genereren. Immers zijn niet alle verschillen toe te schrijven aan lokale context; door samen leren en ontwikkelen is er gezamenlijke nog winst te halen.

De SROI-ratio varieert van 1.4 tot 2.8. Dat wil zeggen: als de omstandigheden relatief ongunstig zijn, zijn de Odensehuizen nog steeds maatschappelijk rendabel, alleen niet zoveel als mogelijk is als de omstandigheden allemaal de andere kant op wijzen.

Het is nog mogelijk de rendementen verder op te krikken. Immers is de bovengrens van 2.8 nog altijd conservatief, in de zin dat het uitgaat van de huidige situatie waar veelal sprake is van versnippering, ingewikkelde structurele financiering en andere factoren die suboptimaal zijn. Met andere woorden: er is nog stevige ruimte voor verbeteringen van het maatschappelijke rendement voor de Odensehuizen. Tevens is het zo dat meerwaarde kan ontstaan wanneer landelijk gezien de huizen meer gebruik kunnen maken van schaalvoordelen na opschaling (tot 3.1 blijkt uit een gedachte-experiment).

Een wat onbevredigende factor die de SROI-factor negatief beïnvloedt, is dat (bestuurlijke) vrijwilligers relatief veel tijd kwijt zijn met lobbyen en aanvragen van tijdelijke vormen van financiering, wat ten koste gaat van de tijd die ze kunnen stoppen in activiteiten die ze voor de doelgroep kunnen organiseren. En tijdelijke financiering bemoeilijkt het doen van investeringen voor de langere termijn. Deze studie laat zien dat een structurele financiering maatschappelijk gerechtvaardigd is waardoor dit probleem verdwijnt.

Inleiding

Mensen met een haperend brein en hun naasten hebben behoefte aan ondersteuning die aansluit bij hun dagelijks leven, hun mogelijkheden en hun wens om zo lang mogelijk betekenisvol mee te blijven doen. Tegelijkertijd staat het formele zorg- en welzijnssysteem onder druk. De vraag naar ondersteuning neemt toe, terwijl formele zorgcapaciteit en gemeentelijke voorzieningen niet onbeperkt beschikbaar zijn. Dit vraagt om laagdrempelige, lokaal geïnitieerde en ingebedde vormen van informele ondersteuning die bijdragen aan kwaliteit van leven, eigen regie en sociale verbondenheid. En die tegelijkertijd helpen om de inzet van formele zorg en ondersteuning passend te organiseren.

Odensehuizen spelen in op deze behoefte. Zij bieden – als burgerinitiatief – een open ontmoetingsplek voor mensen met een haperend brein, hun naasten, vrijwilligers en betrokken professionals. Deelnemers kunnen ongeacht indicatiestelling binnenlopen, activiteiten ondernemen, anderen ontmoeten en naar eigen vermogen bijdragen aan de gemeenschap van het Odensehuis. De aanpak is daarmee niet alleen gericht op informele ondersteuning, maar ook op participatie, erkenning en het benutten van talenten en netwerken. Voor naasten kan het Odensehuis daarnaast een bron van steun en ontlasting zijn, doordat zij ervaringen kunnen delen en doordat hun naaste op een veilige en betekenisvolle plek terecht kan.

Hoewel de waarde van Odensehuizen in de praktijk breed wordt herkend – en hier lokaal onderzoek naar is gedaan, is deze waarde niet altijd vanzelfsprekend zichtbaar in financiële en beleidsmatige afwegingen. Een deel van de opbrengsten komt terecht bij deelnemers en naasten, een deel bij gemeenten, zorgorganisaties, financiers en de bredere samenleving. Bovendien gaat het om effecten die deels goed te kwantificeren zijn, maar deels ook moeilijk in euro's zijn uit te drukken, zoals kwaliteit van leven, behoud van eigen regie, sociale verbondenheid en ervaren veiligheid. Juist daarom is een gestructureerde maatschappelijke kosten-batenbenadering nodig. Daarmee raakt deze studie aan een breder perspectief: de zorg van morgen vraagt om maatschappelijke vernieuwing, waarin menselijkheid, zorgzame gemeenschappen en passende ondersteuning dicht bij het dagelijks leven centraal staan.

Het Landelijk Platform Odensehuizen heeft VitaValley daarom benaderd met de volgende vraag:

In welke mate onderbouwen de bestaande impactmetingen de maatschappelijke waarde van het Odensehuis-concept en hoe kunnen deze inzichten, door middel van validatie en doorvertaling, leiden tot de erkenning van Odensehuizen als 'Basisvoorziening' en structurele financiering?

In de uitwerking in deze validatiestudie onderscheiden we hierbij 3 deelvragen:

1. Methodologische validatie

- In hoeverre voldoen twee geselecteerde studies (Amsterdam en Papendrecht) aan de methodologische criteria, specifiek wat betreft de **onderbouwing van de impactclaim**, het voorkomen van 'overclaimen' en de robuustheid van de data?

- Wat is de **gevalideerde SROI-ratio** en het maatschappelijk resultaat wanneer de verschillende methodieken naast elkaar worden gelegd en VitaValley een eigen inschatting heeft gemaakt?

2. Impact-vertaling en opschaling

- Hoe kunnen de SROI-analyses op basis van Amsterdam en Papendrecht worden geëxtrapoleerd naar andere Odensehuizen om hun **lokale businesscase** te versterken (en te verhinderen dat voor ieder huis een SROI-analyse gemaakt moet worden)?
- Welke **personele besparing (in FTE)** kan op landelijk niveau worden gerealiseerd?

3. Beleidsdialoog

- Hoe kan de geconstateerde **"perverse prikkel"** in de financiering (kosten bij de gemeente/Wmo, baten bij het zorgkantoor/Wlz) worden doorbroken in een gezamenlijk gedragen bekostigingsmodel voor de sociale basis?

In deze validatiestudie staat de SROI-methodiek centraal. De SROI-methodiek brengt de benodigde inbreng, de verwachte opbrengsten en de verdeling daarvan over betrokken stakeholders systematisch in beeld. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar financiële effecten, maar ook naar bredere maatschappelijke baten. De analyse is opgebouwd vanuit een Theory of Change: eerst wordt beschreven welk maatschappelijk vraagstuk centraal staat, welke activiteiten Odensehuizen uitvoeren, welke doelgroepen en stakeholders betrokken zijn en via welke mechanismen maatschappelijke waarde ontstaat.

De rapportage heeft als doel om inzichtelijk te maken welke maatschappelijke opbrengsten Odensehuizen kunnen realiseren, welke aannames daaraan ten grondslag liggen en waar deze opbrengsten neerslaan. Daarmee biedt de analyse een onderbouwing voor gesprekken over borging, opschaling en passende financiering. De uitkomsten moeten worden gelezen als een gestructureerde benadering van maatschappelijke waarde, gebaseerd op beschikbare gegevens, jaarverslagen, stakeholderinzichten en aannames. Waar baten niet of onvoldoende betrouwbaar kunnen worden gemonetariseerd, worden deze afzonderlijk beschreven om te voorkomen dat belangrijke effecten buiten beeld blijven.

Leeswijzer

In deze rapportage van Odensehuizen volgen we de stappen zoals voorgeschreven vanuit de SROI-methode. Zie de bijlage: over de [SROI-methode](#) voor een toelichting op de methode.

Theory of Change

Voordat we aan de slag kunnen gaan met het monetariseren van de baten, is een aantal stappen nodig. Ten eerste willen we scherp krijgen wat we nu precies meten. Waar bestaat de interventie precies uit? Ten tweede willen we verhalenderwijze context geven aan wat een groot en klein Odensehuis doet of kan doen. Ten derde brengen we in kaart wie betrokken zijn en belanghebbend zijn.

Waarderen van inbreng en opbrengsten

Vervolgens beredeneren we de benodigde inbreng en opbrengsten voor de periode 2026-2030. Waar mogelijk geven we een monetaire waarde aan deze inbreng en opbrengsten en doen we een uitspraak waar en wanneer de opbrengsten neerslaan en hoe zeker de opbrengsten zijn.

Social Return on Investment

Dit leidt tot een samenvatting van de Social Return on Investment voor de twee scenario's. Op basis van alles wat we gemonetariseerd hebben concluderen we de SROI-ratio en geven we inzicht in hoe de kosten en baten verdeeld zijn over de belanghebbenden.

Moeilijk monetariseerbare baten

We geven een overzicht van baten die of niet in euro's zijn uit te drukken of met zulke grote onzekerheden gepaard gaan dat het te speculatief wordt om er een getal op te plakken. Maar dat betekent niet dat ze er niet zijn; we weten alleen niet hoe groot.

Slotbeschouwing

Op basis van de SROI-analyse, aangevuld met de moeilijk monetariseerbare baten, trekken we conclusies over de maatschappelijke waarde van Odensehuizen. Daarnaast bieden we een afwegingskader voor duurzame borging, doorontwikkeling en passende financiering van Odensehuizen, als bijdrage aan toekomstbestendige zorg en ondersteuning.

Theory of Change

1. Wat is het probleem?

Dementie is een grote opgave voor de mensen die het treft, hun naasten, de buurt en de bredere maatschappij. Het aantal mensen met dementie is groot en neemt verder toe de komende jaren. Zorg en ondersteuning beheersbaar en toegankelijk houden, zonder mantelzorgers te overbelasten, is daarom één van de grootste opdrachten van deze tijd.

Mensen met (beginnende) dementie en hun naasten ervaren uitdagingen op het gebied van sociale participatie, kwaliteit van leven en belasting van mantelzorg. In de huidige situatie maken zij vaker gebruik van bestaande vormen van ondersteuning, zoals reguliere dagbesteding of informele zorg, die niet altijd optimaal aansluiten bij hun behoeften.

Daarnaast is er sprake van toenemende druk op het zorg- en welzijnssysteem, waarbij kosten en baten van ondersteuning ongelijk verdeeld zijn over verschillende stakeholders (deelnemers, naasten, zorgorganisaties en financiers). Effecten van interventies in deze fase zijn zowel financieel als immaterieel van aard, zoals kwaliteit van leven en gevoel van veiligheid.

2. Wat gaan we daaraan doen?

Het Odensehuis biedt een laagdrempelige, lokaal georganiseerde voorziening voor mensen met (beginnende) dementie en hun naasten, gericht op ontmoeting, ondersteuning en participatie. De aanpak kenmerkt zich door:

- Een open inloop zonder diagnose of indicatiestelling
- Activiteiten gebaseerd op behoeften en interesses van deelnemers
- Actieve betrokkenheid van deelnemers in opzet en uitvoering
- Inzet van informele netwerken en lokale samenwerking

3. Wat is de doelgroep?

Odensehuizen richten zich op:

- Mensen met (beginnende) dementie¹
- Mantelzorgers en naasten
- Vrijwilligers en betrokken burgers
- Professionals in zorg en welzijn
- Lokale netwerken en samenwerkingspartners

¹ Wat is beginnende dementie? En hoe lang is dementie beginnend? Odensehuizen staan open voor mensen met geheugenklachten, haperend brein, cognitieve problematiek, dementie of een vermoeden daarvan op basis van eerste symptomen. Voor de leesbaarheid spreken we in dit document over 'dementie'. Een indicatie is niet nodig. Mensen blijven welkom totdat blijkt dat het Odensehuis geen passende vorm meer is. De praktijk wijst dit uit.

4. Wat zijn hierbij de doelen?

Hoofddoel: Het bieden van een laagdrempelige, betekenisvolle en participatieve omgeving voor mensen met dementie, waarin zij samen met hun naasten actief kunnen blijven deelnemen aan het dagelijks leven en hun kwaliteit van leven behouden of verbeteren.

Subdoelen:

- **Versterken van sociale participatie**
Het faciliteren van ontmoeting en deelname aan activiteiten, zodat mensen met dementie actief onderdeel blijven van de samenleving.
- **Behouden van eigen regie en autonomie**
Het stimuleren van betrokkenheid van deelnemers bij de invulling van activiteiten en organisatie van het Odensehuis ("voor, door en met elkaar").
- **Verbeteren van ervaren kwaliteit van leven**
Het creëren van een omgeving waarin deelnemers zich veilig voelen, zich kunnen uiten en betekenisvolle activiteiten kunnen uitvoeren.
- **Ondersteunen van naasten en mantelzorgers**
Het bieden van informele ondersteuning aan mantelzorgers, wat bijdraagt aan het ontlasten van de vaak overbelaste mantelzorgers.
- **Versterken van informele netwerken**
Het benutten en verbinden van vaardigheden, talenten en netwerken van deelnemers, vrijwilligers en lokale gemeenschap.
- **Bieden van een passend alternatief of aanvulling op formele voorzieningen**
Het realiseren van een voorziening die aansluit bij behoeften van de doelgroep en zich onderscheidt van reguliere dagbesteding, en daarmee een andere invulling geeft aan ondersteuning in de keten.

5. Wat is de tijdshorizon?

- De analyse bestrijkt de periode **2026–2030**.

We gaan hierbij uit van een ambitiescenario: optimale inrichting van de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment, randvoorwaarden zijn hiervoor ingevuld.

