Langer thuis wonen met dementie: onderzoek naar ondersteunende, sociale en materiële hulpmiddelen anno 2016

Opleiding:

Bachelorproef academiejaar:

Promotoren: Mevr. A. Van Winkel en Dhr N. De Witte

Woord vooraf

Graag wil ik hier alle mensen bedanken die me geholpen hebben bij het realiseren van mijn bachelorproef.

Eerst en vooral wil ik mijn promotoren mevrouw Van Winkel en de heer De Witte bedanken voor alle hulp, goede raad en richtlijnen tijdens het maken van mijn werk. Het was voor mij een zoektocht in een 'onbekende wereld', maar dankzij de hulp van mijn promotoren is het me gelukt om dit werk te verwezenlijken. Ze hebben steeds zo snel mogelijk tijd voor mij gemaakt om me te helpen bij al mijn vragen.

Als laatst wil ik een zeer bijzonder dankwoord richten aan mijn familie. Zij gaven me het zelfvertrouwen dat ik nodig had. Gedurende mijn driejarige opleiding stond mijn familie steeds paraat, hun steun en begrip waren dan ook zeer belangrijk voor mij. Chris, bedankt om mijn bachelorproef na te lezen. Jouw feedback bij papers en verslagen betekende steeds een meerwaarde voor mij.

# Abstract en trefwoorden

**Introductie:** In onze samenleving zijn er steeds meer ouderen. Dat betekent dat er ook steeds meer mensen met dementie zijn. Meer dan de helft van de personen met deze aandoening blijven thuis wonen. Aanpassingen in huis en professionele ondersteuning zullen nodig zijn om die mensen thuis te kunnen houden.
**Doelstelling:** Nagaan welke mogelijkheden er zijn om personen met dementie thuis te kunnen houden.
**Methode:** Een uitgebreide literatuurstudie van heel wat wetenschappelijke artikels. Ook het 'Dementieplan' en het 'Transitieplan' van minister Vandeurzen werden geraadpleegd. Boeken en brochures werden gezocht in de bibliotheek van Paradox, het dementiecentrum van Gent.
**Resultaten:** Het was al snel duidelijk dat mantelzorgers onmisbaar zijn voor personen met dementie die thuis willen blijven. Vaak zijn die mantelzorgers overbelast. Bijkomende professionele ondersteuning is nodig om dat te voorkomen. Onderzoek toont aan dat mantelzorgers nood hebben aan informatie over alles wat betreft dementie. Heel wat ziekenfondsen bieden die mogelijkheid. Ook de materiële omgeving van iemand met dementie, heeft invloed op zijn of haar levenskwaliteit.
**Conclusie:** Uit deze bachelorproef kan geconcludeerd worden dat het belangrijk is om professionele hulp in te schakelen bij personen met dementie die thuis blijven wonen. Mantelzorgers hebben anders een te groot risico op overbelasting. Thuisverpleegkundigen vormen een ondersteunende rol voor mantelzorgers maar moeten leren samenwerken met verschillende disciplines. Maatschappelijk werkers, referentieverpleegkundigen, ergotherapeuten aan huis... ondersteunen thuisverpleegkundigen. Hun samenwerking wordt dus steeds belangrijker. Communicatie met alle betrokken partijen is daarom cruciaal. Niet alleen de sociale omgeving is belangrijk, ook de materiële omgeving van iemand met dementie speelt een rol. Enkele omgevingsfactoren kunnen de levenskwaliteit van iemand met dementie verhogen.

**Trefwoorden:** dementie, mantelzorger, omgeving, professionelen

**Inhoudsopgave**

[Abstract en trefwoorden 3](#_Toc453847220)

[Inleiding 7](#_Toc453847221)

[Methode 10](#_Toc453847222)

[1 Ouderen actueel en de toekomst 12](#_Toc453847223)

[2 Sociale omgeving 14](#_Toc453847224)

[3 Dementieproces 16](#_Toc453847225)

[3.1 Door de ogen van een partner 16](#_Toc453847226)

[3.2 Door de ogen van een patiënt 17](#_Toc453847227)

[4 Mantelzorg 19](#_Toc453847228)

[4.1 Wie is mantelzorger? 19](#_Toc453847229)

[4.2 Het belang van mantelzorgers 19](#_Toc453847230)

[5 Draagkracht versus draaglast 21](#_Toc453847231)

[5.1 Begrip 21](#_Toc453847232)

[5.2 Aandacht voor overbelasting 21](#_Toc453847233)

[5.3 Versterking van mantelzorgers 22](#_Toc453847234)

[5.4 Praatcafé Dementie 23](#_Toc453847235)

[6 Rol van thuisverpleegkundigen 24](#_Toc453847236)

[6.1 Ondersteunen van mantelzorgers 24](#_Toc453847237)

[6.2 Multidisciplinaire samenwerking 26](#_Toc453847238)

[6.3 Symptomen signaleren 27](#_Toc453847239)

[7 Ondersteunende disciplines 28](#_Toc453847240)

[7.1 Referentiepersoon dementie 28](#_Toc453847241)

[7.2 Dementie-expert 29](#_Toc453847242)

[7.3 Ergo aan huis 30](#_Toc453847243)

[7.4 Maatschappelijk werkers 31](#_Toc453847244)

[8 Mutualiteiten 32](#_Toc453847245)

[8.1 Christelijke Mutualiteit 32](#_Toc453847246)

[8.1.1 Oppas en nachtzorg bij je thuis 32](#_Toc453847247)

[8.1.2 Anders omgaan met dementie 33](#_Toc453847248)

[8.1.3 Gezondheidsbibliotheek 33](#_Toc453847249)

[8.1.4 Vakantie ziekenzorg CM 33](#_Toc453847250)

[8.1.5 Demenzo en Tweede Adem 34](#_Toc453847251)

[8.1.6 CM-thuizorglijn 34](#_Toc453847252)

[8.2 Onafhankelijk ziekenfonds 34](#_Toc453847253)

[8.2.1 Ondersteuning op maat 34](#_Toc453847254)

[8.2.2 Info- en doesessies 35](#_Toc453847255)

[8.2.3 OZ Luisterlijn 35](#_Toc453847256)

[8.2.4 Vrijwilligers 35](#_Toc453847257)

[8.2.5 Tijdelijke opvang 35](#_Toc453847258)

[8.3 Partena 36](#_Toc453847259)

[8.3.1 Zorgvakanties 36](#_Toc453847260)

[8.3.2 CaddyHome van Delhaize 36](#_Toc453847261)

[8.3.3 Woningaanpassingen 36](#_Toc453847262)

[8.3.4 Opvang in dagcentra 37](#_Toc453847263)

[8.4 Securex 37](#_Toc453847264)

[8.5 Liberale Mutualiteit 37](#_Toc453847265)

[8.5.1 Tussenkomst thuisoppas en kortverblijf 37](#_Toc453847266)

[8.5.2 vzw Liever Thuis LM 37](#_Toc453847267)

[8.6 Bond Moyson 38](#_Toc453847268)

[8.6.1 De Bovenkamer 39](#_Toc453847269)

[8.6.2 S-Plus 39](#_Toc453847270)

[8.7 Vlaams en Neutraal Ziekenfonds 39](#_Toc453847271)

[9 Communicatie 41](#_Toc453847272)

[9.1 Met patiënten 41](#_Toc453847273)

[9.1.1 Mondelinge communicatie 42](#_Toc453847274)

[9.1.2 Moodboard 43](#_Toc453847275)

[9.2 Met mantelzorgers 44](#_Toc453847276)

[9.3 Met andere disciplines 45](#_Toc453847277)

[10 De dementievriendelijke omgeving 47](#_Toc453847278)

[10.1 Begrip 47](#_Toc453847279)

[10.2 Prikkels 47](#_Toc453847280)

[10.2.1 Zen-dementerenden 48](#_Toc453847281)

[10.2.2 Dolers 48](#_Toc453847282)

[10.2.3 Evenwichtzoekers 49](#_Toc453847283)

[10.3 De zintuiglijke omgeving 49](#_Toc453847284)

[10.3.1 Visuele waarneming 50](#_Toc453847285)

[10.3.2 Contrast 50](#_Toc453847286)

[10.3.3 Licht 51](#_Toc453847287)

[10.3.4 Geluid 52](#_Toc453847288)

[10.3.5 Tast 53](#_Toc453847289)

[10.3.6 Temperatuur 53](#_Toc453847290)

[10.3.7 Geur en smaak 54](#_Toc453847291)

[10.4 Reminiscentie 55](#_Toc453847292)

[10.4.1 Begrip 55](#_Toc453847293)

[10.4.2 Waarom reminiscentie? 55](#_Toc453847294)

[10.5 Triggers 56](#_Toc453847295)

[10.5.1 Visuele triggers 56](#_Toc453847296)

[10.5.2 Auditieve triggers (horen) 56](#_Toc453847297)

[10.5.3 Geur en smaak als trigger 57](#_Toc453847298)

[Discussie 58](#_Toc453847299)

[Conclusie 60](#_Toc453847300)

# Inleiding

Binnen de huidige populatie is er een stijgend aantal ouderen met dementie en het ziet ernaar uit dat het niet zal verbeteren (WHO, 2015). Professionele ondersteuning zal broodnodig zijn tussen professionelen onderling en ten opzichte van mantelzorgers (Vandeurzen, 2011). De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zegt: *"Een absolute stijging van het aantal personen met dementie is er zeker, gezien de toekomstige bevolkingsevolutie, maar de curve zal mogelijk iets minder steil zijn dan vroeger geraamd. Het blijft derhalve noodzakelijk om de ondersteuning van personen met dementie en hun mantelzorgers verder uit te bouwen".*

Dat bewijst dat dementie sterk aanwezig is in de maatschappij. Daarom ook de keuze om hierover een bachelorproef te maken. Er werden reeds verschillende bachelorproeven gemaakt over een dementievriendelijke leefomgeving bij personen met dementie in een woon- en zorgcentrum. 70% van de personen met dementie wonen thuis (Vandeurzen, z.j.) Dat heeft ervoor gezorgd dat ik me voor deze bachelorproef enkel gebaseerd heb op personen met dementie die thuis wonen. Door maatschappelijke veranderingen, waaronder de vermaatschappelijking van de zorg, is dit zeker een onderwerp die meer aandacht zal vragen in de toekomst (Dumoulin & Heylen, 2015). Zo weten professionelen nog onvoldoende over hoe ze best omgaan met mantelzorgers en andere disciplines (Huis in het Veld, 2015; Dumoulin & Heylen, 2015).

Deze bachelorproef schetst eerst de ouderenpopulatie op dit moment en in de toekomst. Dan wordt een beeld gevormd over het stijgend aantal personen met dementie in onze samenleving. Twee getuigenissen tonen aan hoe het is om iemand met dementie thuis te houden. Dat zorgt ervoor dat lezers zich kunnen inleven. Vervolgens wordt er gesproken over mantelzorgers. Er wordt aangegeven wie mantelzorgers zijn en waarom die zo belangrijk zijn. Omdat mantelzorgers vaak overbelast zijn moeten professionals termen zoals draagkracht en draaglast zeker kennen. In dit werk wordt daarom ook aandacht geschonken aan die termen. Een volgend stuk gaat over het belang van thuisverpleegkundigen. Verder zal dan ook duidelijk worden door wie zij worden ondersteund. Onder andere de ziekenfondsen vormen een grote ondersteunende rol voor hen. Communicatie is het volgende waar dit eindwerk over spreekt. Een optimale samenwerking tussen professionelen onderling en met mantelzorgers en personen met dementie, kan pas verkregen worden mits een goede communicatie. Als laatste wordt er gesproken over de woonomgeving van iemand met dementie. Eenvoudige aanpassingen aan de omgeving kunnen de levenskwaliteit verhogen. Er wordt onder andere gesproken over prikkels, licht, geluid, temperatuur, geur, smaak en reminiscentie.

Onderzoeksvraag

Welke actuele ondersteunende, sociale en materiële maatregelen worden er momenteel aangeboden opdat ouderen met dementie langer thuis zouden kunnen blijven wonen?