Interviews met relevante stakeholders

Voorafgaand aan de co-creatie sessie hebben wij met een aantal relevante stakeholders gesproken om dieper in te gaan op de (maatschappelijke) waarde van Odensehuizen. Hiervoor zijn we met de volgende mensen in gesprek gegaan:

- **Pieter Hilhorst** – senior onderzoeker Ben Sajat Centrum; voormalig lid Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
- **Martine Adema** – coördinator van verschillende Odensehuizen in Friesland; medeoprichter van Odensehuizen in Friesland
- **Hans Witteveen** – senior zorginkoper ouderenzorg Wlz bij Zilveren Kruis; programmamanager VZNG
- **Marijn van Ballegooijen** – wethouder gemeente Amstelveen, met portefeuille Financiën, Zorg, Welzijn & WMO, Gezondheid & preventie en Diversiteit

Rode draad interviews

Uit de interviews komt naar voren dat de maatschappelijke waarde van Odensehuizen vooral ligt in de bijdrage aan kwaliteit van leven, ontmoeting, activering en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten. Verschillende gesprekspartners benadrukken dat de impact niet primair wordt bepaald door het aantal bezoekers, maar door de mate waarin een Odensehuis lokaal is ingebed in zorg, welzijn en de gemeenschap. De grootste maatschappelijke opbrengsten worden gezien in het verminderen van eenzaamheid, het versterken van sociale netwerken en het vergroten van de veerkracht van mantelzorgers. Ook wordt benoemd dat de opbrengsten vooral zichtbaar zijn bij naasten.

Martine Adema:

"Het langer kunnen volhouden van mantelzorgtaken en het vergroten van de veerkracht van mantelzorgers is voor mij de belangrijkste opbrengst."

Tegelijkertijd laten de gesprekken zien dat er grote verschillen bestaan tussen Odensehuizen. Succesfactoren zijn volgens de geïnterviewden onder meer schaalgrootte, ervaring, een passend activiteiten aanbod, duurzame financiering en een sterke verbinding met lokale zorg- en welzijnspartners. Ook eigenaarschap van bewoners en vrijwilligers wordt als cruciaal gezien. Zo komt vaker terug dat Odensehuizen nadrukkelijk worden gezien als "*burgerinitiatieven*", waarbij juist het eigenaarschap van inwoners zorgt voor meer vrijwilligers en een sterkere verbinding met de wijk. Daarnaast wordt er gewaarschuwd voor: "*De reflex van verdere professionalisering*"

Omdat juist de laagdrempelige en informele aard van Odensehuizen een belangrijke succesfactor vormt.

Een derde thema betreft de financiering en onderbouwing van maatschappelijke effecten. Hoewel de geïnterviewden de maatschappelijke meerwaarde nauwelijks ter discussie stellen, wordt kritisch gekeken naar eerdere MKBA's en businesscases waarin Wlz-besparingen centraal staan. Zo wordt vaker gesteld dat de onderbouwing van deze besparingen momenteel onvoldoende navolgbaar is en dat structurele financiering gebaat

is bij betere monitoring van bereik, mantelzorgbelasting, kwaliteit van leven en zorggebruik. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat financiering niet uitsluitend moet worden gelegitimeerd vanuit zorgbesparingen.

Wethouder Marijn van Ballegooijen:

"Het financieren van Odensehuizen is een kerntaak van de gemeente. Minder zorgkosten zijn daarbij mooi meegenomen, maar uiteindelijk gaat het om wat deze plekken betekenen voor mensen met dementie en hun naasten."

Impactmodel

Een belangrijke stap in het gezamenlijke proces was het opstellen van een impactmodel (zie Figuur 1: Impactmodel Odensehuizen). Dit model maakt inzichtelijk welke belanghebbenden betrokken zijn bij Odensehuizen, welke inbreng zij leveren en welke opbrengsten voor hen ontstaan. Daarnaast laat het impactmodel zien welke opbrengsten in deze analyse financieel zijn gewaardeerd en welke opbrengsten wel relevant zijn, maar niet direct in monetaire waarde uit de drukken zijn.



Figuur 1: Impactmodel Odensehuizen

In deze modellering gaan we uit van de belanghebbenden die in eerste instantie de inbreng/opbrengsten hebben, verantwoordelijkheid hebben voor de uitvoering van de verschillende wetten (Wmo, Zvw, Wlz), en die dus afspraken moeten maken over de duurzame financiering van Odensehuizen.

In de volgende hoofdstukken werken we de monetaarisering van de inbreng en opbrengsten verder uit.

Waarderingen - uitgangspunten

Uitgangspunten

- We bouwen deze SROI-analyse op uit alles wat we (d.w.z. alle betrokkenen) **weten, vermoeden en aannemen**:
 - Weten:
Data uit (internationaal) onderzoek, monitors (1-4) , registratiedata, declaratiedata (Vektis, Gemeentezorgspiegel) (5,6), referentieprijzen (Zorginstituut Nederland) (7), tarieven (NZa) (8), Regiobeelden (9), registratie van activiteiten en deelnemers (rapportages van Odensehuizen en de betrokkenen vanuit Alzheimer Nederland, workshops en interviews).
 - Vermoeden:
Demografie (4,10), epidemiologie (11), arbeidsmarkt (12), beleid (13-15), regioplannen (9).
 - Aannemen:
Gezamenlijke inschattingen, workshops, terugkoppelingen, kennissyntheses
- We baseren ons op de **Theory of Change** en het **impactmodel** (zie hiervoor).
- We maken een prospectieve SROI-analyse over een **periode van 5 jaar**.

We sluiten zo veel mogelijk aan bij de richtlijn *Passend bewijs voor preventie*(16), lees hierover meer in ons whitepaper.(17)

De richtlijn voor passend bewijs voor preventie moet leiden tot een onderbouwing van kosten en baten van preventiemaatregelen die bruikbaar is voor besluitvorming over publieke uitgaven. Naast gerandomiseerd onderzoek kunnen alternatieve bewijsmethoden hiervoor toereikend zijn, mits gebruik wordt gemaakt van een controlegroep. Een verantwoorde toepassing van bewijs vereist dat de onderzoekscontext en de uitvoeringspraktijk vergelijkbaar zijn en de werkzaamheid van de maatregel theoretisch onderbouwd is. Passend bewijs voor langetermijneffecten kan gebaseerd zijn op intermediaire effecten en modellering. Voor gebruik van de richtlijn geldt het 'pas toe of leg uit'- principe.



Aannames

Een veelgehoord bezwaar tegen SROI-analyses is dat zij gevoelig zijn voor aannames. Dat bezwaar is op zichzelf terecht. Voor iedere prospectieve analyse geldt immers dat de toekomst niet met zekerheid te voorspellen is. Sommige trends en baten kunnen relatief robuust worden onderbouwd, terwijl andere effecten moeilijker nauwkeurig zijn in te schatten. In deze analyse gaan we daar op vier manieren mee om.

Ten eerste maken we gebruik van onderzoeksdata en monitoringsinformatie die reeds beschikbaar is – voorzover actueel en relevant. Voor verschillende Odensehuizen in Nederland zijn reeds impactonderzoeken uitgevoerd en in de meeste Odensehuizen wordt het aantal (unieke) bezoekers gemonitord.

Ten tweede maken we de gehanteerde aannames expliciet en transparant. Wanneer lezers andere aannames plausibeler vinden, kunnen zij op basis daarvan ook inschatten welke gevolgen dit heeft voor de uitkomsten.

Ten derde zijn de aannames getoetst in co-creatie met de praktijk. Dit is onder meer gedaan via interviews en een co-creatiesessie met betrokken stakeholders.

Ten vierde hanteren we een overwegend conservatieve benadering. Sommige aannames zijn neutraal van aard: zij kunnen in de praktijk zowel hoger als lager uitvallen. Een voorbeeld daarvan is de verwachte uitbreiding van het aantal deelnemers aan Odensehuizen. Waar twijfel bestaat, kiezen we echter niet voor een maximale claim, maar voor een voorzichtige inschatting. Daarom werken we met een impactclaim. Dit betekent dat we niet alle opbrengsten toeschrijven aan Odensehuizen. De bevindingen zijn gebaseerd op de conservatieve aanname dat voor alle waarderingen een impactclaim is gekozen van 75%. Dat wil zeggen dat we verwachten dat als Odensehuizen er niet zouden zijn een kwart van de baten op andere manieren tot stand zouden komen.

Daarnaast zijn er verschillende baten die wel reëel zijn en ook uit ervaringen elders naar voren komen, maar die onvoldoende robuust in een getal zijn te vatten. Deze baten zijn buiten de berekening gehouden. De kosten zijn daarentegen beter voorspelbaar en zullen daardoor minder snel tegenvallen. Om die reden hanteren we geen vaste foutmarge van 'plus of min zoveel procent'; in de praktijk is het aannemelijker dat de baten eerder hoger dan lager uitvallen, zeker op de langere termijn.

Kennissynthese uit voorgaande studies Amsterdam, Papendrecht, Groningen en Wijchen

De beschikbare studies naar Odensehuizen (18–21) bieden waardevolle aanknopingspunten voor het onderbouwen van de maatschappelijke waarde van het concept, maar zijn onderling niet één-op-één vergelijkbaar. De studies verschillen in opzet, afbakening en mate van uitwerking. Ook verschilt welke maatschappelijke opbrengsten zijn meegenomen in de berekening. Het perspectief van de opdrachtgever speelt daarbij logischerwijs een rol. Sommige studies leggen relatief veel nadruk op besparingen in formele zorg, zoals Wmo-, Zvw- of Wlz-kosten, terwijl andere studies breder kijken naar kwaliteit van leven, mantelzorgbelasting, sociale participatie of de waarde van vrijwilligers. Daardoor ontstaat geen eenduidig landelijk kengetal, maar wel een bruikbaar beeld van de typen effecten die in verschillende lokale contexten kunnen optreden.

Een belangrijke conclusie uit de kennissynthese is dat geen van de beschikbare studies volledig en gestructureerd alle stappen volgt zoals die binnen een klassieke MKBA- of SROI-benadering worden voorgeschreven. Dat betekent niet dat de studies onbruikbaar zijn, maar wel dat voorzichtigheid nodig is bij het vergelijken en doorvertalen van uitkomsten. De studies verschillen bijvoorbeeld in de mate waarin aannames expliciet zijn gemaakt, berekeningen navolgbaar zijn uitgewerkt en maatschappelijke effecten zijn gekoppeld aan een helder nulscenario. Juist dat nulscenario is relevant: het is niet altijd duidelijk wat er volgens de studie zou gebeuren als het Odensehuis er niet zou zijn, en ten opzichte van welke alternatieve zorg- of ondersteuningssituatie de baten zijn beredeneerd.

Daarnaast verschillen de onderzochte Odensehuizen zelf sterk van elkaar. Het gaat onder meer om verschillen in schaalgrootte, aantal unieke deelnemers, openingstijden, activiteitenaanbod, lokale inbedding en doelgroepafbakening. Deze relevante dimensies zetten we hieronder uiteen.

Ook de financiering en de inzet van betrokken financiers lopen uiteen. Sommige huizen kennen een relatief brede maatschappelijke inbreng vanuit gemeente, zorg- en welzijnspartijen of fondsen, terwijl andere huizen met beperktere of meer tijdelijke financiering werken. Deze verschillen zijn belangrijk, omdat zij mede bepalen welke kosten worden gemaakt, welke opbrengsten kunnen ontstaan en bij welke stakeholders deze opbrengsten terechtkomen.

Voor deze validatiestudie hebben we de eerdere studies daarom niet gebruikt als directe blauwdruk, maar als empirische basis en toetsingsmateriaal. De studie naar het Odensehuis Amsterdam bood daarbij de meest concrete aanknopingspunten voor de modellering, omdat daarin relatief veel gegevens beschikbaar waren over aantallen unieke deelnemers, subgroepen en mogelijke maatschappelijke effecten. Op basis daarvan hebben we aannames geformuleerd voor de SROI-berekening. Deze aannames zijn vervolgens aangescherpt en gevalideerd met beschikbare rapportages, interviews en co-creatie met betrokken stakeholders. Daarmee combineren we de empirische informatie uit eerdere studies met een meer expliciete en navolgbare modellering voor deze analyse.

Dimensies die de waarde van Odensehuizen bepalen

Bij het bepalen van de maatschappelijke waarde van Odensehuizen is de context cruciaal. Nederland telt ruim 80 Odensehuizen, maar elk huis functioneert binnen een eigen lokale werkelijkheid. Uit ons onderzoek komen vijf dimensies naar voren die mede bepalen hoe maatschappelijke waarde ontstaat, zichtbaar wordt en kan worden versterkt.

1. Schaal van het Odensehuis

De eerste dimensie is de schaal van het Odensehuis. Die wordt vooral bepaald door het aantal unieke bezoekers per jaar waarvoor daadwerkelijk waarde wordt gerealiseerd. Het gaat daarbij niet om incidentele bezoekers, maar om mensen die met regelmaat langskomen en deelnemen aan activiteiten. In dit onderzoek gaan we uit van bezoekers die gemiddeld minimaal eens per twee weken het Odensehuis bezoeken.

2. Duurzame financiering en verantwoording

De tweede dimensie betreft de mate waarin duurzame financiering is geregeld en hoe de verantwoording daarvan plaatsvindt. Wanneer er meerjarige financiële zekerheid is, ontstaat rust en ruimte om te doen waar het Odensehuis voor bedoeld is. Ook de wijze van verantwoorden maakt verschil: veel administratieve lasten en regeldruk beperken de ruimte voor inhoudelijke inzet, terwijl verantwoording op basis van waarde en vertrouwen juist ondersteunend werkt.

3. Verbinding met formele zorg en welzijn

De derde dimensie is de verbinding met formele zorg- en welzijnspartijen. Een sterke relatie met deze partijen kan leiden tot betere doorverwijzing, meer samenwerking tussen formele en informele zorg en ondersteuning en een grotere vindbaarheid, erkenning en herkenning van het Odensehuis.

4. Aandacht voor specifieke doelgroepen

De vierde dimensie gaat over aandacht voor specifieke doelgroepen. In de kern zijn Odensehuizen laagdrempelig toegankelijk voor mensen met een haperend brein zonder indicatie of diagnose. Echter, financieringsmodellen kunnen ertoe leiden dat indicatiestelling wel van belang is. Dat kan vervolgens ook invloed hebben op bijvoorbeeld het type ondersteuning, de openstelling en activiteiten die mogelijk zijn. Daarnaast kunnen Odensehuizen zich richten op specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld jonge mensen met dementie.

5. Activiteitenaanbod

De vijfde dimensie betreft het activiteiten aanbod. Welke activiteiten worden georganiseerd en voor wie, bepaalt mede welke maatschappelijke waarde kan ontstaan. Zo organiseren alle Odensehuizen deelgenotencontact voor mantelzorgers, maar verschilt het aanvullende activiteiten aanbod per Odensehuis, zoals mantelzorgcursussen, geleide gespreksgroepen en informatieavonden. Onder andere het Odensehuis Animi Vivere in Wijchen organiseert daarnaast bijvoorbeeld logeerszorg, wat de veerkracht van mantelzorgers versterkt en daarmee de inzet van (zwaardere) formele zorg en ondersteuning kan uitstellen of voorkomen. (18)

In de praktijk is er veel variatie in deze dimensies bij de Odensehuizen in Nederland. Hét Odensehuis simpelweg bestaat niet. Dit heeft ook implicaties voor de waardebeoordeling van een Odensehuis: hiervoor moeten altijd deze dimensies worden beschouwd.

Daarnaast speelt de volwassenheid van een Odensehuis een belangrijke rol. Aspecten als professionele coördinatie, goed toegeruste vrijwilligers, een sterk netwerk en actieve betrokkenheid van deelnemers versterken de genoemde dimensies en dragen bij aan meer maatschappelijke waarde.

Kentallen Dementie

In Nederland leven in 2026 naar schatting 320.000 mensen met dementie. Dit aantal groeit naar verwachting door tot meer dan 500.000 mensen in 2040 (22). Dementie is de ziekte met de hoogste zorgkosten, In 2023 bedroegen de zorgkosten voor dementie € 14,4 miljard euro. Een stijging van 40% ten opzichte van 2019. Toen was dit € 10,3 miljard euro (22).

Dementie raakt niet alleen de mensen die het zelf treft, maar ook hun naasten, mantelzorgers, buurten en het bredere zorg- en welzijnssysteem. De kans om dementie te krijgen is bovendien groot: één op de vijf mensen krijgt gedurende het leven dementie; bij vrouwen is dat zelfs één op de drie (22).

Tegen deze achtergrond is het relevant dat Nederland inmiddels ruim 80 Odensehuizen telt. Deze huizen spelen in op de groeiende behoefte aan laagdrempelige ondersteuning dichtbij huis voor mensen met een haperend brein en hun naasten. Door ontmoeting, activering, mantelzorgondersteuning en lokale netwerkvorming bieden zij een alternatief of aanvulling op formele zorg en ondersteuning. Daarmee sluiten Odensehuizen aan bij de bredere maatschappelijke opgave om mensen langer thuis te ondersteunen, mantelzorgers te ontlasten en de druk op zorg, welzijn en arbeidsmarkt te verminderen.

De impact van dementie reikt namelijk verder dan de zorgkosten alleen. Ook de arbeidsmarkt wordt geraakt, doordat mantelzorg vaak wordt gecombineerd met betaald werk. Van de mantelzorgers die betaald werkzaam zijn, geeft 20% aan minder uren te zijn gaan werken. Gemiddeld werken mantelzorgers 12 uur per week minder door mantelzorg (23).

De maatschappelijke urgentie blijkt uit de zorgkosten. Dementie behoort tot de aandoeningen met de hoogste zorgkosten, zie tabel 1 voor een aantal kentallen in relatie tot dementie.

Kernpunten	Waarde
Totale Wlz zorgkosten voor mensen met dementie	€ 12,87 miljard per jaar (24)
Totale Zvw zorgkosten voor thuiswonenden mensen met dementie	€ 2,85 miljard per jaar (24)
Totale WMO-kosten voor mensen met dementie • Maatwerkvoorzieningen (1,274 Miljard) • Overige gemeentelijke uitgaven (97 miljoen)	€ 1,4 miljard per jaar (24)
Percentage thuiswonende met dementie	Meer dan 70% van de mensen met dementie woont thuis (25)
Overbelaste mantelzorger(s)	1 op de 8 mantelzorgers voelt zich zwaar belast of overbelast (26)

Tabel 1: Kentallen dementie

Waardering – inbreng

Unieke deelnemers

We rekenen in deze validatiestudie de maatschappelijke kosten en baten van Odensehuizen terug naar unieke deelnemers. Onder unieke deelnemers² verstaan we personen behorende tot de doelgroep: mensen met (beginnende) dementie. Het gaat ons om deelnemers die structureel gebruikmaken van een Odensehuis. **Dit betreft deelnemers die met een zekere regelmaat aanwezig zijn, variërend van meerdere keren per week tot minimaal één keer per twee weken.**

Een incidenteel bezoek, bijvoorbeeld iemand die één keer langskomt en daarna niet meer terugkeert, wordt in deze analyse dus niet meegeteld als unieke deelnemer. Dit omdat voor deze mensen niet te verwachten is dat zij na een of enkele bezoeken direct de baten ervaren die een Odensehuis met zich meebrengt.

De aantallen unieke deelnemers zijn opgehaald uit de rapportages van de Odensehuizen (27–31). Deze rapportages vormen daarmee het uitgangspunt voor de verdere berekeningen van inbreng en opbrengsten per deelnemer.

Voorbeeldstudie MKBA Odensehuizen Amsterdam

In een voorgaande studie naar de Odensehuizen in Amsterdam is door LPBL een steekproef uitgevoerd om te bepalen hoeveel unieke deelnemers het Odensehuis aantrekt en welke subgroepen hierbinnen bestaan (32). Er werden 283 unieke deelnemers gerapporteerd in de onderzochte periode (2024-2025), verdeeld over vier stadsdelen en zes locaties. Deze unieke deelnemers zijn als volgt verdeeld:

1. Kwetsbare ouderen met ernstige problematiek - mét een Wlz-indicatie (20% = 57);
2. Kwetsbare ouderen met lichtere problematiek - zónder een Wlz-indicatie (40% = 113);
3. Buurtbewoners/ vrijwilligers (20% = 57);
4. Mantelzorgers (20% = 57).

Berekening inbreng

Omdat de opbrengsten in deze analyse worden berekend voor de groep unieke deelnemers, wordt ook de inbreng herleid naar diezelfde eenheid. Dit zorgt ervoor dat kosten en baten op een vergelijkbare manier tegenover elkaar worden gezet. De totale jaarlijkse inbreng van een Odensehuis wordt daarom gedeeld door het aantal unieke deelnemers per jaar dat structureel gebruikmaakt van het Odensehuis.

Inbreng per unieke deelnemer per jaar = totale jaarlijkse inbreng van het Odensehuis ÷ aantal unieke deelnemers per jaar

Op deze manier sluit de berekening van de inbreng aan bij de berekening van de opbrengsten: beide worden uitgedrukt per unieke deelnemer. Daarmee wordt voorkomen dat opbrengsten per deelnemer worden afgezet tegen totale kosten op locatieniveau, of omgekeerd. De SROI-berekening blijft hierdoor methodisch consistent en beter

² Ook wel 'bezoekers' genoemd. Omwille van de duidelijkheid hanteren wij de term 'deelnemers': mensen die Odensehuizen bezoeken en deelnemen aan de activiteiten.

vergelijkbaar tussen verschillende Odensehuizen. De totale inbreng is voor verschillende Odensehuizen uit de jaarverslagen opgehaald (27–31).

Inbreng per unieke deelnemer

De inbreng per unieke deelnemer verschilt tussen Odensehuizen. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat Odensehuizen niet allemaal dezelfde omvang, openingstijden en openstellingsdagen kennen. Sommige huizen zijn meerdere dagen per week geopend en bieden gedurende ruime dagdelen ondersteuning en activiteiten aan, terwijl andere huizen beperkter geopend zijn. Hierdoor verschillen zowel de totale kostenstructuur als het aantal momenten waarop deelnemers gebruik kunnen maken van het aanbod.

Daarnaast rapporteren de Odensehuizen verschillend over het aantal (unieke) bezoekers dan wel deelnemers.

Deze verschillen werken door in de berekende inbreng per unieke deelnemer. **In de beschikbare rapportages varieert deze inbreng van € 1.900 tot € 4.252 per unieke deelnemer** (27–31). Deze bandbreedte moet daarom niet uitsluitend worden geïnterpreteerd als een verschil in efficiëntie, maar vooral als een weerspiegeling van verschillen in lokale inrichting, schaalgrootte, openingstijden en intensiteit van het aanbod. Voor de SROI-analyse is het daarom van belang om deze variatie expliciet mee te nemen en de uitkomsten steeds te bezien in het licht van de context waarin een Odensehuis opereert.

Indexering kosten

De SROI-analyse wordt doorgerekend over een periode van vijf jaar. Daarom worden zowel de kosten als de baten vertaald naar de analyseperiode 2026–2030. De kosten indexeren we met 3,3% per jaar op basis van de gemiddelde CPI van de afgelopen jaren (33).

Waardering - opbrengsten

Doelgroep: Mensen met een haperend brein

Afname van vermindering kwaliteit van leven

Om de mogelijke gezondheidswinst van passende dagactiviteiten te illustreren, is een indicatieve scenarioanalyse uitgevoerd op basis van disability weights voor dementie uit de Global Burden of Disease-studie (34). Disability weights geven de mate van gezondheidsverlies weer die samenhangt met een bepaalde aandoening. In deze analyse is aangenomen dat passende dagactiviteiten kunnen bijdragen aan een reductie van 15% van het gezondheidsverlies dat samenhangt met dementie (32).

De QALY-winst is berekend door 15% van het disability weight als jaarlijkse gezondheidswinst te beschouwen. Deze QALY-winst is vervolgens gemonetariseerd met een maatschappelijke waarde van € 50.000 per QALY. Op deze manier ontstaat een indicatieve inschatting van de mogelijke maatschappelijke waarde van gezondheidswinst door passende dagactiviteiten.

Tabel 1: Reductie disability weight en maatschappelijke waarde

Ernst dementie	Disability weight	95% onzekerheids-interval	QALY-winst bij 15% reductie	Maatschappelijke waarde o.b.v. € 50.000/QALY	Bandbreedte min./max.
Mild	0,069	0,046–0,099	0,0104	€ 518	€ 345 - € 743
Matig	0,377	0,252–0,508	0,0566	€ 2.828	€ 1.890 - € 3.810
Ernstig	0,449	0,304–0,595	0,0674	€ 3.368	€ 2.280 - € 4.463

Deze berekening moet worden gelezen als een scenarioanalyse en niet als een directe schatting van de werkelijke QALY-winst. De berekening veronderstelt dat een afname van 15% in klachten resulteert in een evenredige afname van het totale gezondheidsverlies zoals weergegeven door het disability weight. Hoewel deze aanname een plausibele indicatie geeft van de potentiële maatschappelijke gezondheidswinst, is dit verband niet rechtstreeks onderzocht in de onderliggende Global Burden of Disease-studie (35).

De resultaten moeten daarom worden geïnterpreteerd als een indicatieve schatting van de mogelijke gezondheidswinst van passende dagactiviteiten bij mensen met dementie. Voor de SROI-analyse maakt deze berekening inzichtelijk welke orde van grootte de maatschappelijke waarde van een vermindering van gezondheidsverlies kan hebben. We gaan in de basisberekening uit van een gemiddelde QALY-winst van 0,0566 bij een matige ernst van dementie.

- Dit levert € 2.828 per unieke deelnemer op per jaar.

Voorbeeld Odensehuis:³

- € 2.828 * 170 = € 481.100 per jaar

³ Voorbeeld Odensehuis met 283 unieke bezoekers per jaar, waarvan:

- 20% kwetsbare ouderen met ernstige problematiek - mét een Wlz-indicatie (n = 57);
- 40% kwetsbare ouderen met lichtere problematiek - zónder een Wlz-indicatie (n = 113);
- 20% buurtbewoners/ vrijwilligers (n = 57);
- 20% mantelzorgers (n = 57).

Mantelzorgers / naasten

Toename productiviteit

Naar schatting is 18 procent van het totale ziekteverzuim in Nederland toe te rekenen aan mantelzorg (36). Van de vrouwen die mantelzorg voor iemand met dementie combineren met een baan voelt 13% zich zeer zwaar belast of overbelast, tegenover 8% van de mannen in zo'n situatie (37).

20% van de mantelzorgers (die betaald werkzaam zijn) voor mensen met dementie geeft aan minder uren te zijn gaan werken. Gemiddeld werken mantelzorgers 12 uur per week minder door mantelzorg (23).

Een deel van de mantelzorgers zou zónder het Odensehuis in een burn-out terecht komen en niet meer kunnen werken. 26% van de werkende mantelzorgers geeft aan tegen een burn-out aan te zitten (38). Om conservatief te rekenen en op basis van eerder onderzoek uitgevoerd door LPBL gaan we uit dat dit 10% van de mantelzorgers betreft (32). Eerder onderzoek geeft aan dat de overbelasting daalt met ongeveer 10 procent als gevolg van deelname aan het Odensehuis (32). Onderzoek van ArboNed geeft aan dat het verlies aan productiviteit als gevolg van een burn-out € 60.000 per persoon per jaar kost (32).