Deelonderzoeksvragen:

- Welke mogelijkheden zijn er voor wat betreft psycho-educatie bij mantelzorgers die zorgen voor iemand met dementie?

- Hoe kunnen thuisverpleegkundigen ervoor zorgen dat iemand met dementie langer thuis kan blijven wonen?

- Welke andere disciplines spelen momenteel een rol bij de ondersteuning van mensen met dementie thuis?

- Wat bieden mutualiteiten momenteel aan ter ondersteuning van thuiswonende cliënten met dementie?

- Welke omgevingsfactoren beïnvloeden het gedrag van personen met dementie?

# Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd een literatuurstudie gedaan. Zowel digitale als niet-digitale bronnen werden geraadpleegd: boeken, artikels, tijdschriften, deelname aan vormingen... Met het boek 'Architectonica: een thuis voor mensen met dementie' (2012), geschreven door Erik Stroobants en Patrick Verhaest is alles begonnen. Het leverde heel wat inspiratie op, onder andere voor het vinden van artikels.

Heel wat artikels werden gevonden op Google Scholar. Zoektermen zoals dementia, primary care, informal care, vermaatschappelijking van de zorg en mantelzorger werden gebruikt om de eerste wetenschappelijke artikelen te vinden. De tijdsspanne werd daarbij ingesteld vanaf 2010. Om artikelen te vinden over de omgeving van personen met dementie werden zoektermen zoals dementia, physical environment, indoor environment, light therapy, ambient bright light en nutrition gebruikt. De tijdsspanne werd hier ingesteld vanaf 2005.

PubMed werd ook geraadpleegd. De zoektermen dementia, informal caregivers, built environment en elderly werden gebruikt. Via de limits 'free full text available' en 'publication dates: 5 years' werd de zoekopdracht verfijnd.

Twee artikels over de omgeving van iemand met dementie werden gevonden op Web of Science. Voor het ene artikel werden de zoektermen dementia, care homes en environment ingevoerd. De tijdsspanne werd ingesteld vanaf 2010. Nadat werd aangeduid dat alle termen in de titel moesten voorkomen, bleven vier resultaten over. Voor het tweede artikel werden de termen dementia en care residents gebruikt. Deze moesten beiden voorkomen in de titel en de tijdsspanne werd aangepast vanaf 2014. Ook dat leverde vier resultaten op.

De Engelstalige artikelen gaven me een goede basis om aan het werk te beginnen. Toch werd nog heel wat gevonden in de bibliotheek van het Expertisecentrum Dementie Paradox. Onder ander in het tijdschrift 'Denkbeeld' werden enkele artikelen gevonden. Boeken over reminiscentie, thuiszorg, communicatie en prikkels zorgden voor nog veel meer informatie. Op 9 oktober 2015 nam ik er deel aan een studiedag 'Dementievriendelijke woonomgeving'. Patrick Verhaest gaf er de hele dag informatie over de invloed van de omgeving op iemand met dementie. Resultaten van de literatuurstudie werden toen bevestigd of net in vraag gesteld. Tenslotte nam ik op 19 februari deel aan de 'Geriatriedagen' in Nederland. Op dit congres werd onder andere gesproken over mantelzorgers van personen met dementie. Alhoewel ik toen al veel wist, vond ik er interessante brochures zoals de brochure van de werkgroep WeDo Nederland.

# Ouderen actueel en de toekomst

Door een stijgende levensverwachting zijn er steeds meer ouderen in onze samenleving. We spreken van een vergrijzing. Het aantal 65-plussers zal tussen 2013 en 2030 toenemen met 4%. In 2014 waren twee miljoen Belgen 65 jaar en ouder. In 2030 zullen dat er bijna 2,7 miljoen zijn. In België is er zelfs sprake van een dubbele vergrijzing. Dat toont aan dat er een vergrijzing is binnen de vergrijzing. Het aantal 80-plussers zal toenemen van 5,3% in 2013 naar 6,3% in 2030. Er waren meer dan 580 000 personen ouder dan 80 jaar in 2014. Dat aantal zal stijgen naar 770 000 in 2030. De vergrijzing zet zich het sterkst door in Vlaanderen. Wallonië komt op de tweede plaats en Brussel zal pas vanaf 2020 van vergrijzing kunnen spreken (Christelijke Mutualiteit, 2014).

In de samenleving wordt er niet alleen over de vergrijzing gesproken maar ook over de ontgroening. Het aantal geboortes is sterk gedaald in vergelijking met 50 jaar geleden. Ook met de ontgroening krijgt Vlaanderen het meest te verduren. Wallonië komt opnieuw op de tweede plaatsen en in Brussel is er slechts een matige ontgroening. De leeftijdsgroep tussen nul en negentien jaar daalt in Vlaanderen met twintig procent tegen 2020. Nadien zal die leeftijdsgroep minder snel afnemen (Pelfrene, 2005).

De vraag naar ondersteuning zal toenemen aangezien er een stijgend aantal personen zal zijn met langdurige aandoeningen en afhankelijkheidsproblemen. Heel wat chronische ziekten zullen meer aandacht eisen (Christelijke Mutualiteit, 2014). Binnen dit werk zullen we ons enkel richten op dementie.

Een indrukwekkend cijfer van 165 000 toont aan dat er heel wat mensen met dementie waren in 2014 in België. 100 000 ervan wonen in Vlaanderen. Dat aantal zal tegen 2050 verdubbelen (Constant, 2014). Ook Steyaert, wetenschappelijk medewerker van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, legt de nadruk op het aantal personen met dementie. *"Cijfers voor zowel Nederland als Vlaanderen laten zien dat dementie een belangrijke uitdaging is en nog zal worden voor ons zorgsysteem".*

**Figuur 1 Leeftijd- en geslachtsgebonden voorkomen van dementie in Europa (2009).
*Bron: Health and Glance: Europe2012 (http://dx.doi.org/10.1787/888932703677)***

Figuur 1 toont aan dat symptomen van dementie doorgaans merkbaar worden vanaf de leeftijd van 60 jaar. Hoe hoger de leeftijd, hoe meer dementie voorkomt. We zien dat er tussen de leeftijd van 60 tot 80 jaar weinig of geen verschil te merken is tussen het aantal mannen en vrouwen met dementie. Vanaf 80 jaar zijn er meer vrouwen met dementie dan mannen. Omdat er ook meer vrouwen zijn dan mannen. Opvallend is dat er bijna 50% van de vrouwen te maken heeft met dementie wanneer zij ouder zijn dan 95 jaar (OECD, 2012).

Een volgend opvallend cijfer gaat over het aantal personen met dementie die thuis worden verzorgd. Maar liefst 70% van alle personen met dementie wonen thuis (Vandeurzen, z.j.) Meer dan 90% van de senioren wil oud worden in eigen omgeving. Enerzijds omdat er meer privacy, vrijheid en familiariteit is. Anderzijds omdat institutionalisering geassocieerd wordt met verlies van vrijheid en privacy en afname van persoonlijke contacten (WeDo, 2012). Dit werk zal dan ook alleen maar gaan over personen met dementie thuis. De toekomst van de zorg voor ouderen is steeds afhankelijker van de beschikbaarheid van mantel- en vrijwilligerszorg. De druk op de mantelzorgers en vrijwilligers neemt steeds toe. Dat zal voor de nodige spanningen zorgen (WeDo, 2012).

# Sociale omgeving

Omdat begrip voor personen met dementie, hun mantelzorgers en vrijwilligers zo belangrijk is, zal het volgende stuk gaan over de negatieve beeldvorming rond dementie (Huis in het Veld, 2015). Ondanks dat dementie steeds meer en meer voorkomt in onze maatschappij, is er nog altijd een negatief beeld van dementie in onze maatschappij. Dat kan leiden tot een laattijdige of verkeerde diagnose, moeilijkheden met het zoeken naar professionele hulp en isolement. Aandacht voor dit probleem blijft dus meer dan welkom (Van Gorp & Vercruysse, 2011).

De negatieve beeldvorming rond dementie komt onder andere uit de media. Onderzoek toont aan dat de media zich vaak focussen op de terminale fase van dementie. In de samenleving gaat men er van uit dat men geen beslissingen meer kan of mag maken van zodra men dementie heeft. In tegenstelling tot de werkelijkheid, zal men schrik hebben om direct onder begeleiding te staan. Ook komen personen met dementie zelden zelf aan bod in de media. Er wordt altijd over 'mensen met dementie' gesproken maar nooit met hen. De conclusie van het onderzoek is dat er te veel nadruk gelegd wordt op de last die de ziekte met zich meebrengt. Dat zorgt er uiteraard voor dat men in de samenleving een negatieve houding creëert ten opzichte van dementie (Kirkman, 2006).

Mocht er met meer respect over dementie gesproken worden, zouden mensen met dementie zich meer als persoon zien, dan zouden ze opnieuw in de maatschappij treden waardoor de kwaliteit van hun leven zou stijgen. De medemensen zouden tot een meer genuanceerde beeldvorming komen wanneer alle facetten van dementie en de bijhorende gevoelens bespreekbaar waren. De verschillende fasen van dementie moeten meer belicht worden. Ook de autonomie van patiënten moet erkend worden. De persoon achter de mens moet blijven gezien worden en mensen met dementie moeten aangezet worden om deel te nemen aan de samenleving (Van Gorp & Vercruysse, 2011).

*'Vergeet dementie, onthou mens'*  is een campagne die gelanceerd werd door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin samen met het Expertisecentrum dementie Vlaanderen. Dit is een voorbeeld van een campagneplatform dat de beeldvorming over dementie wil nuanceren. Het bevat informatie en communicatiehulpmiddelen die mensen in de samenleving willen leren omgaan met de chronische ziekte. Men kan er ervaringen en getuigenissen lezen. Er zijn getuigenissen van zowel partners, vrienden, ouders van iemand met dementie als van personen met dementie zelf. Ook bekende Vlamingen getuigen over hun confrontaties met dementie. Men kan ook op het platform terecht voor een catalogus van hulpmiddelen, materialen en ideeën voor wie zelf aan de slag gaat om een website, artikel of iets dergelijks te maken (Expertisecentrum dementie Vlaanderen, 2012).

Ook in het Dementieplan Vlaanderen 2010-2014 wordt er aandacht besteed aan de beeldvorming over het onderwerp dementie (Expertisecentrum dementie Vlaanderen, 2012). Dat komt later nog aan bod.

Voor personen met dementie zelf en voor hun omgeving is het een stuk aangenamer wanneer mensen uit de maatschappij op een respectvolle manier met hen omgaan. Daarom blijft het belangrijk om de negatieve beeldvorming rond dementie uit de samenleving te krijgen. Dementie is een ziekte die stapsgewijs erger wordt. Mensen in de samenleving zouden zich misschien meer kunnen inleven wanneer ze getuigenissen horen of zien. Vandaar het volgende stuk dat duidelijk zal maken hoe zo'n dementieproces verloopt (Van Gorp & Vercruysse, 2011).

# Dementieproces

## Door de ogen van een partner

Oud-Nederlands minister Maria Van Der Hoeven getuigt over haar man, Lou, die dementie kreeg. Van Der Hoeven was minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen van 2002 tot 2007 en minister van Economische Zaken van 2007 tot 2010. Met hulp van kennissen, vrienden en professionelen slaagde ze erin om voor haar man te zorgen. Ze vertelt over hoe Lou zijn situatie steeds verder achteruit ging (Van Der Hoeven, 2014).

Eerst was er de confrontatie met de ziekte. Het koppel besloot van bij het begin om niet verborgen te houden wat er gaande was. Toch bleek dat niet zo gemakkelijk te zijn als het leek. Lou was wel ziek maar dat was uiterlijk nog niet te zien. Enerzijds waren er mensen in de omgeving die hier begrip voor hadden en anderzijds waren er ook die niet verstonden wat er gebeurde. Voor Maria en Lou was het direct duidelijk dat er anders naar de toekomst moest gekeken worden. Dat er extra hulp van buitenaf nodig was, was voor Maria van bij het begin een eis.