- In Odensehuis Amsterdam zijn er 57 unieke mantelzorgers betrokken.
- 10% van deze 57 mantelzorgers is afgerond 6.
- $6 * 60.000 * 0.10 = € 36.000$
- **€ 36.000 / 57 = € 632 gemiddeld per mantelzorger per jaar**

Voorbeeld Odensehuis³:

- **€ 632 * 57 = € 36.000 per jaar**

Toename Quality of life van de mantelzorger(s)

Voor mantelzorgers en naasten kan deelname aan het Odensehuis leiden tot een verbetering van de ervaren kwaliteit van leven. Dit effect ontstaat doordat mantelzorgers tijdelijk worden ontlast, meer ruimte krijgen voor eigen activiteiten of herstel, en doordat zij weten dat hun naaste op een passende, veilige en betekenisvolle plek terecht kan.

In de literatuur over mantelzorg bij dementie wordt kwaliteit van leven van mantelzorgers sterk in verband gebracht met factoren als ervaren belasting, depressieve klachten en psychisch welbevinden. Daarmee is het aannemelijk dat ondersteuning die mantelzorgbelasting vermindert ook een positief effect kan hebben op de kwaliteit van leven van naasten.

Voor deze SROI-analyse wordt indicatief uitgegaan van een QALY-winst van 0,04 per mantelzorger. Deze aanname sluit aan bij onderzoek waarin de kwaliteit van leven van mantelzorgers van mensen met dementie centraal staat (39).

Het Zorginstituut Nederland hanteert QALY's als maat om gezondheidswinst en kwaliteit van leven in economische evaluaties uit te drukken (40). In deze analyse wordt aangesloten bij een maatschappelijke waardering van € 50.000 per gewonnen levensjaar. De monetaire waarde van de aangenomen QALY-winst voor mantelzorgers wordt daarmee als volgt berekend:

- $€ 50.000 \times 0,04 = € 2.000$ per mantelzorger per jaar.

Voorbeeld Odensehuis³:

- $€ 2.000 \times 57 = € 114.000$

Vrijwilligers

Extra waarde vrijwilligers

Uit een steekproef uitgevoerd door LPBL blijkt dat de meeste buurtbewoners en vrijwilligers ook zonder het Odensehuis vrijwilligerswerk zouden hebben gedaan. Een klein deel kiest echter specifiek vanwege het Odensehuis voor vrijwilligerswerk (7). Dit betreft 0 tot 10 procent van de vrijwilligers. In dit scenario wordt conservatief gerekend met 5 procent. Dat komt neer op drie extra vrijwilligers. Gemiddeld is een vrijwilliger 288 uur per jaar actief bij een Odensehuis. Dit betekent: $3 \times 288 = 864$ uur.

Vanuit het zorginstituut Nederland zijn er referentieprijzen beschikbaar voor een uur tijdsbesteding van mantelzorgers, cliënten en patiënten. Dit is namelijk € 21,30 per uur.

- $€ 21,30 \times 864 = € 18.376$
- $€ 18.376 / 57 = € 322$ per vrijwilliger per jaar

Voorbeeld Odensehuis³:

- $€ 322 \times 57 = € 18.376$

Zorgverzekeraar en zorgkantoor: algemeen

De Erasmus Universiteit Rotterdam berekende de maatschappelijke inzet en kosten voor dementie in Nederland (24). Niet alleen de directe kosten voor verpleeghuiszorg en zorg thuis zijn berekend (bijna 16 miljard), maar ook de indirecte kosten van de inzet van vrijwilligers zoals mantelzorgers hebben een waarde gekregen. Bij elkaar opgeteld concludeert dit rapport tot 31,8 miljard euro aan maatschappelijke inzet en kosten voor het jaar 2025. Daarmee is de maatschappelijke impact van dementie ongeveer 2% van het Bruto Nationaal Inkomen van Nederland.

De grootste kostenposten zijn langdurige zorg (kosten binnen de Wet langdurige zorg, Wlz), zorg thuis (kosten binnen de Zorgverzekeringswet, Zvw), en de inzet van mantelzorgers. Het rapport benadrukt dat kosten en besparingen niet alleen binnen de zorg vallen, maar ook bij gemeenten, werkgevers en gezinnen.

Het rapport is een vertrekpunt om preventie, innovatie en een domeinoverstijgende netwerk- of ketenbenadering te wegen op hun potentiële kostendemping en op het voorkomen van verschuivingen tussen domeinen.

Het rapport is daarmee een relevante referentie voor het inzichtelijk maken van de maatschappelijke impact van Odensehuizen – zowel in de huidige situatie als bij verdere opschaling:

- Als we de *huidige maatschappelijke impact* van Odensehuizen berekenen ontstaat inzicht in de besparing die de huidige Odensehuizen realiseren ten opzichte van de totale maatschappelijke inzet en kosten.
- Vervolgens kunnen we ook een inschatting maken van de *maatschappelijke impact bij verdere opschaling* van Odensehuizen in Nederland, naar een landelijk dekkend netwerk.

Zorgkantoor

Het bovengenoemde rapport van de Erasmus Universiteit Rotterdam (24) concludeert de volgende kosten en besparingspotentieel binnen de Wet langdurige zorg (Wlz):

- **Totale Wlz-kosten voor mensen met dementie:** € 12,87 miljard per jaar, waarvan € 8,81 miljard voor opname in verpleeghuis en € 4,06 miljard voor thuiszorg via VPT/MPT/PGB.
- **De gemiddelde Wlz-kosten per persoon** bedragen volgens Vektis (41) in 2023 in totaal € 19.200 per thuiswonende persoon met Wlz-indicatie met dementie en € 101.700 voor een persoon met een Wlz-indicatie intramuraal (wonend in een verpleeghuis) met dementie. De Wlz kent pakketten thuis of in een instelling, al dan niet met verblijf, en geldt in totaal voor circa 164.185 mensen met dementie in 2023.
- **Besparingspotentieel:** De grootste winst is te behalen door (zwaardere) Wlz-indicatie, waaronder opname in een verpleeghuis, uit te stellen of te voorkomen. Dit kan door een integrale, persoonsgerichte aanpak zoals Odensehuizen, die inzet op zelf- en samenredzaamheid, mantelzorgondersteuning en een dementievriendelijke omgeving. Hierdoor blijven mensen langer actief en thuiswonend en wordt de instroom in de Wlz vertraagd.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de afgelopen jaren al steeds meer ouderen met een indicatie voor verpleeghuiszorg die zorg ontvangen buiten het verpleeghuis. (42) Zo is het aandeel verpleeghuisbewoners met een lichte indicatie (VV4) dat in een verpleeghuis woont gedaald van 75 procent in 2015 tot 46 procent in 2023. (43) De trend sluit aan bij het overheidsbeleid om ouderen langer zelfstandig buiten het verpleeghuis te laten wonen. Bij de start van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) in 2022 is afgesproken de verpleeghuiscapaciteit te bevriezen. (44)

Voor het beredeneren en berekenen van de impact van Odensehuizen op de Wlz-kosten is dit relevant. Immers, door het verzwaren van de indicatiestelling voor opname in een verpleeghuis zullen logischerwijs meer mensen thuis blijven wonen, ook als de zorgzwaarte toeneemt en ongeacht de aanwezigheid van een voorziening als een Odensehuis.

Minderkosten Wlz - waarderingen voor SROI-analyse

We concluderen drie potentiële effecten op de Wlz-uitgaven door Odensehuizen:

- 1) Voorkomen kosten Wlz-dagbesteding
- 2) Uitstel zwaardere Wlz-indicatie (verschil intramuraal – VPT)
- 3) Uitstel eerste Wlz-indicatie (verschil geen Wlz-indicatie – MPT)

Hieronder werken we deze uit.

1) Voorkomen kosten Wlz-dagbesteding

Aanname op basis van de MKBA Odensehuizen Amsterdam (19): 15% van de bezoekers, behorende tot de groep mensen met een haperend brein (dus niet de naasten of vrijwilligers), en mét een Wlz-indicatie, zou zonder Odensehuis naar Wlz-gefinancierde dagbesteding gaan.

Referentieprijzen dagbesteding Wlz, per jaar:

- €15.205 per jaar op basis van MKBA Odensehuizen Amsterdam (19). Dit is een gemiddelde van:
 - Dagbesteding Wlz: € 13.668 per jaar
 - Dagbesteding Wlz, inclusief vervoer: € 16.742 per jaar

Referentieprijzen dagbesteding Wlz psychogeriatrisch in groepsverband, op basis van MPT-kosten/ -tarieven, per dagdeel:

- €74 per dagdeel op basis van Maatschappelijke prijslijst (45)
- €76,74 per dagdeel (prestatiecode H533, maximaal tarief) op basis van NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg, 2026 (46)
- €73,29 per dagdeel op basis van tarief Zilveren Kruis, leveringsvorm MPT, 2026 (47)

Het aantal dagdelen dagbesteding hangt af van de indicatiestelling.

Berekening:

15% * aantal bezoekers met Wlz indicatie * €15.205 (gemiddelde van met en zonder vervoer, per jaar) = **gemiddeld €2.280 per bezoeker per jaar** behorende tot de doelgroep (bezoekers met een haperend brein).

Vertaald naar de MPT-tarieven zijn dit zo'n 31 minder dagdelen dagbesteding gemiddeld per bezoeker met Wlz indicatie per jaar.

Voorbeeld Odensehuis Amsterdam:

- **€ 2.280 * 57 = € 130K**

2) Uitstel zwaardere Wlz-indicatie (uitstel opname verpleeghuis)

Aanname op basis van de MKBA Odensehuizen Amsterdam en aanvullende literatuur: voor de unieke deelnemers - *die reeds een Wlz-indicatie (VPT of MPT) hebben* - wordt opname in het verpleeghuis met gemiddeld 4,5 maanden uitgesteld. We baseren ons hierbij op relevant onderzoek, dat een uitstel laat zien van 4 tot 18 maanden. (19,48-50)

Om het effect op de Wlz-kosten te bepalen rekenen met een proxy-waarde. Voor deelnemers die nog niet in het verpleeghuis wonen, wordt in deze SROI-analyse een mogelijke vermindering van Wlz-kosten meegenomen. Het onderliggende werkende principe is dat bezoek aan een Odensehuis bijdraagt aan meer sociaal maatschappelijke participatie, een groter netwerk, betekenisvol contact, stimulatie van lichaamsfuncties en mentaal welbevinden. Mede hierdoor kunnen bezoekers langer thuis blijven wonen, al dan niet met lichtere vormen van zorg ondersteuning.

Op basis van bovenstaande nemen we aan dat deelnemers gemiddeld 4,5 maand langer thuis kunnen blijven wonen, verdeeld over de doelgroep. Dit effect treedt immers eenmalig op bij de doelgroep (niet jaarlijks terugkerend). Mensen met dementie worden gemiddeld 3,9 jaar na diagnose opgenomen in verpleeghuis (51); we rekenen daarom met 25% van de doelgroep waarbij deze effecten op jaarbasis gerealiseerd worden. Voor de financiële waardering rekenen we met een proxy-waarde. Deze kunnen we op twee manieren berekenen, uitgaande van de verschillkosten tussen Volledig Pakket Thuis en intramurale verpleeghuiszorg.

1) Op basis van een macro-benadering

De Nederlandse Zorgautoriteit stelde de verschillkosten tussen Volledig Pakket Thuis en intramurale verpleeghuiszorg in 2022 vast op €1.511 per maand (52). In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat wanneer alle zzp-uitgaven (Wlz intramuraal op basis van Zorgzwaartepakket) zouden worden omgezet naar VPT-uitgaven (Volledig Pakket Thuis, Wlz zorg thuis) dit een verlaging van de collectieve zorguitgaven van circa € 2,2 miljard zou opleveren. Het gemiddelde zzp (vv4 t/m vv10) volume (juni 2021) was 91% * 133.334 = 121.343 cliënten. €2,2 miljard / 121.343 = zo'n €18.000 per jaar ofwel zo'n €1.511 per maand.

2) Op basis van verschillen tussen actuele tarieven (2026)

Op een andere wijze berekend, geactualiseerd voor 2026 is het verschil in Wlz-kosten tussen VPT en intramurale verpleeghuiszorg hoger. De Wlz-dagtarieven, op basis van de NZa beleidsregels Wlz (53) voor zzp 5 voor 2026 van Zilveren Kruis Zorgkantoor (47) zijn:

Leveringsvorm	Prestatie-code	Prestatie	Tarief Nza (maximaal tarief per dag)	Tarief Zilveren Kruis
Intramuraal	Z053	ZZP 5vv incl.bh incl.db	€ 387,33	€ 371,95
VPT	V053	VPT 5vv incl.bh incl.db	€ 326,29	€ 311,89

Daarmee is intramurale opname €60,06 per dag duurder dan VPT, ofwel ruim €1.828 per maand (op basis van de tarieven van Zilveren Kruis Zorgkantoor).

Dit bedrag komt in de buurt van de €1.511 zoals hierboven berekend, vanuit macro-economisch perspectief.

We rekenen met actuele bedrag, €1.828 per maand minderkosten bij uitstel intramurale opname versus VPT.

NB: het zou interessant zijn om een verschillkosten analyse te maken tussen MPT en intramuraal. Momenteel ontbreken echter geschikte gegevens over gemiddelde MPT uitgaven voor vv4 en vv5.

Berekening:

Voor 25% van de bezoekers met Wlz-indicatie rekenen we met een uitstel van zwaardere Wlz-indicatie van 4,5 maanden.

$4,5 * €1.828 * 25\% = \textbf{€2.057 gemiddeld per deelnemer per jaar}$ behorende tot de doelgroep (bezoekers met een haperend brein) die reeds een Wlz-indicatie hebben.

Voorbeeld Odensehuis Amsterdam:

- $\textbf{€ 2.057 * 57 = € 117K}$

3) Uitstel eerste Wlz-indicatie

Daarnaast is er nog een groep Odensehuizen bezoekers voor wie een eerste Wlz-indicatie wordt uitgesteld, en wat leidt tot uiteindelijk minder lang 'gebruik' van de Wlz. Dit is lastig te onderzoeken en hierover zijn weinig onderzoeken bekend. Toch is dit effect aannemelijk, vanwege de hierboven beredeneerde effecten.

Berekening:

Voor 25% van de bezoekers met een haperend brein – zonder Wlz-indicatie - rekenen we met een uitstel van de eerste Wlz-indicatie van 4,5 maanden. De gemiddelde Wlz-kosten per persoon bedragen volgens Vektis (41) in 2023 in totaal € 19.200 per thuiswonende persoon met Wlz-indicatie met dementie, ofwel €1.600 gemiddeld per persoon per maand.

Op basis van het hiervoor genoemde bedrag en het gemiddelde van 4,5 maand uitstel van eerste Wlz-indicatie over een periode van 5 jaar maakt dat de bruto waarde neerkomt op $4,5 * €1.600 * 25\% =$ **€1.800 gemiddeld per unieke deelnemer per jaar** behorende tot de doelgroep (bezoekers met een haperend brein) die nog geen Wlz-indicatie hebben.

Voorbeeld Odensehuis Amsterdam:

- **€ 1.800 * 113 = € 203K**

Zorgverzekeraar

Zvw besparingen

Het rapport van de Erasmus Universiteit Rotterdam (54) concludeert de onderstaande kosten en besparingspotentieel binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit is gebaseerd op de Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (40), de data van de website Dementie in Kaart (55) en de factsheet Dementie van Vektis. (41)

- **Totale Zvw-kosten voor thuiswonende mensen met dementie:** € 2,85 miljard per jaar voor 222.573 thuiswonende mensen met dementie, oftewel zo'n € 12.800 per thuiswonende met dementie.
- **Belangrijkste posten:** huisartsenzorg (€ 117,1 miljoen), casemanagement (€ 142,6 miljoen), wijkverpleging (€ 384,5 miljoen), paramedische zorg (€ 28 miljoen), spoedeisende hulp plus ambulancevervoer (€ 32,8 miljoen), polikliniekbezoeken (€ 12,2 miljoen), dagopnamen in ziekenhuis (€ 24,6 miljoen), klinische opnamen in ziekenhuis (: € 184,6 miljoen), diagnostiek in geheugenpoli's (€ 43,2 miljoen), geneesmiddelen (€ 3,4 miljoen).
- **Besparingspotentieel:** Het rapport noemt dat preventie, innovatie en een domeinoverstijgende aanpak (zoals Odensehuizen) kunnen bijdragen aan het dempen van de kostengroei. Door mensen langer thuis te laten wonen met passende ondersteuning, kunnen duurdere vormen van zorg (zoals ziekenhuisopnames en intensieve wijkverpleging) worden uitgesteld of voorkomen.

Het is aannemelijk dat door bezoek aan een Odensehuis de Zvw-kosten verminderen (voor mensen die nog geen Wlz-indicatie hebben) met dezelfde redenering als het uitstel van (zwaardere) Wlz-indicatie, zoals hierboven beschreven.

We gaan daarom uit van gemiddeld 10% besparing op de gemiddelde Zvw-kosten voor mensen met dementie:

- **10% van € 12.809 is € 1.281 per persoon per jaar, per bezoeker behorende tot de doelgroep (bezoekers met een haperend brein) die géén Wlz-indicatie hebben.**

Voorbeeld Odensehuis Amsterdam:

- **€ 1.281 * 113 = € 145K**

NB: We gaan uit van de netto-besparing, gecorrigeerd voor de eventuele 'extra' Zvw-kosten die het gevolg zijn van langer thuis wonen zonder Wlz-indicatie.

Gemeente

Afname Wmo kosten

Op basis van de maatschappelijke kosten-batenanalyse van het Odensehuis in Amsterdam kost dagbesteding vanuit de Wmo € 10.750 per cliënt per jaar (32). Deze kostprijs gebruiken we in deze analyse als proxy voor de gemeentelijke kosten van geïndiceerde dagbesteding.

- De aanname is niet dat iedere deelnemer deze kosten voorkomt. Op basis van de Amsterdamse MKBA wordt verondersteld dat één op de vijf deelnemers uit de doelgroep zonder het Odensehuis zou doorstromen naar dagbesteding vanuit de Wmo of Wlz (32).

Voor de SROI-berekening kennen we deze besparing daarom alleen toe aan 20% van de unieke deelnemers binnen de Wmo-doelgroep. Het gaat dus om de subgroep waarvoor het Odensehuis naar verwachting een alternatief vormt voor formele dagbesteding.

De volledige jaarlijkse kostprijs van € 10.750 wordt alleen aan deze 20% toegerekend. Het bedrag wordt volledig toegepast op het deel van de doelgroep waarvoor vervangende Wmo-dagbesteding aannemelijk is.

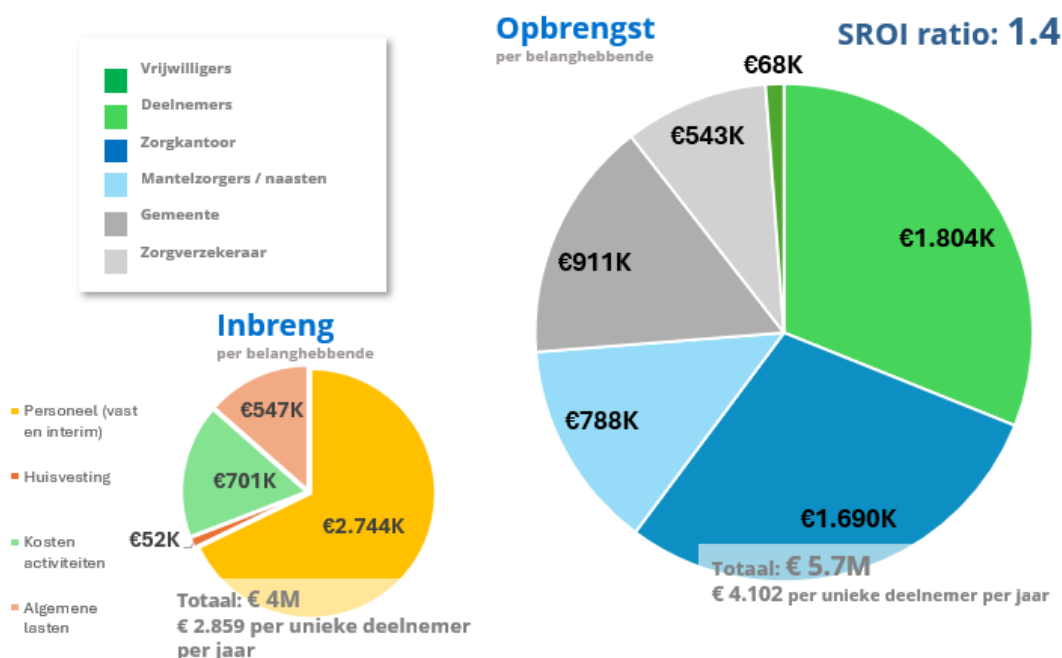
Voorbeeld Odensehuis Amsterdam:

- **€ 10.750 * (20% * 113) = € 243K**

NB: We gaan uit van de netto-besparing, gecorrigeerd voor de eventuele 'extra' Wmo-kosten die het gevolg zijn van langer thuis wonen zonder Wlz-indicatie.

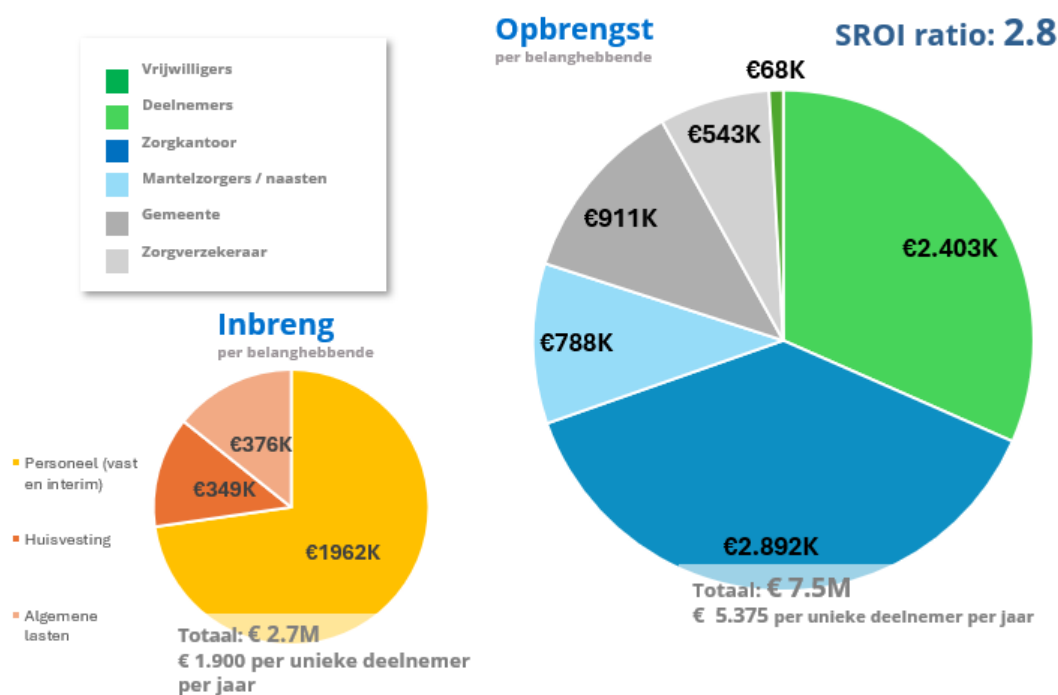
Social Return on Investment – samenvatting

In samenvatting zijn de inbreng en opbrengsten over een periode van 5 jaar (2026-2030) als volgt:



Figuur 2 Ondergrens SROI-ratio huidige situatie

De ondergrens geeft de SROI-ratio weer voor de huidige situatie van Odensehuizen, waarbij conservatief is gerekend. In dit scenario wordt uitgegaan van een relatief hogere inbreng per unieke deelnemer, gebaseerd op jaarcijfers van verschillende Odensehuizen. Ook aan de batenkant is conservatief gerekend: voor deelnemers wordt uitgegaan van een lagere QOL-winst, doordat slechts beperkt effect wordt toegerekend aan het verminderen van verergering van klachten (15%). Voor het zorgkantoor wordt daarnaast gerekend met 4,5 maanden uitstel van een (zwaardere) Wlz-indicatie dan wel een intramurale opname. Deze aannames sluiten aan bij de lagere waarden die in de literatuur worden gevonden en geven daarmee een voorzichtige inschatting van het maatschappelijk rendement in de huidige situatie.



Figuur 3 Bovengrens SROI-ratio huidige situatie

De bovengrens geeft eveneens de SROI-ratio weer voor de huidige situatie, maar laat zien welk maatschappelijk rendement mogelijk is wanneer enkele aannames gunstiger uitvallen. In dit scenario wordt gerekend met een lagere inbreng per unieke deelnemer en met een hogere QOL-winst voor deelnemers, doordat meer effect (20%) wordt toegerekend aan het verminderen van verergering van klachten. Daarnaast worden de baten voor het zorgkantoor hoger gewaardeerd, doordat wordt gerekend met 9 maanden uitstel van een (zwaardere) Wlz-indicatie dan wel een intramurale opname in plaats van 4,5 maanden. De literatuur laat op deze punten verschillende waarden zien; daarom geven de onder- en bovengrens samen een bandbreedte voor de interpretatie van de SROI-ratio in de huidige situatie.

Samenvattend

Over beide figuren heen geldt dat de grootste baten neerslaan bij de deelnemers zelf en bij het zorgkantoor; zij zijn daarmee de grootste baathouders binnen deze analyse. Dat is inhoudelijk goed verklaarbaar: de kernwaarde van Odensehuizen ligt in het behoud van kwaliteit van leven, sociale participatie en het langer passend thuis kunnen blijven wonen van deelnemers. Tegelijkertijd laat dit ook een belangrijk financieringsvraagstuk zien. De inzet en financiering van Odensehuizen liggen in de praktijk vaak bij gemeenten, fondsen en lokale initiatiefnemers, terwijl een substantieel deel van de financiële baten terechtkomt bij het zorgkantoor via uitstel of voorkoming van zwaardere Wlz-zorg. Dit benadrukt het belang van domeinoverstijgend kijken naar kosten en baten. Wanneer de grootste maatschappelijke opbrengsten bij deelnemers en het zorgkantoor neerslaan, vraagt duurzame borging om afspraken waarin niet alleen wordt gekeken wie betaalt, maar vooral waar de maatschappelijke waarde ontstaat en hoe die waarde gezamenlijk kan worden behouden en vergroot.

Een gedachtenexperiment: impactpotentieel bij landelijke opschaling

Nederland telt op dit moment ruim 80 Odensehuizen. Ze creëren aantoonbaar maatschappelijke waarde, zoals we hierboven laten zien. Maar lang niet iedereen kan daar nu van profiteren: mensen met een haperend brein, hun naasten, mantelzorgers en betrokken professionals hebben vaak geen Odensehuis in de buurt.

Daarom is de volgende vraag relevant:

Wat is de potentiële impact van een landelijk dekkend netwerk van Odensehuizen?

Om die vraag te beantwoorden extrapoleren we – schetsmatig, bij wijze van gedachtenexperiment - de resultaten van deze impactstudie, op basis van een aantal modelmatige en randvoorwaardelijke aannames.