Omdat het koppel de diagnose kende, konden zij informatie gaan opzoeken, raad vragen aan professionelen, gerichte hulp zoeken... Het tijdig stellen van de diagnose is ook de boodschap die centraal staat in de campagne *'Vergeet dementie, onthou* mens'. Die wil hiermee het leven van de persoon met dementie zo kwaliteitsvol mogelijk houden (Steels, 2012).

Gedurende het proces kwamen gemengde gevoelens naar boven. Eerst was er de zekerheid over de diagnose. Maria vertelt dat ze dan vol moed zat om voor Lou te zorgen. Ze geeft aan dat ze in het begin zelfs een sterkere band kreeg met haar partner, maar dat veranderde snel. Naarmate het proces van de dementie vorderde, kwamen gevoelens van angst en onzekerheid naar boven. Zorgtaken en beslistaken verschoven naar Maria. Er ontstond een verantwoordelijkheid voor nog meer zorgen. Men komt, bij manier van spreken, handen te kort om de persoon met dementie in het oog te houden. Dat zorgde er voor dat de relatie onder druk kwam te staan en dat er frustraties bij Maria naar boven kwamen.

Stap per stap moesten ze iets afgeven. Zo kon Lou fantastisch piano spelen. Tijdens zijn dementieproces bleef hij dat lang volhouden, tot ook dat niet meer lukte. Het voortdurende verlies van activiteiten komt ook aan bod bij andere getuigenissen (de Schepper, 2012; Steels, 2012). Zowel voor de omgeving als voor de patiënt zelf, is dat moeilijk te aanvaarden. De momenten waarop Lou zich bewust was van zijn achteruitgang waren zeer pijnlijk voor Maria. Andere momenten was Lou vrolijk en was er geen besef van de ziekte (Van Der Hoeven, 2014).

Het belangrijkste dat Maria wil meegeven aan personen in een gelijkaardige situatie is dat ze zich niet mogen isoleren. Personen die zorgen voor iemand met dementie moeten hulp zoeken, zonder professionele hulp houdt niemand zo'n situatie uit. Ze geeft aan dat het risico groot is dat je er zelf, als mantelzorger, onderdoor gaat. Zo bleef Maria gedurende het hele proces werken. Vrienden, kennissen en professionelen werden ingeschakeld om bij meneer te blijven. Dat betekende zowel voor Lou als voor Maria een moment van afleiding (Van Der Hoeven, 2014).

## Door de ogen van een patiënt

Vaak duurt het een tijd vooraleer professionelen zeker zijn over de diagnose van dementie. Zeker bij jongdementie wordt er niet direct aan deze diagnose gedacht. Patiënten zelf kunnen ook een oorzaak zijn van een late diagnose. Kristien Steels bijvoorbeeld, zij getuigt over haar proces van dementie. Ze was slechts 57 jaar wanneer ze afspraken begon te vergeten en wanneer collega's merkten dat haar werk niet meer optimaal werd uitgevoerd (Steels, 2015).

Toen Kristien te horen kreeg dat zij al haar verantwoordelijkheden moest opgeven, stortte haar wereld zo goed als in. Zij was iemand die zich wou inzetten om voor anderen te zorgen. Ook zij had, net zoals Maria Van Der Hoeven, de behoefte om de diagnose direct te delen met anderen. Zo kon ze samen met anderen denken over hoe het zorgproces ingevuld zou kunnen worden.

Emoties als frustraties, kwaadheid en moedeloosheid kwamen naar boven op het moment dat andere mensen beslissingen moesten maken in Kristien haar plaats. Vechtlust en energie zijn er dan niet meer om voor jezelf op te komen. Tot ze op een gegeven moment moeilijkheden kreeg met dagdagelijkse taken. Kristien gaf aan dat de aanwezigheid van mantelzorgers en professionelen, waaronder de thuisverpleegkundige, vanaf dan een geruststelling voor haar betekende. Op dat moment is ze ook zelf op zoek gegaan naar meer professionele ondersteuning. Omdat Kristien belang hechtte aan inspraak in de zorg die ze van de hulpverleners kreeg, werd er regelmatig een overleg gepland. Dit natuurlijk zolang Kristien dit kon.

Op het einde van de getuigenis geeft Kristien aan dat ze blij was met de beslissing om direct naar buiten te komen met haar verhaal. Ze was opgelucht dat ze zich direct had laten omringen door professionele hulpverleners. Op die manier kon ze haar wensen nog doorgeven aan personen die voor haar zouden zorgen wanneer Kristien niet meer zou kunnen uiten wat ze wou.

Zoals we in de getuigenis van Maria reeds konden lezen vond ook Kristien het belangrijk om van bij het begin met de diagnose naar buiten te komen. Het moeilijkste vond Kristien dat ze zichzelf betrapte op haar fouten. Toch had zij de moed om van bij het begin te zoeken naar de meest optimale hulp voor haar situatie (Steels, 2012). Bij de eerste getuigenis zien we een mantelzorger die vrij goed met de situatie kan omgaan. Dat is niet altijd het geval. Met onder andere door de vermaatschappelijking van de zorg, hebben mantelzorgers een steeds grotere verantwoordelijkheid (Dumoulin & Heylen, 2015). Ze staan in voor een continue verzorging. Als hulpverlener denken we er vaak niet aan hoe belangrijk de mantelzorgers zijn (Wilson et al., 2015). Zonder mantelzorgers zouden personen met dementie niet thuis kunnen blijven. Het is dus een absolute noodzaak om ook voor hen aandacht te hebben. Op de volgende pagina's zal er daarom gesproken worden over het belang van de mantelzorgers.

# Mantelzorg

## Wie is mantelzorger?

Mantelzorgers zijn personen die extra zorg geven aan vrienden of familieleden die tijdelijk of permanent hulpbehoevend zijn. Zij kunnen een fysieke of een mentale aandoening hebben. De zorg is geen vrijwilligerswerk of professionele hulpverlening maar vertrekt vanuit een sociale relatie met de zorgvrager (Baele et al., 2014).

60% van hulp aan mensen met dementie wordt geboden door familieleden, voornamelijk gezinsleden. Omdat vrouwen vaak met een oudere man trouwen en langer leven, is twee derden van de mantelzorgers vrouw (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 2005). Mannen met dementie kunnen dus vaker op hun partner terugvallen dan andersom. Meestal is er een centrale verzorger. Hij of zij is degene die het grootste deel van de dagelijkse verzorging op zich neemt. Bij dementie is dat doorgaans de partner. Zowel onderzoek in België als onderzoek in Nederland toont aan dat 85 à 90% van de mantelzorgers de partner is van de persoon met dementie. Zij staan in voor taken zoals: eten, huishouden, aankleden, wassen, hygiënische verzorging... Onder de kinderen en andere familieleden worden de taken veel meer verdeeld. Zij worden vaak gezien als secundaire mantelzorgers en staan in voor aanvullende taken zoals boodschappen en het financiële (NIZW, 2005; Vanderleyden & Moons, 2010).

## Het belang van mantelzorgers

Een stijgend aantal ouderen vraagt meer zorgpersoneel (Vandeurzen, 2011). Omdat dat een probleem is in onze samenleving, ontstond artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen. Het artikel zegt dat opnames zo kort mogelijk moeten gehouden worden zodat men kan investeren in alternatieve zorgvormen. Thuisverpleging is daar één van de belangrijkste van. Mensen met dementie zullen dus thuis moeten blijven zo lang als mogelijk. Professionele hulp zal geboden worden, maar niet continu. Net daarom zijn mantelzorgers zo belangrijk (Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, 2008).

Minister Jo Vandeurzen verwijst in een beleidsnota van 2009-2014 naar het belang van mantelzorgers. *"Vrijwilligers en mantelzorgers zijn de onmisbare partners voor de professionele hulpverleners".* Mantelzorgers nemen dus taken van professionele hulpverleners over. Omdat de zorgverleners niet continu aanwezig kunnen zijn, wordt beroep gedaan op mantelzorg (Dumoulin & Heylen, 2015).

In 'Transitieplan Dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuismilieu' gaat minister Vandeurzen een stap verder dan in het 'Dementieplan 2010-2014'. In het dementieplan werden visies en gedachten samengebundeld maar in het transitieplan werden beslissingen opgesomd die verplicht uitgevoerd moesten worden. Ziekenfondsen kregen in dit transitieplan veel aandacht. De overheid legt in het plan de nadruk op de thuiszorgondersteunende diensten. Dat is een belangrijk signaal vanuit de overheid om mensen ook langer thuis te houden. Zo moeten alle maatschappelijke medewerkers van de mutualiteiten zich bijvoorbeeld bijscholen, met betrekking tot het onderwerp dementie, om met personen met dementie en hun omgeving te mogen werken (Vandeurzen, 2014; Vandeurzen, 2011).

We kunnen als thuisverpleegkundige of andere zorgverleners dan wel besef hebben over het belang van de mantelzorger, toch moeten we ook rekening houden met wat zij aan kunnen. 85% tot 90% van de mantelzorgers is partner van de persoon met dementie. Dat betekent dat de mantelzorger vaak ouder zal zijn dan 65 jaar. Zij zullen dus minder energie en kracht hebben om continu verantwoordelijk te zijn voor iemand met dementie (NIZW, 2005). Hun verantwoordelijkheid voor de zieke kan voor overbelasting zorgen waardoor mishandeling of verwaarlozing geen uitzondering zijn. De draaglast en de draagkracht van de mantelzorger zijn twee begrippen waarvan thuisverpleegkundigen en andere professionelen op de hoogte moeten zijn. Het volgende stuk zal daarom weergeven wat bedoeld wordt met die begrippen en waarom ze zo belangrijk zijn (Koning Boudewijnstichting, 2005).

# Draagkracht versus draaglast

Van de personen die voor iemand met dementie zorgen is ongeveer 18% overbelast (Kennispunt Mantelzorg Howest, z.j.) Drie op vier Vlamingen vindt beschikbare informatie over dementie waardevol. Toch vindt minder dan de helft dat er voldoende informatie beschikbaar is (Vandeurzen, z.j.) Nederlands onderzoek toont aan dat het psychisch welbevinden en de stress van mantelzorgers afnemen wanneer ze ondersteund worden door professionelen (Huis in het Veld et al., 2015).

## Begrip

De draagkracht is wat iemand aan kan of denkt aan te kunnen. De draaglast is wat iemand allemaal moet doen, wat er verwacht wordt vanuit je omgeving. Wanneer die twee in balans zijn dan zouden er geen problemen mogen zijn. Wanneer, daarentegen, de draaglast groter wordt dan de draagkracht dan ontstaan er wel problemen. Het betekent dat iemand meer van zichzelf verwacht dan wat die eigenlijk aankan. Of wanneer er door de omgeving meer van de persoon verwacht wordt, dan wat die eigenlijk aan kan (Fonds Psychische Gezondheid, 2015).

## Aandacht voor overbelasting

Het kan gebeuren dat de zorg te zwaar wordt en de hulp te gering. Mantelzorgers zien dat niet altijd direct in. Het gebeurt dat mantelzorgers daardoor over hun grenzen gaan. Er wordt dan wel eens gesproken over ouderenmis(be)handeling. Hierbij gaan mantelzorgers intentioneel of niet intentioneel op een verkeerde manier personen met dementie verzorgen. Bijvoorbeeld een mantelzorger die een persoon met dementie vast bindt aan een stoel zodat hij of zij er geen werk meer mee zou hebben (Koning Boudewijnstichting, 2011). Ook depressie of isolement bij mantelzorgers is geen uitzondering. Daarom kwam er vanuit de overheid meer aandacht voor mantelzorgers. Belangrijk om weten is dat niet iedere mantelzorger overbelast raakt. Dat is afhankelijk van heel wat factoren zoals de frequentie en intensiteit van de verleende mantelzorg, de gezondheid van mantelzorgers zelf, de mate waarin mantelzorgers ondersteund worden, de manier waarop mantelzorgers met de zorgsituatie omgaan... Maar ook de emotionele en sociale effecten van de zorgsituatie kunnen mantelzorgers belasten. Zo zal de relatie met de persoon met dementie veranderen, het evenwicht binnen het gezin verstoord raken en rollen veranderen (NIZW, 2005).