Modelmatige aannames bij deze schets:

- We gaan uit van een opschaling van ruim 80 Odensehuizen in 2026 naar **200 Odensehuizen** in 2030 - landelijk dekkend, met gemiddeld 1 Odensehuis per 90.000 inwoners.
- Het gemiddeld aantal unieke deelnemers per Odensehuis (mensen die regelmatig komen en meedoen aan activiteiten) groeit naar 100 per jaar. Landelijk komt dat dan neer op **20.000 unieke deelnemers per jaar**. Dat is zo'n 5% van het aantal mensen met dementie in 2030. (56)
- Door schaalvoordelen, gezamenlijke ontwikkeling en structurele financiering — met meer financiële rust en een toekomstgerichte blik — schatten we de gemiddelde kosten per unieke deelnemer op €1.720 per jaar. Voor alle 200 Odensehuizen samen komt dat structureel neer op zo'n **€34 miljoen per jaar**.

Randvoorwaarden bij deze schets:

- Er is sprake van een vorm van **structurele financiering**, zodat Odensehuizen zich als bewonersinitiatief volledig kunnen richten op hun kernkwaliteit: een laagdrempelige plek voor ontmoeting, ondersteuning en betekenisvolle activiteiten voor mensen met een haperend brein, hun naasten, vrijwilligers en professionals.
- Alle Odensehuizen zetten in op – en hebben organisatorisch en financieel ruimte voor - **samen leren en samen ontwikkelen**, ondersteund door het Landelijk Platform Odensehuizen, gericht op het vergroten van bereik en impact.

Extrapolatie naar impactpotentieel

Het gedachtenexperiment met deze aannames leidt tot het volgende beeld:

	Schets impactpotentieel
SROI-ratio	3,1
Kosten per jaar	€34 miljoen
Baten per jaar	€107 miljoen
<i>Waarvan waarde voor:</i>	
mensen met een haperend brein	€34 miljoen
naasten en mantelzorgers	€11 miljoen
vrijwilligers	€1 miljoen
<i>Waarvan minderkosten:</i>	
Wlz	€41 miljoen
Wmo	€13 miljoen
Zvw	€8 miljoen

De SROI-ratio wordt daarmee nog iets opgekrikt, naar 3,1 (was 2,8).

In dit gedachtenexperiment lopen de minderkosten in formele zorg en ondersteuning (Wlz, Zvw en Wmo) op tot **€61 miljoen per jaar** — omgerekend zo'n 621 duizend uur, of **440 fte minder per jaar**. Odensehuizen kunnen zo een aanzienlijke bijdrage leveren aan het dempen van de zorgvraag én het terugdringen van de personeelsschaarste in zorg en ondersteuning.

Daar komt de waarde voor bewoners zelf nog bovenop: in het Impactscenario realiseren Odensehuizen voor mensen met een haperend brein, hun naasten, mantelzorgers en vrijwilligers een waarde (toename kwaliteit van leven, veerkracht, verbondenheid, positieve gezondheid, zingeving) van **zo'n €46 miljoen per jaar**.

Disclaimer:

Bovenstaande gedachtenexperiment is een eerste vingeroefening, bedoeld om de potentiële impact bij verdere opschaling van Odensehuizen te schetsen. Nadere studie is nodig om te bepalen hoe een landelijk dekkend netwerk er uit ziet (aantal Odensehuizen, geografische spreiding, potentiële doelgroep) en wat er nodig is om de genoemde aannames en randvoorwaarden te realiseren.

Dit gedachtenexperiment blijft bovendien een extrapolatie van de huidige situatie, gebaseerd op de genoemde aannames en randvoorwaarden. Het werkelijke impactpotentieel ligt vermoedelijk hoger: voortgaand leren en ontwikkelen, en een intensievere verbinding met de wijk en zorgzame gemeenschappen, vergroten zowel bereik als impact. Inzichtelijke monitoring en evaluatie zijn daarom onmisbaar.

Monitoring op impact

Het realiseren van dit impactpotentieel gaat niet vanzelf. Hiervoor moet een aantal beleidsmaatregelen worden genomen, zowel landelijk als lokaal. Daarnaast is transparante monitoring van belang, waarmee voor alle belanghebbenden inzichtelijk is wat de impact is op voor hen relevante uitkomsten. En dat met die inzichten gestuurd kan worden op maximale impact.

Voor de monitoring van de effecten op Wlz-, Zvw en Wmo adviseren we om een monitor in te richten op basis van declaratiedata, verzameld door Vektis en de Gemeentezorgspiegel (5,6), waarmee de komende jaren inzicht ontstaat in de verschillen tussen de kosten voor zorg en ondersteuning voor de doelgroep in gebieden (regio's, gemeentes, wijken) waar *geen* Odensehuizen zijn versus vergelijkbare gebieden waar die *wel* zijn.

Zilveren Kruis hanteert deze aanpak ook voor andere interventies in hun zorgkantorregio. Door in een zorgkantorregio een gemeente met Odensehuis te vergelijken met een *peer group* zonder Odensehuis op in- en doorstroom in de Wlz van de doelgroep is de impact verder te onderbouwen.

In aansluiting op AZWA

Deze validatiestudie en de voorgestelde monitoring sluit aan bij spoor 2 van de Agenda Routekaart ontwikkelagenda deel 1- Samenwerking zorg en sociaal domein voor D5 - versterken van de samenwerking tussen partijen op het snijvlak (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein - in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (57):

Om van de aanpakken basisfunctionaliteiten te maken, werken IZA-regio's en landelijke partijen binnen de ontwikkelagenda langs twee sporen:

- 1. Het verder ontwikkelen van aanpakken tot opschaalbare keten- of netwerkaanpakken van 2027 tot 2030;*
- 2. Het onderbouwen van de maatschappelijke en financiële meerwaarde van deze aanpakken in 2027 en 2028.*

Een belangrijke opdracht voor de aanpakken op de ontwikkelagenda deel 1 is het verzamelen van bewijs bij deze aanpakken, waarbij de kernelementen centraal staan. Daarbij wordt vooral gekeken naar de impact op de kosten binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz).

Het proces van verzameling van bewijs vindt plaats onder regie van het ministerie van VWS, in nauwe samenspraak met de VNG en ZN.

Moeilijk monetariseerbare baten

Niet alle maatschappelijke baten van Odensehuizen laten zich betrouwbaar in euro's uitdrukken. Dat betekent niet dat deze effecten minder belangrijk zijn. Juist bij Odensehuizen gaat een groot deel van de waarde over kwaliteit van bestaan, sociale verbondenheid, eigen regie en het gevoel ergens bij te horen. Dit zijn opbrengsten die in de praktijk vaak duidelijk worden ervaren door deelnemers, naasten, vrijwilligers en professionals, maar waarvoor het lastig is om een eenduidige financiële waardering te bepalen. Om te voorkomen dat deze baten buiten beeld blijven, worden zij in deze analyse apart beschreven.

Waarde voor deelnemers

Voor deelnemers kan het Odensehuis bijdragen aan behoud van identiteit, eigenwaarde en dagelijkse structuur. Mensen met een haperend brein worden niet primair benaderd vanuit ziekte of beperking, maar vanuit wat zij nog kunnen, willen en betekenen voor anderen. De mogelijkheid om zelf keuzes te maken, mee te doen aan activiteiten en onderdeel te zijn van een gemeenschap kan bijdragen aan ervaren autonomie en zingeving. Deze effecten zijn maatschappelijk relevant, maar moeilijk te monetariseren omdat zij sterk samenhangen met persoonlijke beleving en niet eenvoudig zijn terug te brengen tot één meetbare uitkomstmaat.

Daarnaast wordt in deze analyse de monetaire waarde alleen toegekend aan de groep deelnemers die met regelmaat (minimaal 1x per 2 weken) een Odensehuis bezoekt. Het is uiteraard goed denkbaar dat ook voor de deelnemers die met minder regelmaat een Odensehuis bezoeken er veel (maatschappelijke) waarde gecreëerd wordt. Deze groep is nu niet meegenomen binnen de analyse.

Waarde voor mantelzorgers en naasten

Ook voor mantelzorgers en naasten ontstaan baten die verder gaan dan meetbare ontlasting of productiviteitswinst. Het Odensehuis kan een plek zijn waar zorgen worden gedeeld, ervaringen herkenning krijgen en informele steun ontstaat. Voor naasten kan het veel betekenen dat hun partner, ouder of familielid op een veilige en passende plek welkom is. Dat kan rust geven, gevoelens van eenzaamheid verminderen en bijdragen aan het langer volhouden van de mantelzorgsituatie. Hoewel deze effecten deels kunnen doorwerken in kwaliteit van leven of minder zorggebruik, is de precieze omvang ervan onzeker en afhankelijk van de individuele situatie.

Waarde voor de lokale gemeenschap

Door de inzet van vrijwilligers, buurtbewoners en samenwerkingspartners ontstaat een laagdrempelige ontmoetingsplek waar informele netwerken worden versterkt. Dit kan bijdragen aan meer dementievriendelijke gemeenschappen, vroegere signalering van ondersteuningsvragen en betere verbinding tussen zorg, welzijn en het sociale netwerk rondom deelnemers. Deze netwerk- en gemeenschapseffecten zijn belangrijk, maar lastig toe te rekenen aan één partij of één interventie. Daardoor zijn ze in een SROI-berekening moeilijk betrouwbaar te kwantificeren.

Bijdrage aan passende ondersteuning dichtbij huis

Odensehuizen dragen bij aan een bredere beweging richting passende ondersteuning dichtbij huis. Zij bieden een alternatief perspectief op ondersteuning bij dementie: niet alleen gericht op zorg leveren, maar ook op meedoen, ontmoeten, talenten benutten en het versterken van informele ondersteuning. De waarde hiervan ligt mede in het voorkomen dat mensen te snel afhankelijk worden van formele voorzieningen of dat sociale problematiek onzichtbaar blijft totdat zwaardere zorg nodig is. Deze preventieve en systeemgerichte baten zijn plausibel en sluiten aan bij de maatschappelijke opgave in zorg en welzijn, maar zijn in deze analyse niet als afzonderlijke financiële post opgenomen.

Betekenis voor de interpretatie van de SROI-ratio

De moeilijk monetariseerbare baten moeten daarom worden gezien als een noodzakelijke aanvulling op de berekende SROI-ratio. De ratio laat zien welke baten op basis van beschikbare gegevens en aannames financieel kunnen worden gewaardeerd. De bredere maatschappelijke betekenis van Odensehuizen is echter groter dan alleen de gemonetariseerde opbrengsten. Bij besluitvorming over borging en financiering is het daarom van belang om zowel de berekende baten als deze kwalitatieve opbrengsten mee te wegen.

Slotbeschouwing

De vraag die we in dit rapport beantwoord hebben, is wat de maatschappelijke waarde van de Odensehuizen is. Die vraag is relevant om allerlei redenen. Ten eerste is er toenemende behoefte aan laagdrempelige faciliteiten voor mensen met dementie (of andere hersenbeschadigingen), met of zonder Wlz-indicatie. Ten tweede is er in de context van de schaarste op de arbeidsmarkt en de stijgende kosten van de zorg ook meer belangstelling voor volwaardige alternatieven voor mensen die zonder die alternatieven beroep doen op formele zorg. Ten derde kunnen Odensehuizen overbelaste mantelzorgers ontlasten.

Een andere reden waarom de maatschappelijke waarde van de Odensehuizen in de schijnwerpers staat, is dat er nogal veel van die huizen zijn (ruim 80) en een groot percentage daarvan moeite heeft om gemeenten of andere betalers te bewegen tot structurele financiering.

Het bleek minder gemakkelijk om een eenduidig antwoord op de onderzoeksvraag te geven dan gedacht. De verscheidenheid tussen de diverse Odenhuizen was een stuk groter dan we hadden verwacht, de voorliggende maatschappelijke business cases gaven ons wel een deel van de antwoorden maar ook een deel niet en de data waren niet overal in dezelfde mate beschikbaar.

Toch is het gelukt om een uiteindelijk oordeel te vellen. De SROI-ratio van Odensehuizen is positief, en soms flink positief. De baten die we overal zien zijn uitstel van opname in verpleeghuizen, kwaliteit van leven van deelnemers, verlichting van de druk op de zorg en verlichting van de druk op mantelzorgers. De onderkant van de range is de SROI-ratio 1.4 en aan de bovenkant 2.8. En er is nog ruimte voor verbetering, omdat deze ratio's gebaseerd zijn op de huidige situatie die in een aantal gevallen suboptimaal is.

De verscheidenheid zit hem in een veelheid van factoren. Zo verschillen de schaal en de openingstijden nogal tussen de huizen en zijn er (soms onverklaarbare) verschillen in kosten. Ook biedt het ene huis een breder palet aan activiteiten aan dan de ander en is het ene huis beter ingebed in de buurt dan de andere. Soms verlaagt regelgeving (onzinnige verantwoordingscircussen of kwaliteitseisen die bij zorg maar niet bij het Odensehuis past) die lokaal kan verschillen de baten. Dat alles maakt uit voor de SROI-ratio. Tot slot maakt het uit of de vrijwilligers al hun aandacht kunnen besteden aan de deelnemers, in plaats van een substantieel deel van hun tijd te besteden aan lobbyen, subsidieaanvragen invullen en wat dies meer zij.

Voor de vraag of er structureel gefinancierd moet worden doen die verschillen er niet zo toe, maar ze kunnen inzichtelijk zijn zowel voor de geldschieter als de huizen zelf hoe de baten te vergroten en hoe te leren van ervaringen elders in het land. Tevens kan het aanleiding zijn voor gesprekken met de zorgverzekeraars in de context van AZWA, de status van basisfunctionaliteit en een verantwoording die recht doet aan de aard van de Odensehuizen. Of het kan inzicht bieden als men besluit nieuwe vestigingen van Odensehuizen te beginnen.

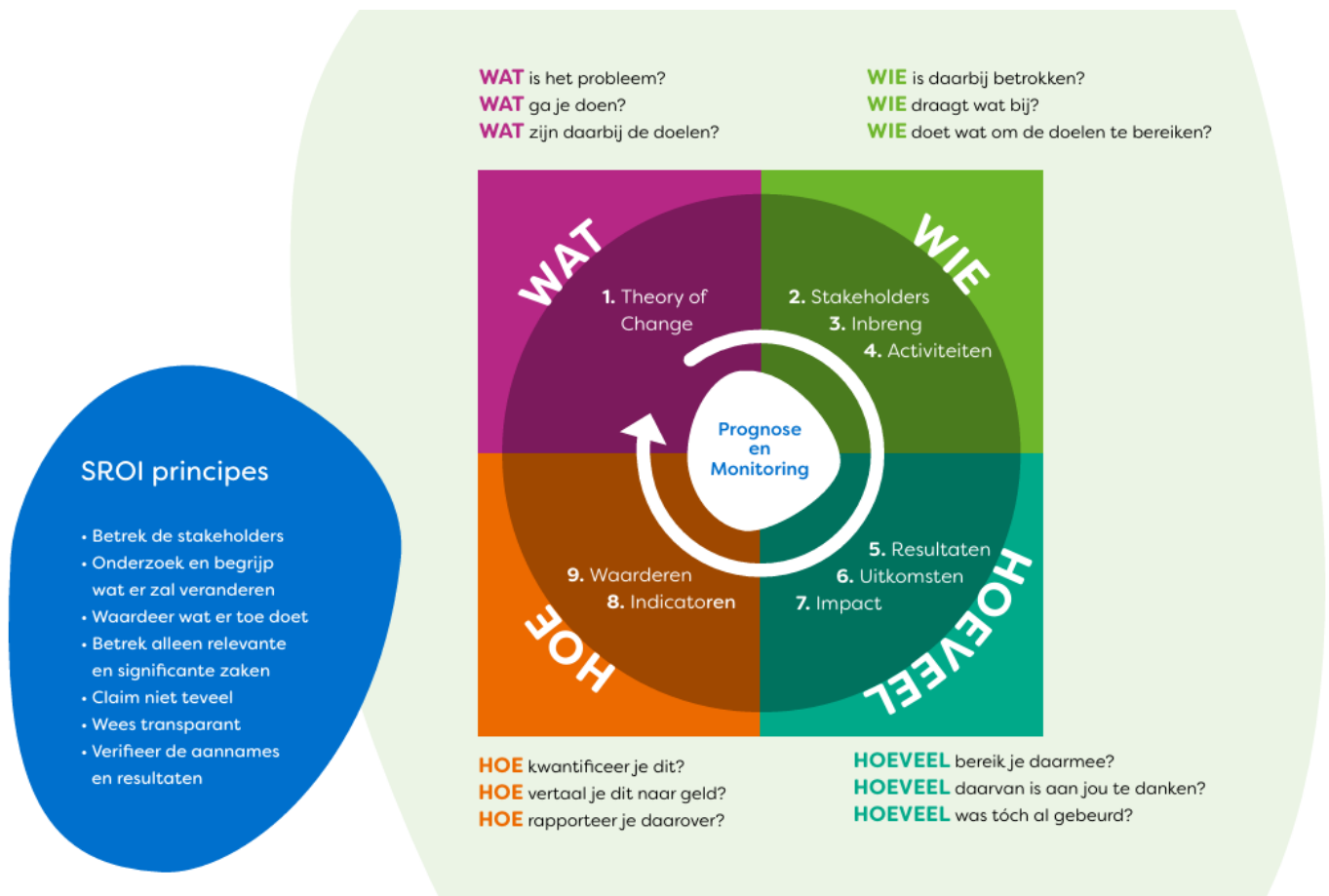
Dit onderzoek toont ook aan dat het begrijpelijk is dat Odensehuizen in aanmerking wil komen voor de status van basisfunctionaliteit. In alle gemeentes is behoefte aan laagdrempelige opvang voor mensen met een haperend brein. Ondanks de verschillen tussen de diverse Odensehuizen geldt dat alle Odensehuizen maatschappelijk renderen. Alleen renderen ze lang niet altijd in strikt financiële zin voor één enkele partij, zoals bijvoorbeeld een gemeente. Om te verhinderen dat elk Odensehuis moet gaan leuren bij

diverse partijen en potjes om de financiering rond te krijgen, is een landelijke regeling daarom veel logischer.

Daarmee passen de Odensehuizen in de trend die nu in heel het land zichtbaar is. Een verschuiving van zorg naar preventie en van zorg naar het sociale domein en de buurt. De business cases van initiatieven die recht doen aan die trend zijn vrijwel altijd positief, soms zelfs stevig positief. Alleen heeft het 'systeem' nog altijd moeite om zich adequaat te verhouden tot die trend, al is er enige progressie te bespeuren op dit terrein.

Bijlage: Over de methode SROI

VitaValley meet de maatschappelijke impact van haar eigen - en andere - programma's met de Social Return on Investment (SROI) methode. Dit is een gevalideerde, gestructureerde aanpak om met alle stakeholders in dialoog de maatschappelijke waarde te bepalen en op basis hiervan duurzame financiële arrangementen te ontwikkelen.



Lees meer over hoe VitaValley de SROI methode inzet [hier](#) (x).

Bijlage: Referentieprijzen

Referentieprijzen				
Op basis van CBS, Zorginstituut Nederland, NZa, Ministerie van VWS, Rijksoverheid, Vektis, Gemeentezorgspiegel, CPB, UWV en andere publieke bronnen				
Inwoners NL (eind 2025)		18131238		Bron CBS, 2026
Indexering				
Consumentenprijsindex (CPI, 2015 = 100)	121,43	134,6		CBS, 2026
verschil 2025-2022		13,1		
verschil 2025-2020		27,1		
	Referentieprijs 2022 (o.b.v. Zorginstituut tenzij anders vermeld)	Geïndexeerd voor 2026	Eenheid	Bron
Mantelzorgers, cliënten en patiënten	€ 18,8	€ 21,3		Zorginstituut NL, 2024
Huisartszorg				
Cconsult, gemiddeld (ook voor telefonisch en e-mail consult)	€ 31	€ 35	per gemiddeld consult	Zorginstituut NL
Visite, gemiddeld	€ 43	€ 49	per gemiddelde visite	Zorginstituut NL
Dienstuur huisartsendienstenstructuur in de avond	€	€ 119	Maximumtarief	NZa, 2026
Paramedische zorg				
Fysiotherapie	€ 39	€ 44	per zitting van gemiddeld 30 minuten	Zorginstituut NL
Ofentherapie	€ 43	€ 49	per zitting van gemiddeld 30 minuten	Zorginstituut NL
Logopedie	€ 41	€ 46	per zitting van gemiddeld 30 minuten	Zorginstituut NL
Ergotherapie	€ 24	€ 28	per zitting van gemiddeld 15 minuten	Zorginstituut NL
Diëtist	€ 25	€ 31	per kwartier diëtetiek	NZa, 2021
Leefstijlaanbieder	€	€ 98	per uur	NZa, tariefbeschikking GU volwassenen, 2026 (obv tarief intake)
Medische specialistische zorg				
Medisch specialist, algemeen ziekenhuis - per gewerkt uur	€ 96	€ 109	per uur	Zorginstituut NL
Medische specialist, algemeen ziekenhuis - per patiëntgebonden uur	€ 138	€ 156	per uur	Zorginstituut NL
Thuiszorg				
Huishoudelijke hulp thuis	€ 33	€ 37	per uur	Zorginstituut NL
Persoonlijke verzorging thuis	€ 58	€ 65	per uur	Zorginstituut NL
Begeleiding thuis	€ 64	€ 72	per uur	Zorginstituut NL
Verpleging thuis	€ 75	€ 85	per uur	Zorginstituut NL
Behandeling thuis	€ 138	€ 156	per uur	Zorginstituut NL
GGZ				
Contact zorgverlener in de generalistische basis GGZ-instellingen	€ 121	€ 137	per uur	Zorginstituut NL
Contact zorgverlener in de specialistische GGZ-instellingen	€ 134	€ 152	per uur	Zorginstituut NL
Ziekenhuiszorg				
Verpleegdag Ziekenhuis (incl. personeelskosten)	€ 644	€ 729	per dag	Zorginstituut NL
Verpleegdag Intensive Care	€ 2.727	€ 3.085	per dag	Zorginstituut NL
Polikliniek bezoek	€ 120	€ 136	per bezoek	Zorginstituut NL
Bezoek spoedeisende hulp	€ 258	€ 292	per SEH bezoek	Zorginstituut NL
Apotheken:				
Versterkker laag tarief (assistent)	€	€ 51	per uur	MKBA Gegevensuitwisseling, Verkenning
Versterkker hoog tarief (apotheker)	€	€ 102	per uur	idem
Overige referentieprijzen en cijfers				
Senior accountmanager / projectmanager / inkoper	€	€ 109	per uur	Gemiddeld ZZP tarief, gebaseerd op aanbestedingen overheid
Coördinator salarisschaal 9 Rijksoverheid (Integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)	€	€ 69	per uur	Handleiding Uurtarieven Rijksoverheid (HOT, 2024)
Projectmanager / teammanager salarisschaal 14 Rijksoverheid (Integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)	€	€ 113	per uur	idem
Contracturen per jaar		1879	uur	idem
Productieve uren per jaar		1354	uur	idem
QALY				
	€	€ 50.000	per gewonnen levensjaar in volledige kwaliteit van leven	Rijksoverheid (2023): Preventie op waarde schatten - Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie
Modaal inkomen	€	€ 48.500	per jaar	CPB, 2026
Gemiddelde jaaruitkering WIA - IVA (Inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten)	€	€ 31.051	per jaar	UWV, 2026
Gemiddelde jaaruitkering WIA - WGA (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten)	€	€ 24.031	per jaar	UWV, 2026
Gemiddelde jaaruitkering WW	€	€ 26.740	per jaar	UWV, 2026
Kosten verzuim	€	€ 405	kosten werkgever per dag	Szasz, TNO, CBS, 2023

Gemiddelde kosten Zvw	€	3.849	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan tweedelijnszorg	€	1.968	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan eerstelijnszorg	€	507	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan huisartsenzorg	€	268	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan wijkverpleging	€	210	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan apotheekzorg en hulpmiddelen	€	464	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan geneeskundige GGZ	€	324	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
Transformatiemiddelen IZA (totaal 2023-2027)	€	154	per Nederlander per jaar	Rijksoverheid 2023
Gemiddelde kosten Zvw voor 65-plussers	€	6.800	per 65-plusser per jaar	Vektis, 2024
waarvan medisch specialistische zorg	€	3.730	per 65-plusser per jaar	Vektis, 2024
waarvan huisartsenzorg	€	470	per 65-plusser per jaar	Vektis, 2024
waarvan extramurale farmacie	€	810	per 65-plusser per jaar	Vektis, 2024
waarvan hulpmiddelen	€	260	per 65-plusser per jaar	Vektis, 2024
waarvan wijkverpleging	€	710	per 65-plusser per jaar	Vektis, 2024
waarvan GGZ	€	170	per 65-plusser per jaar	Vektis, 2024
Gemiddelde kosten Wlz	€	2.312	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan ouderenzorg (zorg in natura en PGB)	€	1.185	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan gehandicaptenzorg (zorg in natura en PGB)	€	815	per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2026
waarvan Wlz instelling	€	1.540	per Nederlander per jaar	Vektis, 2024
waarvan Wlz thuiswonend	€	470	per Nederlander per jaar	Vektis, 2024
Uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen	€	6.050.585.000		CBS, 2024
uitgaven per inwoner	€	337	per jaar	CBS, 2024
aantal gebruikers van Wmo maatwerkvoorzieningen		1.284.680	per jaar	Monitor Langdurige Zorg, 2024
Gemiddelde uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen per gebruiker	€	4.710	per jaar	Monitor Langdurige Zorg, 2024
Verschil tussen kosten VPT en opname verpleeghuis	€	1.511	per maand	NZa, 2022
Percentage mensen dat overlijdt in een verpleeghuis		28%		Palliaweb, 2020
Afgeleide referentieprijzen:				
Tijdprijs zorgprofessionals gemiddeld (specialisten, huisartsen, wijkverpleging, paramedici)	€	99	gemiddeld per uur	Zorginstituut (gemiddelde van referentieprijzen hierboven)
Tijdprijs zorgprofessionals (paramedici) eerstelijns	€	83	gemiddeld per uur	Zorginstituut (gemiddelde van paramedici hierboven)
Tijdprijs leefstijlaanbieders	€	98	gemiddeld per uur	NZa, tariefbeschikking GU volwassenen, 2026 (obv tarief intake)
Behandelfase	€	220	Behandelfase	NZa, tariefbeschikking GU volwassenen, 2026
Onderhoudsfase	€	114	Onderhoudsfase	idem
Tarief GU	€	1.435	totaal, 2 jaar	idem
Gemiddeld urenbesteding leefstijlprofessionals GU pp		15	uur totaal pp, 2 jaar	idem
Gemiddelde urenbesteding patiënten GU		29	uur totaal pp, 2 jaar	idem