## Versterking van mantelzorgers

In het transitieplan 'Dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuismilieu' had minister Vandeurzen niet enkel aandacht voor professionele ondersteuning. Hij zorgde ook voor de nodige aandacht voor mantelzorgers (Vandeurzen, 2014).

Psycho-educatie is één van de meest wetenschappelijk onderbouwde interventies in de ondersteuning van mantelzorgers van personen met dementie. Psycho-educatie verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om mensen te leren omgaan met hun beperkingen. Er wordt daarbij ingespeeld op kennis, vaardigheden in de omgang met iemand met dementie, zelfvertrouwen en psychologische verwerking. Het effect van psycho-educatie is het grootst wanneer verschillende soorten ondersteuning tegelijk gegeven worden. Wanneer mantelzorgers en de persoon met dementie er regelmatig aan deelnemen vermindert de kans op een opname in een residentiële setting. Of het duurt langer voordat een opname noodzakelijk is. Het verbetert zelfs de gemoedstoestand en de levenskwaliteit van mantelzorgers (Vandeurzen, 2014).

Naar aanleiding van het transitieplan stelde het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Alzheimer Liga een wetenschappelijk gevalideerd basispakket psycho-educatie samen voor mantelzorgers van personen met dementie. Er werd ook nagegaan hoe en door wie de workshops konden gegeven worden. Nu sluiten ze aan bij het bestaande aanbod van praatcafés dementie, infoavonden in woon- en zorgcentra, cursussen van ziekenfondsen et cetera. Aan het einde van de workshops moet het voor mantelzorgers duidelijk zijn of er nood is aan professionele ondersteuning. Mocht die nood er zijn dan moeten de trainers in staat zijn om die begeleiding in het bereik te brengen (Vandeurzen, 2014).

## Praatcafé Dementie

Het praatcafé Dementie is een gratis bijeenkomst voor personen met dementie en hun mantelzorgers. Vier maal per jaar worden die samen gebracht. Aanwezigen krijgen er door deskundigen informatie. Telkens staat een ander onderwerp centraal. Daarnaast krijgen de personen met dementie en hun mantelzorgers de kans om met elkaar te praten. Een Expertisecentrum Dementie zorgt voor de inhoudelijke ondersteuning en een samenhangend geheel (SEL, 2016).

Naast de overheid die deze mogelijkheden biedt, spelen thuisverpleegkundigen ook een heel belangrijke rol in de ondersteuning van de situatie. Hij of zij is degene die dagelijks in contact komt met dezelfde patiënten. Wanneer er iets niet goed gaat, zal dat vaak direct duidelijk zijn. Het is ook een persoon waarmee patiënten en mantelzorgers een vertrouwensrelatie opbouwen. Er zal meer aan de thuisverpleegkundige gezegd worden dan tegen een professional die bijvoorbeeld maandelijks langskomt (Vandeurzen, 2011).

# Rol van thuisverpleegkundigen

De belangrijke rol van mantelzorgers, die zorgen voor iemand met gezondheidsproblemen, wordt vaak ondergewaardeerd door professionelen, waaronder thuisverpleegkundigen. Een recente enquête toonde aan dat bijna 60% van de mantelzorgers zich niet erkend voelt door hulpverleners. Nochtans zijn de professionelen onmisbaar om onder andere de situatie draagbaar te maken voor de mantelzorgers (Wilson et al., 2015). Hieronder zal eerst duidelijk worden wat mantelzorgers verwachten van professionelen. Later zal duidelijk worden dat thuisverpleegkundigen vaak multidisciplinair moeten samenwerken. Als laatste zal gesproken worden over de eerste symptomen van dementie. Thuisverpleegkundigen zijn dikwijls de eersten die deze symptomen signaleren.

## Ondersteunen van mantelzorgers

Onderzoek toont aan dat één van de belangrijkste taken van een thuisverpleegkundige toch wel de ondersteuning van de mantelzorgers is. Zoals hierboven werd aangehaald zijn er meer en meer mantelzorgers die voor iemand met dementie moeten zorgen. Naast de verplichting om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, verkiezen mensen eigen controle over hun gezondheid en welzijn (Huis in het Veld et al., 2015). Jammer genoeg wijst onderzoek ook aan dat professionelen de rol van de mantelzorger onderwaarderen (Wilson et al., 2015).

In 2015 verscheen een onderzoek in Ierland waarbij men ging kijken in hoeverre mantelzorgers werden betrokken bij de verzorging van hun hulpbehoevende door professionelen. Het zorgen voor iemand met dementie zorgt, volgens het onderzoek, wel eens voor problemen met de eigen gezondheid, met de financiën, met familiale relaties, met de carrière... Mantelzorgers vergeten zichzelf door druk bezig te zijn met de zorgvrager. Hun mentale en fysieke toestand is nochtans van cruciaal belang om emotionele en praktische steun te bieden (Wilson et al., 2015).

Ondersteund worden door een team en gemakkelijk toegang hebben tot informatie zorgen ervoor dat de mantelzorgers zich gewaardeerd voelen. Wanneer mantelzorgers moeilijk informatie vinden kan dat leiden tot frustratie. Ook heeft dat nadelige gevolgen op de relatie met hulpverleners, waaronder de thuisverpleegkundige. Het onderzoek toonde ook aan dat het achterhouden van informatie ervoor zorgt dat mantelzorgers geen vertrouwen meer hebben in de zorgverstrekker (Wilson et al., 2015; Jansen et al., 2011).

Meer dan de helft van de mantelzorgers, 53%, geeft aan zich niet ondersteund te voelen door professionelen. Deze personen zijn ontevreden over de mate waarin er wordt gekeken naar het functioneren van de mantelzorger zelf. 56,3% geeft aan dat ze moeilijkheden ondervinden met het krijgen van informatie over de gezondheidstoestand en het behandelingsplan van de persoon voor wie ze zorgen.

Mantelzorgers steken het op de onzekerheid bij de professionelen over hoe ze met zo'n situaties moeten omgaan. Ook het steeds wisselen van professionelen lijkt storend voor mantelzorgers. Hulpverleners hebben volgens hen te weinig inlevingsvermogen om de situatie te kunnen begrijpen. Professionelen denken eerder dat mantelzorgers onvoldoende kennis hebben om hen te begeleiden en te betrekken in de verzorging, ze zeggen onvoldoende tijd te hebben om die informatie te geven. Ze geven ook aan dat de mantelzorgers geen vragen stellen, waardoor ervan uitgegaan wordt dat alles duidelijk is.

Meer dan 75% van alle mantelzorgers is bang om iets te doen dat negatieve gevolgen zou hebben voor zichzelf of voor de patiënt. Terwijl dat vermeden kan worden mochten zorgverstrekkers meer tijd en aandacht hebben voor de mantelzorgers (Wilson et al., 2015).

Deelnemers gaven aan een gebrek te hebben aan ondersteuning buiten de werkuren. Mantelzorgers zouden zich bijvoorbeeld zekerder voelen mochten ze een contactpersoon hebben, ook buiten de werkuren, die bereikbaar is in acute situaties. Ook gaven ze aan zich enkel begrepen te voelen door mensen die zich in dezelfde situatie begeven.

## Multidisciplinaire samenwerking

Aangezien thuisverpleegkundigen dichtst bij de patiënt staan, spelen zij een belangrijke rol ten opzichte van andere disciplines. Zij komen dagelijks bij de patiënt en merken direct wanneer er iets niet pluis is. Wanneer deze situatie zich voordoet, is het belangrijk dat dat doorgegeven wordt aan andere disciplines (Wiley et al., 2015). Uit onderzoek blijkt dat er nog heel wat werk is om die samenwerking vlot te laten verlopen.

Om te beginnen merken professionals problemen met het doorgeven van patiëntengegevens. Een gedeeld patiëntendossier zou veel administratief werk en onduidelijkheden uit de weg gaan. Omdat er rekening gehouden moet worden met het beroepsgeheim, is dat niet zo gemakkelijk. Er zou een gemeenschappelijk programma moeten bestaan waarin elke discipline de nodige informatie over patiënten kan terugvinden zonder dat er te veel informatie wordt blootgesteld (Wiley et al., 2015; Dumoulin & Heylen, 2015).

Daarenboven moet er ook tijd gemaakt worden om elkaar te leren kennen. Wanneer professionelen elkaar kennen, zullen ze sneller onderling contact opnemen. Dat is positief voor de onderlinge communicatie. Elkaar leren kennen stond daarom ook op het lijstje van wat verbeterd kan worden in de maatschappij om tot een vlottere multidisciplinaire samenleving te komen.

Ten derde willen thuisverpleegkundigen beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en expertise. Wanneer de hulpverleners beschikken over de nodige informatie zullen zij zekerder zijn over wat ze doen. Het betekent een kwalitatieve begeleiding voor zowel patiënten als mantelzorgers. Vervolgens hechten alle disciplines belang aan het centraal stellen van patiënten. In de samenwerking moeten patiënten en hun situatie centraal staan.

Ten slotte is er gebrek aan tijd en middelen. Professionelen moeten voldoende tijd hebben om contact te kunnen opnemen met andere disciplines.

## Symptomen signaleren

In België heeft men een doktersvoorschrift nodig om thuisverpleging te kunnen aanvragen. Enkel hygiënische zorgen is dat niet nodig (Wit-Gele Kruis, 2015). Iemand met dementie heeft in het beginstadium nog geen hulp nodig en krijgt dus ook niet direct een voorschrift voor thuisverpleging. Thuisverpleegkundigen komen doorgaans al een hele tijd bij hun patiënt voor deze persoon dementie krijgt. Verpleegkundigen zijn dus vaak een van de eersten die de symptomen van dementie zullen opmerken. Aangezien die hulpverleners de patiënt vrij goed kennen, zullen zij ook duidelijk merken wanneer er iets begint te veranderen. Onderzoek toont aan dat zij zich dan vragen beginnen te stellen over de diagnose. Andere disciplines zoals referentieverpleegkundigen of maatschappelijk werkers van ziekenfondsen worden dan gecontacteerd met vragen. Het is dus duidelijk dat thuisverpleegkundigen een belangrijke rol spelen in het vroegtijdig opsporen van dementie (Wiley et al., 2015; Dumoulin & Heylen, 2015).

Het is niet enkel belangrijk om de verpleegkundigen in te lichten over praktische *tips and tricks* over het omgaan met personen met dementie. Ook kennis over het herkennen van symptomen en veranderingen wordt steeds belangrijker (Dumoulin & Heylen, 2015). Een vroegtijdige diagnose betekent dat er sneller aanpassingen worden gedaan aan de omgeving en de verzorging van een persoon met dementie. De onafhankelijkheid van patiënten neemt hiermee toe waardoor ze langer thuis kunnen blijven wonen (Wiley et al., 2015).

Thuisverpleegkundigen spelen dus meerdere belangrijke rollen in de zorg voor iemand met dementie thuis. Enerzijds betekenen hulpverleners een ondersteuning voor de mantelzorgers. Anderzijds moeten zij aandacht hebben voor een vroegtijdige diagnose door symptomen op tijd door te geven. Omdat het onhaalbaar is om dat allemaal alleen te doen, worden thuisverpleegkundigen ondersteund door andere disciplines. Zo is er hedendaags heel wat ondersteuning van referentieverpleegkundigen, maatschappelijk werkers... (Vandeurzen, 2014). Het volgende hoofdstuk zal daarom dieper ingaan op verschillende ondersteunende disciplines.

# Ondersteunende disciplines

## Referentiepersoon dementie

De referentiepersoon dementie is een professionele hulpverlener die andere professionele collega's zal begeleiden over alles wat betreft dementie. Zij staan dus niet in voor zorgverlening maar zij zorgen ervoor dat personen met dementie zorg op maat krijgen. Die interne deskundige zal informatie geven over wettelijke, juridische en financiële vragen met betrekking tot dementie. Ook in complexe zorgsituaties kan een hulpverlener beroep doen op de kennis van de referentieverpleegkundige. De referentieverpleegkundige beschikt over alle nodige informatie met betrekking tot de sociale kaart. Hij zal dus kunnen doorverwijzen naar passende hulp, ook in geval van mishandeling of verwaarlozing (Vandeurzen, 2014).

Verder heeft een referentieverpleegkundige de opdracht om de directie bij te staan bij het opstellen van vormingen voor het personeel, tenminste als het te maken heeft met dementie. Hij geeft ook aan wanneer er symptomen van dementie worden opgemerkt en geeft dit door aan een hoofdverpleegkundige of aan een arts (Vandeurzen, 2014).

Daar waar er reeds een regelgevend kader is over het inzetten van referentieverpleegkundigen in de residentiële zorg, is dat er nog niet voor de thuiszorg. Men is op weg om, in samenspraak met de federale overheid, een gelijkaardige regelgeving in de thuiszorg te voorzien (Vandeurzen, 2014).

Zoals hierboven reeds duidelijk werd, zijn thuisverpleegkundigen, naast de familie of vrienden, vaak de eersten die symptomen van dementie opmerken. Omdat het moeilijk is om dementie te onderscheiden van vergeetachtigheid door de ouderdom, wordt er beroep gedaan op referentieverpleegkundigen. Ook huisartsen doen, in complexe situaties, wel eens beroep op deze gespecialiseerde verpleegkundigen. De verpleegkundigen krijgen informatie van de referentieverpleegkundigen. Indien nodig, gaat de gespecialiseerde ter plaatse of wordt er een multidisciplinair overleg georganiseerd (Vandeurzen, 2014).

Referentieverpleegkundigen scholen zich regelmatig bij, onder andere met behulp van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Enkele keren in het jaar wordt er ook een Overlegplatform Dementie georganiseerd. Hulpverleners, organisaties en intra- en extramurale voorzieningen die werken met en voor personen met dementie en hun omgeving komen daarbij samen. Het overlegplatform heeft vijf doelstellingen: beeldvorming en doorbreken taboe, inventarisatie en bespreken noden, regionale afstemming van het aanbod, uitwisselen van ervaring, deskundigheid en expertise en sensibilisering en signaalfunctie naar beleid (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) & Gezondheidsoverlegarrondissement Leuven (GOAL), 2014).

Omdat de referentieverpleegkundigen over een specifieke kennis moeten beschikken, heeft minister Vandeurzen beslist om met attestering te werken. Alle referentieverpleegkundigen moeten beschikken over een attest om hun job te mogen doen (Vandeurzen, 2014).

## Dementie-expert

Een dementie-expert is een onafhankelijke specialist waar referentieverpleegkundigen terecht kunnen met vragen. Ook wanneer een organisatie, zoals bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, niet beschikt over een referentieverpleegkundige, dan kan zij beroep doen op een dementie-expert. Een expert kan rechtstreeks in contact komen met een persoon met dementie en zijn of haar mantelzorgers, maar deze zal geen langdurige begeleiding op zich nemen. Ook zij geven advies over wetgevende kaders en zoeken naar oplossingen bij probleemsituaties (Vandeurzen, 2014).

Bovenstaande informatie maakt duidelijk dat er wel degelijk mogelijkheden zijn voor thuisverpleegkundigen om raad te vragen aan gespecialiseerde personen. Wanneer er een goede samenwerking is tussen professionelen, patiënten en mantelzorgers, wordt het aangenamer voor iedereen. Daarom werden ziekenfondsen ook verplicht om zich meer te specialiseren in alles wat dementie betreft (Vandeurzen, 2014). In het volgende hoofdstuk zal er hier meer aandacht voor geschonken worden.

## Ergo aan huis

Ergotherapie is een erkend paramedisch beroep. Nadat er een afspraak gemaakt werd met een ergotherapeut, zal deze bij zorgvragers thuis komen. De oudere met dementie, de mantelzorgers en de ergotherapeut gaan een samenwerkingsverband aan. Ze hebben als doel de oudere met dementie zo lang mogelijk in staat te stellen betekenisvolle activiteiten uit te voeren. Stel dat een oudere niet meer in staat is om activiteiten uit te voeren zonder hulp van één of meerdere mantelzorgers, dan wordt er naar de vaardigheden van de mantelzorgers gekeken. Zowel de omgang als de communicatie met de persoon met dementie worden bekeken. Daar waar nodig, zal de ergotherapeut de nodige bijsturing geven. Dit kan door advies, training, gebruik van een passend hulpmiddel of aanpassing van de omgeving van de woning (Oost-Vlaams Netwerk Ambulante Ergotherapie, 2015).

Die discipline geeft zowel lichamelijke als psychische begeleiding. De ergotherapeut werkt nauw samen met heel wat andere hulpverleners die bij personen met dementie aan huis komen. Samen met de huisarts, thuisverpleegkundige, kinesist, bejaardenhelpster en poetshulp zorgt hij ervoor dat personen met dementie en hun mantelzorgers langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. De ergotherapeut vormt dus zeker een ondersteunende rol voor thuisverpleegkundigen (Oost-Vlaams Netwerk Ambulante Ergotherapie, 2015).

Er werd reeds een onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van ergotherapie aan huis bij personen met dementie. Resultaten van dat onderzoek gaven positieve resultaten weer. 84% van de deelnemende personen met dementie kende een verbetering op vlak van vaardigheden. Ook hadden ze minder behoefte aan hulp bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Dat resultaat werd na drie maanden nog eens bevestigd. Bij 58% van de deelnemende mantelzorgers steeg het gevoel van competenties om met de ziekte om te gaan (Kronkels, 2014).

## Maatschappelijk werkers

Ziekenfondsen bieden begeleiding aan maatschappelijk werkers. Deze komen bij mensen thuis. Maatschappelijk werkers luisteren naar de vragen en de problemen van personen met dementie, hun partners en andere mantelzorgers. Door hun gespecialiseerde kennis vormen zij een grote ondersteuning voor professionals zoals thuisverpleegkundigen. Om de thuissituatie onder controle te houden is het belangrijk om het netwerk te ondersteunen. Eventueel wordt dit netwerk uitgebouwd zodat het draaglijk wordt voor de partner en andere mantelzorgers. Maatschappelijke werkers zijn vertrouwenspersonen die regelmatig komen luisteren hoe het met de zorgvrager en de betrokkenen verloopt. Ook al is dat enkel om hun verhaal kwijt te kunnen. Dat blijkt heel waardevol te zijn. Daar waar de ergotherapeut aan huis vooral aandacht zal hebben voor dagelijkse activiteiten, zullen maatschappelijk werkers eerder naar de organisatie van de thuissituatie kijken (Vandeurzen, 2014).

Zowel referentiepersonen dementie, referentie-experten, ergotherapeuten aan huis en maatschappelijk werkers betekenen een ondersteuning voor thuisverpleegkundigen. Daar waar de ene discipline geen antwoord op weet, zal de andere discipline ingeschakeld worden (Dumoulin & Heylen, 2015). Maatschappelijk werkers zijn doorgaans werkzaam onder een ziekenfonds. Ziekenfondsen bieden ook heel wat mogelijkheden voor personen met dementie, hun mantelzorgers en professionals. Het volgende stuk zal duidelijk maken welke die mogelijkheden allemaal zijn.

# Mutualiteiten

Zoals eerder reeds gezegd, kregen de mutualiteiten heel wat aandacht in het transitieplan van minister Vandeurzen. Zo werden hun maatschappelijk werkers allemaal verplicht zich op te leiden om met personen met dementie te mogen werken (Vandeurzen, 2014). Minister Vandeurzen startte op twaalf maart 2015 het contactpunt dementie op. De diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen lanceerden dit contactpunt samen met hem. De bedoeling van die oprichting is om hulp- en zorgverleners, zoals thuisverpleegkundigen, te helpen bij het signaleren van mensen met dementie en hun omgeving die extra ondersteuning kunnen gebruiken. De maatschappelijke diensten van de ziekenfondsen kunnen dus aangesproken worden door professionelen en zij moeten de verdere begeleiding doen (Vandeurzen, 2015).

Hieronder wordt er aangegeven wat er reeds georganiseerd wordt door verschillende mutualiteiten. Er werd beroep gedaan op de websites van de mutualiteiten om tot die informatie te komen.

## Christelijke Mutualiteit

Omdat de Christelijke Mutualiteit (CM) ervan overtuigd is dat dementie thuis steeds meer en meer voorkomt in onze maatschappij, willen zij onder andere extra aandacht besteden aan de mantelzorgers. Ze willen zich inzetten om het draagbaar te maken voor hen en dat doen ze met een uitgebreid aanbod van mogelijkheden. Ook bieden zij ondersteuning naar professionelen toe. Zo gaan er bijvoorbeeld maatschappelijke werkers van de CM aan huis om woonadvies te geven, administratieve ondersteuning et cetera. (CM, 2013).

### Oppas en nachtzorg bij je thuis

De Christelijke Mutualiteit werkt met vrijwilligers die aan huis gaan bij personen die hulpbehoevend zijn. Op die manier krijgen mantelzorgers de kans om eens iets te doen voor zichzelf. Zowel personen die erg hulpbehoevend zijn als deze die minder hulpbehoevend zijn, krijgen de kans om een vrijwilliger thuis te ontvangen. Meestal zal men terecht komen bij een echtpaar waarvan de partner dementie heeft. Vrijwilligers worden opgeleid om met personen met dementie om te gaan maar ze worden er attent op gemaakt dat ook mantelzorgers aandacht moeten krijgen. Ze doen activiteiten met personen met dementie en nemen de verzorging op zich, in zoverre dat mogelijk is. Bijvoorbeeld hulp bieden bij het verplaatsen (CM, 2013). Vanuit het Transitieplan worden de ziekenfondsen verplicht om hun vrijwilligers op te leiden om bij iemand met dementie te mogen gaan (Vandeurzen, 2014).

### Anders omgaan met dementie

Specifieke cursussen worden aangeboden voor mantelzorgers. In de cursus zijn er drie grote onderdelen. Eerst wordt besproken 'Wat is dementie?' Vervolgens wordt er uitgelegd vanwaar het veranderend gedrag komt. Er wordt aangegeven wat je wel of beter niet kan doen. In het laatste stuk is er aandacht voor het moeilijke gedrag van personen met dementie. Hoe kan men hiermee omgaan. Wat mag en wat moet men doen. Ook over het juridische wordt meer informatie meegegeven.
Doordat mensen daarbij met elkaar kunnen praten en vragen kunnen stellen, wordt die cursus zeer positief ervaren door mantelzorgers (CM, 2013).

### Gezondheidsbibliotheek

Er is ook een heel groot aanbod aan informatie voor alle mensen die iets zoeken over dementie. De CM verwijst zowel personen met dementie zelf als mantelzorgers of hulpverleners als studenten en leerkrachten naar die bib (CM, 2013).

### Vakantie ziekenzorg CM

Ziekenzorg CM Antwerpen biedt een heel pakket aan vakanties. Eén daarvan is speciaal voor mensen met dementie en hun partner. Samen met vele anderen gaan zij met een gespecialiseerde ploeg op vakantie. Voor de partners is het een week waarin zij tot rust kunnen komen. De medewerkers nemen hun zorgen op een perfecte manier over. Omdat de mantelzorgers mee op vakantie zijn, hoeven ze zich geen zorgen te maken of de verzorging van de partner met dementie goed verloopt (CM, 2013).