Bijlage: Referenties

1. Gezondheidsmonitor. GGD GHOR Nederland [Internet]. [geciteerd 9 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://ggdghor.nl/onderwerp/gezondheidsmonitor/>
2. Loketgezondleven.nl. Monitoring GALA | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/beleid/gala-spuk/monitoring-gala>
3. Monitoring GALA | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 9 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/beleid/gala-spuk/monitoring-gala>
4. VNG. Home | Waarstaatjegemeente.nl - cijfers en statistieken van gemeenten [Internet]. [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.waarstaatjegemeente.nl/homewsjg.aspx>
5. Vektis [Internet]. 2026 [geciteerd 8 juni 2026]. Gemeentezorgspiegel | Vektis.nl. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/gemeentezorgspiegel>
6. Vektis [Internet]. 2026 [geciteerd 9 juni 2026]. Open data | Vektis.nl. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/open-data>
7. Ministerie van VWS. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024) - Publicatie - Zorginstituut Nederland [publicatie] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024 [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>
8. Ministerie van VWS. Zorgsectoren - Nederlandse Zorgautoriteit [webpagina] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2017 [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.nza.nl/zorgsectoren>
9. Zorgakkoorden.nl [Internet]. [geciteerd 9 juni 2026]. Regiobeelden en regioplannen. Beschikbaar op: <https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>
10. Statistiek CB voor de. Centraal Bureau voor de Statistiek [webpagina] [Internet]. 2026 [geciteerd 31 maart 2026]. Kerncijfers wijken en buurten 2025. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/40/kerncijfers-wijken-en-buurten-2025>
11. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) | RIVM [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv>
12. Dashboard AZW. Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) [Internet]. [geciteerd 15 juni 2026]. Beschikbaar op: https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/?_state_id_=2442d96e8a4ec790
13. Ministerie van VWS. Integraal Zorgakkoord: "Samen werken aan gezonde zorg" - Rapport - Rijksoverheid.nl [rapport] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2022 [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
14. Zaken M van A. Aan de slag: Bouwen aan een beter Nederland | Rijksoverheid.nl [webpagina] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2026 [geciteerd 9 juni 2026]

- 2026]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2026/01/30/aan-de-slag-bouwen-aan-een-beter-nederland>
15. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Definitief) | Rijksoverheid.nl [webpagina] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2025 [geciteerd 9 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa>
 16. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Passend bewijs voor preventie - richtlijn passend bewijs preventie | Rijksoverheid.nl [webpagina] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2025 [geciteerd 23 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/10/15/eindrapport-adviescommissie-richtlijn-passend-bewijs-voor-preventie> doi:10/15/eindrapport-adviescommissie-richtlijn-passend-bewijs-voor-preventie
 17. Communicatie_VitaValley. Nieuwe whitepaper: zo sluit SROI aan bij de richtlijn Passend bewijs voor preventie. VitaValley [Internet]. 19 december 2025 [geciteerd 2 januari 2026]. Beschikbaar op: <https://vitavalley.nl/nieuwe-whitepaper-zo-sluit-sroi-aan-bij-de-richtlijn-passend-bewijs-voor-preventie/>
 18. Stichting Odensehuis Animi Vivere. De maatschappelijke businesscase van het burgerinitiatief Odensehuis Animi Vivere [Internet]. 2025. Beschikbaar op: https://www.animivivere.nl/_files/ugd/d730b6_6dcf0daa26904097b8b84de5d4ee0f18.pdf
 19. LPBL. MKBA Odensehuis Amsterdam [Internet]. 2025. Beschikbaar op: <https://www.odensehuis.nl/wp-content/uploads/2026/04/LPBL-MKBA-Odensehuis-07.10-1.pdf>
 20. KeyGroep. Effectenonderzoek Odensehuis Papendrecht [Internet]. Beschikbaar op: <https://raad.papendrecht.nl/Documenten/D03-20210204-RIB-Bijlage-2-1-Odensehuis-onderzoek-ombuigingen-subsidies.pdf>
 21. Bureau Maatschappelijke Relevantie. Dementie als een sociaal vraagstuk - Businesscase Odensehuizen Groningen [Internet]. Beschikbaar op: <https://gemeenteraad.groningen.nl/Documenten/Bijlage-1-Businesscase-Odensehuis-Dementie-als-een-sociaal-vraagstuk.pdf>
 22. Feiten en cijfers over dementie in Nederland [Internet]. [geciteerd 21 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-en-cijfers-over-dementie>
 23. Dementiemonitor 2024: mantelzorgers over de impact van mantelzorg op hun leven, ondersteuning vanuit hun sociale netwerk en professionele zorg : landelijke rapportage. Utrecht: NIVEL, Kennis voor betere zorg; 2024.
 24. Huijsman R, Bekkenkamp D, Otten e.a. V. Impact van dementie Een kostenanalyse van de inzet en kosten rondom mensen met dementie en hun naasten [Internet]. Erasmus Universiteit Rotterdam; mei 2026 [geciteerd 21 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.eur.nl/nieuws/niet-later-maar-nu-handelen>
 25. Vektis - business intelligence centrum voor de zorg [Internet]. [geciteerd 21 juli 2026]. Factsheet dementie | Vektis. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/zorgprisma/gemeentezorgspiegel/dementie-factsheet>

26. Redactie S. Dementiemonitor: Eén op acht mantelzorgers overbelast. Skipr [Internet]. 3 januari 2025 [geciteerd 21 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.skipr.nl/nieuws/dementiemonitor-een-op-acht-mantelzorgers-overbelast/>
27. Stichting Odensehuis [Internet]. [geciteerd 13 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.odensehuis-sd.nl/over-ons/stichting-odensehuis>
28. *Organisatie. Odensehuis Andante [Internet]. [geciteerd 13 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://inloophuisandante.nl/organisatie-2/>
29. Localhosting. Odensehuis Valkenburg aan de Geul [Internet]. [geciteerd 13 juli 2026]. Odensehuis Valkenburg aan de Geul - Jaarverslag. Beschikbaar op: <https://odensehuisvalkenburg.nl/organisatie/jaarverslagen/>
30. Jaarverslagen, beleidsplan en MKBA. Odensehuis Amsterdam [Internet]. [geciteerd 13 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.odensehuis.nl/organisatie/jaarverslagen-en-beleidsplan/>
31. info@arvid.nl D| A de J|. Odensehuis Den Helder [Internet]. [geciteerd 13 juli 2026]. Odensehuis Den Helder. Beschikbaar op: <https://odensehuisdenhelder.nl/anbi-gegevens>
32. openresearch.amsterdam [Internet]. 2025 [geciteerd 13 juli 2026]. Maatschappelijke kosten en batenanalyse Odensehuis. Beschikbaar op: <https://openresearch.amsterdam/nl/page/131425/maatschappelijke-kosten-en-batenanalyse-odensehuis>
33. Statistiek CB voor de. Centraal Bureau voor de Statistiek [webpagina] [Internet]. [geciteerd 2 juni 2026]. Consumentenprijsindex. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/reeksen/tijd/consumentenprijzen/consumentenprijsindex>
34. Lin CY, Zhai YJ, An HH, Wu F, Qiu HN, Li JB, e.a. Global trends in prevalence, disability adjusted life years, and risk factors for early onset dementia from 1990 to 2021. Sci Rep. 18 april 2025;15(1):13488. doi:10.1038/s41598-025-97404-6
35. Global Burden of Disease [Internet]. [geciteerd 14 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.thelancet.com/gbd?ref=ghost.opendemocracy.net>
36. Mantelzorg en werk in een zorgzame samenleving.
37. De zorg voor een naaste met dementie valt veel mantelzorgers zwaar, ondanks de voldoening die het brengt | Nivel [Internet]. [geciteerd 13 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/de-zorg-voor-een-naaste-met-dementie-valt-veel-mantelzorgers-zwaar-ondanks-de-voldoening-die>
38. Fabrique. CNV [Internet]. [geciteerd 13 juli 2026]. CNV: kwart werkende mantelzorgers zit tegen burn-out aan. Beschikbaar op: <https://www.cnv.nl/nieuws/cnv-kwart-werkende-mantelzorgers-zit-tegen-burn-out-aan/>
39. Birkenhäger-Gillesse EG, Achterberg WP, Janus SIM, Zuidema SU, van den Hout WB. Cost-effectiveness of dementia training for caregivers in caregiver-patient dyads: A randomized controlled study. Alzheimers Dement Transl Res Clin Interv. 22 juni 2022;8(1):e12281. doi:10.1002/trc2.12281 PubMed PMID: 35774593; PubMed Central PMCID: PMC9216199.

40. Ministerie van VWS. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024) - Publicatie - Zorginstituut Nederland [publicatie] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024 [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>
41. Vektis - business intelligence centrum voor de zorg [Internet]. 2025 [geciteerd 21 juni 2026]. Factsheet Dementie. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-dementie>
42. Kiers B. Steeds meer verpleeghuiszorg gebeurt buiten het verpleeghuis. Skipr [Internet]. 21 juli 2025 [geciteerd 21 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.skipr.nl/nieuws/steeds-meer-verpleeghuiszorg-gebeurt-buiten-het-verpleeghuis/>
43. Ministerie van Volksgezondheid W en S. WOZO Monitor | Rijksoverheid.nl [webpagina] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2025 [geciteerd 21 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/07/02/wozo-monitor>
44. Bevroren verpleeghuisplaatsen mist onderbouwing en brengt grote risico's met zich mee | ActiZ [Internet]. [geciteerd 21 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.actiz.nl/actueel/bevroren-verpleeghuisplaatsen-mist-onderbouwing-en-brengt-grote-risicos-met-zich-mee>
45. Prijzen Wet langdurige zorg 2026 – Maatschappelijke prijslijst [Internet]. [geciteerd 21 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://maatschappelijkeprijslijst.nl/prijzen-wet-langdurige-zorg-2026/>
46. NZa. Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026 - BR/REG-26124c - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. 2026 [geciteerd 21 juni 2026]. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_817563_22/1/
47. Zilveren Kruis. publicatie-tarieven-wlz-2026 [Internet]. 2026 [geciteerd 24 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/nieuws/publicatie-tarieven-wlz-2026>
48. Dröes RM, Van Rijn A, Rus E, Dacier S, Meiland F. Utilization, effect, and benefit of the individualized Meeting Centers Support Program for people with dementia and caregivers. Clin Interv Aging. augustus 2019;Volume 14:1527-53. doi:10.2147/CIA.S212852
49. Dröes RM, Meiland FJM, Schmitz M, Van Tilburg W. Gecombineerde ondersteuning in Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers vergeleken met reguliere dagbehandeling. Tijdschr Gerontol Geriatr. april 2005;36(2):68-79. doi:10.1007/BF03074702
50. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. Neurology. 14 november 2006;67(9):1592-9. doi:10.1212/01.wnl.0000242727.81172.91
51. Joling KJ, Janssen O, Francke AL, Verheij RA, Lissenberg-Witte BI, Visser P, e.a. Time from diagnosis to institutionalization and death in people with dementia. Alzheimers Dement. april 2020;16(4):662-71. doi:10.1002/alz.12063

52. NZa. Oplegbrief Paper VPT - Scheiden van wonen en zorg - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. 2022 [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706688_22/1/
53. NZa. Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 - BR/REG-26125b - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. [geciteerd 24 juni 2026]. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_812218_22/
54. 'Niet later, maar nu handelen' | Erasmus University Rotterdam [Internet]. [geciteerd 14 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.eur.nl/nieuws/niet-later-maar-nu-handelen>
55. Dementie in Kaart - Landelijk - samenvatting - 2023 [Internet]. [geciteerd 21 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://dementieinkaat.nl/landelijk>
56. Zaken M van A. Aanpak dementie met de Nationale Dementiestrategie | Rijksoverheid.nl [webpagina] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2017 [geciteerd 21 juli 2026]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/dementie/aanpak-dementie>
57. Zorgakkoorden.nl [Internet]. [geciteerd 23 juli 2026]. Versterking samenwerking zorg- en sociaal domein (D5/D6). Beschikbaar op: <https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord/versterking-samenwerking-zorg--en-sociaal-domein/>
58. VitaValley. Social Return On Investment | SROI. VitaValley [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://vitavalley.nl/sroi/>

Colofon

© VitaValley 2026

Op deze publicatie van VitaValley is de [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0](#) licentie van toepassing.

Dit betekent dat het gebruikt mag worden als wordt voldaan aan onderstaande voorwaarden:

- Naamsvermelding (vermelding van VitaValley, eventuele auteur(s) en een URL of hyperlink naar het materiaal);
- Er wordt een link geplaatst naar de [Creative Commons licentie](#);
- Wijzigingen worden aangeduid;
- Het gebruik mag niet-commercieel zijn;
- Afgeleide werken zijn toegestaan, maar worden onder dezelfde licentie vrijgegeven (gelijk delen).

Op content van derden, teksten in de publicatie waar dit specifiek bij benoemd staat en op beeldmateriaal is deze licentie niet van toepassing.

Opdrachtgever

Landelijk Platform Odensehuizen

Auteurs

Koen Wijntjes
Pim Ketelaar
Marcel Canoy

Versie

V1.0
Bestandsnaam: 260904V1.0

Contactgegevens

Zonneoordlaan 17

6718 TK Ede

0318 65 77 15

info@vitavalley.nl

www.vitavalley.nl

VitaValley is een Algemeen Nut Beogende Instelling.



Bewoners en professionals in de praktijk weten wat werkt: zorgzame buurten, domeinoverstijgende samenwerking, preventieve aanpakken. Ze zien de waarde. Ze ervaren de impact. Maar het is vaak lastig om deze maatschappelijke waarde op een transparante en objectieve manier onder de aandacht te brengen. De onderzoekteams van VitaValley hebben meer dan 100 SROI-analyses gemaakt in het zorg- en/of sociaal domein. Wij zijn de enige onafhankelijke organisatie in Nederland die transparante impactstudies publiceert van essentiële doorbraken in het gehele zorg- en sociaal domein.

Stichting VitaValley is een Algemeen Nut Beoogde Instelling (ANBI). Ga voor een actueel overzicht van onze programma's, partners en cases naar www.vitavalley.nl.

VitaValley