### Demenzo en Tweede Adem

Demenzo en een Tweede Adem zijn gespreksgroepen voor partners of familieleden van personen met dementie die thuis wonen. Positief aan die gespreksgroepen is dat het over personen gaat die allemaal te maken hebben met gelijkaardige situaties. Het is de bedoeling dat ieder zijn verhaal kwijt kan. Aan de hand van die verhalen probeert men dan, onder professionele begeleiding, te kijken wat men in die verschillende situaties kan doen. Zo leren de aanwezigen van elkaar. Belangrijk hierbij is dat er aandacht is voor hoe men de rol als mantelzorger kan volhouden (CM, 2013).

### CM-thuizorglijn

Vragen betreffende gezinszorg, poetshulp en thuisverpleging kunnen gesteld worden via het nummer 03 221 95 95. Zo wil de CM een laagdrempelige toegang bieden tot informatie betreffende bovenstaande onderwerpen (Christelijke mutualiteit, 2013).

## Onafhankelijk ziekenfonds

Ook het Onafhankelijk Ziekenfonds (OZ) biedt heel wat mogelijkheden voor personen met dementie. Net zoals bij de CM zijn er info- en doesessies voor mantelzorgers, is er een luisterlijn en is er mogelijkheid tot ondersteuning van vrijwilligers. Daar waar de CM vakanties plant voor personen met dementie en hun mantelzorgers, biedt het OZ mogelijkheid tot tijdelijke opvang voor personen met dementie.

### Ondersteuning op maat

De sociale dienst van OZ heeft de mogelijkheid om met de personen met dementie en hun mantelzorgers te zoeken naar zorg op maat. Er wordt een persoonlijk begeleidingsplan opgesteld waarbij gekeken wordt naar informatie en advies, mogelijkheden om erop uit te trekken, opvang, comfort, logistieke ondersteuning, bijscholing en sociaal contact. Medewerkers van OZ volgen specifieke opleidingen om de patiënt hierin bij te staan (OZ, 2016).

### Info- en doesessies

De info- en doesessies zijn specifiek gericht naar de mantelzorgers. Hiermee worden zij geholpen bij de dagelijkse zorgen voor hun partner of kennis met dementie. Om die sessies vlot te laten verlopen werkt het Onafhankelijk Ziekenfonds samen met OZ Vitaliteit. Zij zijn gespecialiseerd in het geven van advies (OZ, 2016).

### OZ Luisterlijn

De OZ Luisterlijn biedt de mantelzorger of de patiënt zelf de mogelijkheid tot gratis psychologische bijstand. Wanneer mantelzorgers over iets twijfelen, kunnen ze hier direct professioneel advies krijgen. Wanneer je de eerste keer belt krijg je de psycholoog toegewezen die het best bij je past. Mocht het nodig zijn om meerdere keren te bellen dan wordt er gekeken of het mogelijk is dat je dezelfde persoon aan de lijn kunt krijgen. Indien het nodig zou zijn kunnen de psychologen of psychotherapeuten doorverwijzen naar de praktijk van een psycholoog of psychotherapeut. OZ voorziet hier dan geen tussenkomst (OZ, 2016).

### Vrijwilligers

Net zoals bij de Christelijke Mutualiteit, kan het OZ vrijwilligers aanbieden. Zij komen thuis oppassen, boodschappen doen of instaan voor al het niet-dringend ziekenvervoer. Je moet bijvoorbeeld als mantelzorger naar de kapper en uw partner of familielid met dementie kan niet alleen thuis blijven, dan kan er beroep gedaan worden op de vrijwilligers. Ook wanneer patiënten naar de dokter moeten en er geen vervoer is, kan men rekenen op de vrijwilligersorganisatie van OZ (OZ, 2016).

### Tijdelijke opvang

Er zijn verschillende mogelijkheden voor tijdelijke opvang. Er is dag- en nachtopvang, kortverblijf en bejaarden-, gezins- of thuishulp. Partners of mantelzorgers van een persoon met dementie kunnen op die manier een pauze inlassen. Ze krijgen de mogelijkheid om de zorgen even achter zich te laten. Bejaardenhulp, gezinshulp of thuishulp kan ook via de sociale dienst van OZ verkregen worden (OZ, 2016).

## Partena

Partena biedt, net zoals Bond Moyson thuisverpleging. Om deze professionele dienstverlening te garanderen werkt Partena samen met Solidariteit voor het Gezin. Net zoals alle bovenstaande ziekenfondsen zijn er bij Partena ook maatschappelijk werkers en sociaal verpleegkundigen en een uitleendienst. Partena bundelt sinds 1 januari 2014 haar krachten met Euromut. Door de fusie kan Partena beter voldoen aan de verwachtingen van alle klanten (Partena, z.j.).

### Zorgvakanties

Net zoals de CM biedt Partena vakanties aan op maat van zorgvragers. Een gespecialiseerde reisorganisatie staat in voor het regelen van vakanties voor personen die normaal thuiszorg, dialyse of andere medische zorgen nodig hebben en hun mantelzorger(s) (Partena, z.j.)

### CaddyHome van Delhaize

Boodschappen kunnen besteld worden via CaddyHome van Delhaize. Je bestelling kan online of via de telefoon doorgegeven worden. Als lid van Partena heb je tien euro korting bij een bestelling vanaf 100 euro. Die bestelling wordt dan aan huis geleverd door een thuiszorgdienst, niet door Partena zelf (Partena, z.j.)

### Woningaanpassingen

Partena beschikt over enkele ergotherapeuten die tot bij de mensen thuis komen. Zij geven advies over aanpassingen en hulpmiddelen die nodig zijn om een oudere thuis te laten wonen. Samen met de patiënt en zijn of haar mantelzorgers wordt er gekeken wat er moeilijk gaat en er wordt naar een oplossing gezocht (Partena, z.j.)

### Opvang in dagcentra

Partena, LM en OZ voorzien een tussenkomst wanneer een patiënt tijdelijk wordt opgenomen in een kortverblijf. Partena voorziet ook nog eens een tussenkomst voor patiënten die naar een dagcentrum gaan. Het ziekenfonds voorziet in een vergoeding van zes euro per dag of drie euro per halve dag met een maximum van 250 euro per jaar (Partena, z.j.)

## Securex

Alle maatschappelijk medewerkers van Securex zijn opgeleid tot dementiekundige basiszorgverleners. Binnen het team van maatschappelijk werkers is er dan nog eens een 'referentiepersoon dementie’ aangesteld. Securex leent ook medisch materiaal uit. Ook bij dit ziekenfonds worden tussenkomsten voorzien voor leden die naar een kortverblijf, dagcentra of zorgverblijf gaan (Securex, 2014).

## Liberale Mutualiteit

De website van de Liberale Mutualiteit (LM) geeft duidelijk aan dat er mogelijkheid is tot thuisoppas en kortverblijf voor personen met dementie. Zij hebben een vzw opgericht, specifiek voor mensen met dementie (LM, 2015).

### Tussenkomst thuisoppas en kortverblijf

Net zoals bij het Onafhankelijke Ziekenfonds biedt de Liberale Mutualiteit een tussenkomst voor personen met dementie die genieten van een thuisoppas of degene die verblijven in kortverblijf (LM, 2015).

### vzw Liever Thuis LM

De Liberale Mutualiteit richtte de 'vzw Liever Thuis LM' op. Hiermee wil het ziekenfonds niet alleen meer aandacht creëren voor mensen met dementie maar vooral ook voor hun mantelzorgers. Voor ondersteuning kunnen patiënten en hun omgeving zeven dagen op zeven en 24 uur op 24 uur terecht bij de vzw. Deze vereniging wordt geholpen door de Dienst Maatschappelijk Werk van de Liberale Mutualiteit zelf. Zij geven administratieve bijstand en informatie over hun sociale rechten. Op die manier wordt er gezocht naar zorg op maat (LM, 2012).

Daarnaast wil de vereniging mantelzorgers of gebruikers informeren over tegemoetkomingen, regelgevingen en andere onderwerpen die voor mantelzorgers of patiënten belangrijk kunnen zijn. Er worden brochures opgesteld en er is een ledenblad 'Liever Thuis' over onderwerpen die met de zorg te maken hebben. Als je lid bent van de vereniging ontvang je dit ledenblad vier maal per jaar. Infosessies in Vlaanderen en Brussel zijn er om mantelzorgers bijeen te laten komen en om hen te informeren (LM, 2012).

Naast het verstrekken van informatie komt de organisatie op voor het belang van mantelzorgers. Zo regelt de vzw regelmatig overleg met verschillende organisaties in de zorgsector. Ook problemen en knelpunten worden er besproken De dienstverlening wordt gratis aangeboden zodat de toegang laagdrempelig is voor iedereen die hulp nodig heeft of zoekt (LM, 2012).

## Bond Moyson

Net zoals bovenstaande mutualiteiten biedt de Bond Moyson hulpmiddelen aan die personen met dementie kunnen lenen of aankopen. Ook bieden zij vrijwilligers aan die enkele uren bij de persoon met dementie komen of vrijwilligers die instaan voor het vervoer van personen met dementie naar bijvoorbeeld een onderzoek. Maatschappelijk werkers staan ook hier in voor alles wat betreft administratie. Bond Moyson beschikt over een dementieteam. Dit zijn referentieverpleegkundigen die kunnen gecontacteerd worden door thuisverpleegkundigen of andere thuiszorgdiensten. Zij geven advies rond personen met dementie thuis. Dit ziekenfonds beschikt dan ook over eigen thuisverpleegkundigen die instaan voor alle nodige zorgen aan huis (Bond Moyson, z.j.)

### De Bovenkamer

De Bovenkamer is het eerste dementiespel. Het is een gezelschapsspel voor iedereen, vanaf twaalf jaar, die geïnteresseerd is in dementie. Het is een uniek spel waarbij je verloren voorwerpen moet zoeken door vragen op te lossen. Aan de hand van de vragen komt men steeds meer te weten over de aandoening. Bond Moyson wil met dit spel dementie bespreekbaar maken (Bond Moyson, z.j.).

### S-Plus

S-Plus, een seniorenvereniging van Bond Moyson, staat paraat voor 50-plussers en organiseert allerlei activiteiten voor hen. In november 2013 kwamen S-plus medewerkers tot een nieuw concept, namelijk de voelschorten. Ze maken uit allerlei materialen, zoals wol, parels, ritsen et cetera een voelschort voor personen met dementie. Mensen met dementie blijken de schorten aangenaam te vinden. Het blijkt voor hen een aangename bezigheid en aanwezigheid te zijn. De makers van de schorten voelen zich nuttig, ze hebben een bezigheid en ze beteken iets voor iemand anders. De actieve en jongere senioren zetten zich in voor kwetsbaardere ouderen. Verder in deze bachelorproef wordt dieper ingegaan over personen met dementie en hun tast (Bond Moyson, z.j.)

## Vlaams en Neutraal Ziekenfonds

De website van het Vlaams en Neutraal Ziekenfonds geeft aan dat zij ergotherapeuten aanbieden die net zoals bij Partna advies geven over aanpassingen in de woning. Ook het Vlaams en Neutrale Ziekenfonds voorziet tegemoetkomingen wanneer leden opgenomen worden in een kortverblijf en wanneer dag- en nachtopvang nodig is (Vlaams en Neutraal Ziekenfonds, z.j.).

De bovenstaande ziekenfondsen hebben enkele gemeenschappelijke aanbiedingen. Tevens hebben de meesten specifieke aandacht, op hun site, voor personen met dementie en hun mantelzorgers. Die diensten vormen een ondersteuning voor thuisverpleegkundigen. Belangrijk hierbij is dat er gecommuniceerd wordt met elkaar. Dat gebeurt momenteel te weinig en is een uitdaging naar de toekomst (Dumoulin & Heylen). Hoofdstuk 9 zal daarom dieper ingaan op het belang van de communicatie. Zowel tussen professionelen onderling als de communicatie met personen met dementie en hun mantelzorgers.

# Communicatie

Als we spreken over dementievriendelijk moet er niet alleen gekeken worden naar de materiële omgeving, maar ook naar de sociale omgeving. Met de sociale omgeving wordt elke interactie tussen mantelzorgers, familieleden, hulpverleners, vrijwilligers en andere bezoekers bedoeld. De materiële en sociale omgeving staan met elkaar in relatie en worden daarom ook beiden bij dit werk betrokken. Ze moeten beiden gericht zijn op hetzelfde doel, namelijk een visie op het wonen en op de zorg en begeleiding van patiënten en hun omgeving (Verhaest & Stroobants, 2012). Voor een dementievriendelijke samenwerking is een optimale communicatie uiterst belangrijk (Dumoulin & Heylen, 2015). Zowel met patiënten, als met mantelzorgers en met andere disciplines moet gecommuniceerd worden. Dat zal hieronder uitgebreid aan bod komen.

## Met patiënten

Onderzoek toont aan dat de levenskwaliteit en het welzijn van personen met dementie omhoog gaat wanneer zij worden verzorgd door zorgverstrekkers die opleiding kregen over communicatie met mensen met dementie (Eggenberger et al., 2013). In de thuiszorg moet er optimaal gecommuniceerd worden met de patiënt aangezien een nauwe en voortdurende opvolging noodzakelijk is. Er kan geen thuiszorg georganiseerd worden zonder dat er afspraken worden gemaakt. Mondelinge communicatie is daarbij het belangrijkste hulpmiddel. Om aan de behoeftes van patiënten te voldoen, moet er met hem of haar gecommuniceerd worden (Scheres & De Rijdt, 2011).

Gesprekken die de meest relevante informatie opleveren worden meestal gevoerd door hulpverleners die het dichtst bij patiënten staan. Doorgaans luistert de patiënt en zijn omgeving ook het meest naar deze vertrouwenspersoon op basis van vertrouwen (Baeyens et al., 2010). Communicatie betekent voor iemand met dementie de nodige informatie, het stimuleert de communicatieve ontwikkeling, het stimuleert tijdsbesef, het biedt een gevoel van veiligheid, overzicht en structuur en het vergroot de zelfredzaamheid (Scheres & De Rijdt, 2011).

De ernst van de regionale hersenafwijkingen en de functionele reserves van de patiënt bepalen de ernst en de aard van de communicatiestoornis bij personen met dementie. Een beeldvorming van de hersenen is daarom niet enkel belangrijk voor het stellen van een diagnose maar ook voor communicatieve problemen uit te leggen aan de patiënt en zijn of haar omgeving. Wanneer het probleem fysiek verklaard wordt, ervaren patiënten een vermindert gevoel van falen. Het geduld en de tolerantie zullen verhogen bij mensen in de omgeving van personen met dementie (Vandenbulcke & Vandenberghe 2011).

### Mondelinge communicatie

Zowel patiënten zelf als de omgeving geven aan dat de communicatie met iemand met dementie vaak het moeilijkste is om mee om te gaan. Doorgaans heeft iemand met dementie problemen met de betekenis en het gebruik van taal; ze kunnen bijvoorbeeld op geen woorden komen. Dat betekent dat het belangrijk is om aan te voelen wat kan gezegd worden en wat niet. Als hulpverlener moet men proberen te balanceren tussen het aanvaarden van de beperkingen en het stimuleren van de mogelijkheden. Het is belangrijk om te kijken naar de signalen die de patiënt geeft, te achterhalen wat ze betekenen en vervolgens en er vervolgens op te reageren. Geen enkele persoon met dementie is dezelfde, communicatieve of cognitieve stoornissen zullen dus bij iedere patiënt verschillend zijn (Scheres & De Rijdt, 2011).

In communicatie met iemand met dementie mag men niet overvragen. Bij voorkeur wordt er met korte en duidelijke zinnen gesproken. Over gebeurtenissen van vroeger zullen patiënten doorgaans nog kunnen vertellen. Het is beter om geen vragen te stellen uit het recente verleden. Iemand met dementie zal dat vergeten zijn, wat ervoor zorgt dat de patiënt geconfronteerd wordt met zijn of haar ziekte. Het is positief om aan te sluiten bij de interesses, gewoontes en voorkeuren van personen met dementie. Ook over het hier en het nu mag gesproken worden. Men kan het hebben over wat men ziet, hoort, ruikt, voelt... Als hulpverlener mag men gerust iets over zichzelf vertellen. Men mag niet té veel vragen stellen. Stiltes kunnen belangrijk zijn (Deltour, 2011).

Om patiënten niet het gevoel te geven dat er problemen zijn met de communicatie, worden best vragen geformuleerd die de kans op falen zo klein mogelijk maken. Meerkeuzevragen moeten vermeden worden. Dat is te moeilijk voor iemand met dementie. Het is gemakkelijker wanneer vragen worden gesteld die beginnen met 'waarom', 'wat', 'wie', 'hoe' of 'waar'. Wanneer iets goed gaat, is het goed om dat aan te moedigen. Fouten kunnen best zo onopvallend mogelijk weggecijferd worden. Bestraffende woorden zoals 'toch', 'altijd' en 'nooit' moeten zeker vermeden worden (Deltour, 2011).

Angst en achterdocht kunnen vermeden worden door bijvoorbeeld niet te fluisteren. Men kan het best rustig, zacht en liefdevol spreken. De sleutel tot een goede communicatie zijn vaak de vriendelijkheid en een glimlach. Het is doorgaans niet nodig om luider te spreken. Mochten er toch problemen zijn met zicht of gehoor, kan hier beter een oplossing voor gezocht worden. Personen met dementie moeten aangesproken worden als volwassen persoon. Een verhoogde intonatie en verkleinwoorden zijn absoluut ongepast. Om patiënten te helpen mag je zeker niet aandringen op een antwoord of een vervolg van een verhaal. Met gebaren kunnen personen met dementie zeker geholpen worden. Het herhalen van wat er reeds werd verteld kan iemand met dementie op weg zetten om opnieuw te weten waarover het gesprek ging. Om te kijken of de persoon jou begrepen heeft, kan je letten op zijn of haar gedrag en gezichtsuitdrukking (Deltour).

Het is belangrijk dat personen met dementie voldoende aandacht hebben wanneer je tegen hem of haar praat. Zo blijf je best binnen het gezichtsveld van personen met dementie. Er wordt best gecommuniceerd in een rustige ruimte. Let erop dat je oogcontact maakt met de patiënt en dat er geen twee dingen tegelijk plaatsvinden (Scheres & De Rijdt, 2011; Deltour, 2011; Geelen, 2010).

### Moodboard

Onderzoekers van de Fontys Paramedische Hogeschool in Eindhoven (NL) hebben een kleinschalig onderzoeksproject uitgevoerd waarbij gewerkt werd met het zogenaamde *moodboard*. Het onderwerp van het onderzoek waren enkel personen met dementie (Van Hoof et al, 2015).

Omdat het doorgaans moeilijk is om personen met dementie bij een onderzoek te betrekken, werd nog weinig onderzoek gedaan naar wat zij zelf willen ten aanzien van hun omgeving. Problemen met de communicatie en met het begrip zijn hier de oorzaak van. Werken met *moodboards* blijkt hierin een ondersteunende rol te spelen. Een *moodboard* is een bord waarop gedachten en gevoelens van personen met dementie worden opgehangen. De personen maken een collage van alle teksten en afbeeldingen die van toepassing zijn voor hem of haar op een bepaald moment. Wanneer er bijvoorbeeld een lachend gezicht aanwezig is op het bord, dan zal die patiënt vrolijk zijn. Voor een thuisverpleegkundige, of ander professional maakt dit veel duidelijk. Uit het bord ontstaan gesprekken over dingen waarmee de patiënt bezig is.

Uit het onderzoek, aan de hand van *moodboards*, werd duidelijk dat de ideale omgeving van een persoon met dementie zeer huiselijk is. Onder andere de aanwezigheid van planten werd als belangrijk beschouwd. Dat is in de thuissituatie geen probleem aangezien personen met dementie kunnen doen wat ze willen. Het zijn allemaal eigen spullen van hen (Van Hoof et al., 2015).

## Met mantelzorgers

Hierboven werd reeds vermeld dat mantelzorgers aangeven dat er te weinig met hen gecommuniceerd wordt (Roelofs & Verhoeven, 2010).

In communicatie met mantelzorgers moet men opletten met het gebruik van professionele taal. Vaak praten professionelen onder elkaar verschillende soorten talen door elkaar. Zowel dagdagelijkse taal als vakterminologie worden gebruikt. Wanneer hulpverleners communiceren met mantelzorgers moet er dagdagelijkse taal gebruikt worden. Als mantelzorgers niet begrijpen wat de professional vertelt, kan dat een intimiderend effect hebben. Het gesprek heeft dan geen zin. Dat zal de professionele relatie tussen mantelzorgers en de zorgverstrekkers negatief beïnvloeden. De relatie wordt versterkt wanneer zowel hulpverleners als cliënten zeggen wat ze voelen en denken (Baeyens et al., 2010). Onderzoek toont aan dat hulpverleners vaak geen bijkomende informatie geven aan cliënten en mantelzorgers omdat er niets wordt gevraagd. Dat toont aan dat een duidelijke communicatie belangrijk is (Wilson et al., 2015).

## Met andere disciplines

Een multidisciplinaire samenwerking wordt steeds belangrijker in de huidige maatschappij. Onder andere door de vermaatschappelijking van de zorg zullen er meer vertegenwoordigers van de eerstelijnsgezondheidszorg nodig zijn. Vlaanderen is, in België de regio die het sterkst geconfronteerd zal worden met de bevolkingsveroudering (Dumoulin & Heylen, 2015).

Zonder uitwisseling van informatie, aanbevelingen en ideeën onder verschillende disciplines, kan geen optimale zorg gegeven worden. Onderzoek toont aan dat er in heel Europa verschuivingen plaatsvinden naar meer multidisciplinaire samenwerking (Muijen, 2012). Een goede communicatie is één van de belangrijkste factoren die de samenwerking bevordert. Men moet elkaar eerst leren kennen, vertrouwen en erkennen. Een te hoge werkdruk zorgt er vaak voor dat er geen tijd is om elkaar te leren kennen. Recent onderzoek toont aan dat er voldoende vormingen worden voorzien voor vertegenwoordigers van de eerstelijnsgezondheidszorg maar dat deze te weinig gericht zijn op samenwerking en te veel op taakuitvoering (Dumoulin & Heylen, 2015).

Dat communicatie een centrale rol speelt voor een goed multidisciplinair teamoverleg over thuiszorgsituaties is niet vanzelfsprekend. Enerzijds is er tijdsgebrek en anderzijds is er spreekangst. Hulpverleners durven vaak niet toe te geven de situatie niet meer aan te kunnen. Meningsverschillen en discussie worden uit collegialiteit vaak uit de weg gegaan. Een mening moeten uiten in het bijzijn van superieuren, collega's, mantelzorgers of cliënten blijkt een te grote portie moed te vragen. 'Het gaat wel' of 'het loopt' zijn dan de meest voorkomende uitspraken. Ervaring en training kunnen ervoor zorgen dat dit probleem zich minder voordoet.

Vooraleer een multidisciplinair overleg plaatsvindt, is het belangrijk dat de doelen van het teamoverleg worden geformuleerd. Dit gebeurt door de aanvrager van het overleg. Zo zijn alle betrokken partijen voorbereid tijdens het overleg. Tijdens het overleg moet de thuissituatie in zijn totaliteit bekeken worden. De vraag of thuiszorg nog haalbaar blijft, wordt vaak niet gesteld. Toch is deze belangrijk om tijdig problemen uit de weg te gaan. Soms kan het belangrijk zijn om een vooroverleg te laten doorgaan. Dit is een overleg waarbij nog geen cliënt of mantelzorger aanwezig is. Hulpverleners durven dan meer te zeggen en het geeft professionelen de kans om zich voor te bereiden op het gesprek waarbij cliënt of mantelzorger(s) aanwezig zullen zijn (Baeyens et al., 2010).

In een thuissituatie kan er niet samengewerkt worden zonder communicatie. Een thuisverpleegkundige moet leren communiceren met patiënt, met zijn of haar mantelzorgers en met verschillende disciplines. Bij het communiceren met iemand met dementie is het belangrijk om te kijken naar zijn of haar lichaamstaal. Deze zal direct duidelijk maken of de patiënt u begrepen heeft of niet en of hij of zij interesse heeft in wat je zegt. In gesprek met een mantelzorg, moet men als hulpverlener aandacht hebben voor het gebruik van dagdagelijkse taal. Het is belangrijk om de mantelzorger van de patiënt voldoende te betrekken bij de situatie. Aangezien het steeds belangrijker wordt om multidisciplinair samen te werken, zullen de disciplines tijd moeten maken om elkaar te leren kennen. Dat zal de samenwerking bevorderen. Communicatie speelt daarbij één van de belangrijkste rollen. We hadden het hierboven voornamelijk over het sociale gebeuren van iemand met dementie. Volgende pagina's zullen eerder gaan over de omgeving van iemand met dementie. Ook dat hoort onder een dementievriendelijke omgeving.

# De dementievriendelijke omgeving

Hieronder zal duidelijk worden wat dementievriendelijk betekent. Nadat er wordt gesproken over prikkels uit de omgeving, zal het gaan over de zintuiglijke omgeving. Er zal gesproken worden over de temperatuur, over contrasten, over illusies, geluid, tast, geur, smaak en licht. Om dit werk af te sluiten wordt er gesproken over reminiscentie. Wat betekent het en hoe kan het gebruikt worden.

## Begrip

Omdat er reeds werd gesproken over de sociale omgeving, richten we ons nu op de omgeving van de patiënt. Ieder individu geeft een eigen accent aan zijn omgeving. Zo kan men direct herkennen wanneer mensen houden van eenvoud of eerder interesse hebben in rijkdom en cultuur. Een eenvoudig huis zal er vanbuiten en vanbinnen bijvoorbeeld sober uitzien terwijl een huis van rijke personen eerder versierd zal zijn met kunst. Personen met dementie zijn, meer dan mensen zonder dementie, gevoelig voor de omgeving. De omgeving zal het gedrag van de persoon met dementie beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt dat een omgeving met bijvoorbeeld te veel prikkels of te veel lawaai kan zorgen voor gevoelens van agitatie, agressie en onrust bij personen met dementie (Wong et al., 2013; Garre-Olmo et al., 2012).

Een definitie werd opgesteld door S. Colenberg. *"Een omgeving die lichamelijke en geestelijke activiteit stimuleert, stress en onrust reduceert, en de autonomie zoveel mogelijk ondersteunt"* (2014).

## Prikkels

De omgeving heeft een invloed op het gedrag van de persoon met dementie. Wanneer zij de omgeving als onveilig ervaren, zullen zij ook niet optimaal functioneren. Zij hebben het moeilijk om prikkels te verwerken (Fleming & Purandare, 2010). Sommigen verblijven graag in een omgeving waar er van alles gebeurt, anderen verkiezen rust en kalmte. Vaak zijn hulpverleners geneigd om probleemgedrag toe te schrijven aan de persoon met dementie zelf, zonder dat er verder wordt gezocht naar onderliggende problemen (Verbraeck & van der Plaats, 2012).

Angst en onrust kunnen ontstaan door te veel prikkels. Voor de meeste personen met dementie is het onmogelijk om meerdere prikkels tezelfdertijd te verwerken. Hun hersenen werken daarvoor te langzaam. Anderzijds kunnen er ook te weinig prikkels zijn. Bijvoorbeeld, wanneer er niemand in de buurt is of wanneer het stil is in huis. Wanneer deze situatie zich voordoet, kunnen cliënten zelf op zoek gaan naar prikkels. Ze zullen bijvoorbeeld over de tafel wrijven, aan kasten voelen, personen zoeken in huis et cetera (Verbraeck & van der Plaats, 2012). De behoefte aan prikkels verschilt van de ene persoon tot de andere. Er zijn drie verschillende groepen: de zen-dementerenden, de dolers en de evenwichtzoekers (Verbraeck & van de Plaats, 2012).

### Zen-dementerenden

Zen-dementerenden zijn degene waarover zorgverleners zich het meeste zorgen maken. Zij willen personen met dementie stimuleren om meer te bewegen, terwijl de zen-dementerenden dat absoluut niet willen. Het zijn degenen die genoeg hebben aan de dagelijkse activiteiten zoals wassen, koffie drinken en eten. Wanneer er te veel prikkels op deze patiënten afkomen, sluiten ze vaak hun ogen. Zelf voelen deze mensen zich goed wanneer alles rustig is en wanneer ze niets of niet veel moeten doen. Het is dus beter om, als thuisverpleegkundige of andere hulpverlener, deze personen niet te veel te belasten met prikkels. Het zou hen onrustig maken. Belangrijk is om hen een rustige omgeving te bieden waar eventueel kan geluisterd worden naar zachte achtergrondmuziek.

### Dolers

Voor dolers is het dan weer rampzalig om te weinig prikkels te hebben. Zij gaan op zoek naar geluid en beweging. Het zijn patiënten die de hele dag door het huis dolen. Vaak hebben zij problemen met slapen. Er zijn dan te weinig prikkels waardoor ze uit bed komen en opnieuw beginnen dolen. Voor verpleegkundigen is het moeilijk om de gewenste hoeveelheid prikkels in te schatten want ook dolers kunnen problemen hebben met een te veel aan prikkels. Er moet dus gezocht worden naar het gepaste niveau. In een thuisomgeving gebeurt het wel eens dat dolers weg lopen. Het is belangrijk om als professional aandacht te hebben voor een veilige omgeving. Ook dolers kunnen eventueel wat achtergrondmuziek aangeboden krijgen. Het beste is dat ze één prikkel per keer ontvangen.

### Evenwichtzoekers

Evenwichtzoekers zijn mensen met dementie die, om een af andere reden, niet meer kunnen stappen. Zij hebben wel nood aan prikkels. Hierdoor gaan ze zelf prikkels maken door ergens op te kloppen, door te roepen, door te klappen... Waarschijnlijk willen zij hun bestaan nagaan door deze prikkels op te wekken. Net zoals de dolers krijgen zij liefst prikkels binnen van één soort. Als hulpverlener kan je die patiënten materiaal aanbieden waarmee ze bezig kunnen zijn, bijvoorbeeld knuffels of een pop (Verbraeck & van de Plaats, 2012).

Het komt er dus op neer dat zorgverstrekkers moeten leren kijken naar de behoefte aan prikkels voor de patiënt. Wanneer hulpverleners bijvoorbeeld zien dat patiënten op zoek gaan naar prikkels, kunnen ze ervoor zorgen dat er één soort prikkel aanwezig is in de omgeving. Zien de hulpverleners dat een persoon met dementie houdt van de rust en de stilte, dan laten ze die hiervan genieten. Zorgverstrekkers zorgen er in die situatie voor dat ze zelf niet te veel gaan bewegen, dat er voldoende afstand wordt gehouden van de patiënt en dat we niet te veel praten (Verbraeck & van der Plaats, 2012).

## De zintuiglijke omgeving

De zintuigen spelen een belangrijke rol. Door de zintuigen voelen, horen, zien, ruiken en smaken we alles van wat er rond ons gebeurt. De leeftijd speelt hier een belangrijke rol. Zo nemen oudere mensen geluiden anders waar dan jongere mensen. Ook het zien van kleuren kan veranderen op hogere leeftijd. Door de veroudering van de lens kan blauw, bijvoorbeeld, anders waargenomen worden.

### Visuele waarneming

Mensen met dementie worden gevoelig voor illusies. Dat is een belangrijk aandachtspunt voor zorgverstrekkers. Bijvoorbeeld voor een verpleegkundige die 's avonds de patiënt klaarmaakt voor het slapen. Daarbij legt de verpleegkundige de kleren van de patiënt over de armleuning van de stoel. De patiënt, die dementie heeft, kan dat zien alsof er iemand op de stoel zit. Die heeft niet de mogelijkheid om te beseffen dat dat niet zo is. Ook spiegels kunnen illusies veroorzaken. Mensen met dementie herkennen zichzelf niet in de spiegel en denken dat er onbekenden in de omgeving aanwezig zijn. Zo gebeurt het wel eens dat mensen met dementie tegen te spiegel staan te praten, ze denken dat er iemand is. Verpleegkundigen kunnen er dus beter voor zorgen dat hun patiënt met dementie zichzelf niet ziet in de spiegel tijdens de verzorging. Het zou ongemak en onrust kunnen veroorzaken (Stroobants & Verhaest, 2012).

### Contrast

Door dementie komen er visuele problemen. De diepteperceptie, de gevoeligheid voor contrast en de kleurdifferentiatie worden aangetast. Met kleurdifferentiatie wordt bedoeld dat iemand met dementie andere gevoelens heeft bij het ene kleur dan bij het andere. Dit komt later aan bod. Vaak denkt een verpleegkundige niet aan de onderliggende oorzaak van probleemgedrag. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld problemen heeft met de ruimtelijke oriëntering, kan het zijn dat er een verminderde contrastgevoeligheid is waardoor de patiënt de omgeving onvoldoende herkent. Dat is dus niet louter toe te schrijven aan geheugenproblemen (Stroobants & Verhaest, 2012).

Een waarneming is het zien van een figuur tegenover een achtergrond. Om het voor personen met dementie gemakkelijker te maken is het een oplossing om met contrasten te werken. Contrasten kunnen veroorzaakt worden door gebruik te maken van kleuren. Daarbij moet een professional weten ‘koude’ kleuren moeilijker waar te nemen zijn voor oudere mensen dan ‘warme’ kleuren. ‘Koude kleuren zijn bijvoorbeeld blauw, violet en purper. ‘Warme’ kleuren zijn bijvoorbeeld geel, oranje en rood. Het moeilijk waarnemen van koude kleuren wordt nog versterkt bij dementie. Om iets extra zichtbaar te maken is het dus belangrijk om warme kleuren te gebruiken (Kerr, 2012).

Contrasten aan tafel zorgen voor betere vocht- en voedingsinname, dat blijkt uit verschillende onderzoeken. Witte borden, bestek en glazen kunnen vervangen worden door gekleurd servies. Ook kan het servies behouden blijven en kan men een gekleurd tafellaken of een gekleurde tafel gebruiken. Bij gebruik van contrasterende kleuren is er een toename van 84% van de vochtinname en 25% van de voedselinname (Marquardt et al., 2014; Stroobants & Verhaest, 2012).

Sterke contrasten op vloeren daarentegen, kunnen problemen veroorzaken bij personen met dementie. De patiënt of cliënt kan dat als diepte of als hoogte waarnemen. Bijvoorbeeld wanneer er een zwarte mat aan de deur ligt kan de persoon met dementie denken dat er een put is. Belangrijk is om de patiënt niet te verplichten over die mat te stappen. Mocht de mat problemen veroorzaken, kan deze weggenomen worden. Stel dat patronen op de vloer de problemen veroorzaken dan moet de cliënt op eigen tempo begeleid worden. Contrasten in de vloer zijn dus beter te vermijden (Marquardt et al., 2014).

### Licht

Over de impact van licht op de stemming van personen met dementie bestaan er verschillende visies. Toch zijn er meer onderzoeken die aantonen dat blootstelling aan veel licht overdag een positieve invloed heeft. De blootstelling aan veel licht overdag zou ervoor zorgen er een beter nacht- en dagritme is. Men is beter wakker overdag en er is een hogere kwaliteit van de nachtrust. De patiënten zouden zich, door de blootstelling aan het licht, beter kunnen oriënteren in tijd. Er blijken ook minder depressies, minder onrust en ze hebben een beter humeur. Gordijnen moeten overdag zeker geopend worden. Ergens waar er niet veel licht is, kan meer verlichting voorzien worden of de bestaande verlichting kan versterkt worden. Mantelzorgers moeten aangespoord worden om op zonnige dagen met de persoon met dementie naar buiten te gaan. Buiten is het licht zoveel keer sterker. De patiënt of zijn omgeving moet geïnformeerd worden dat blootstelling aan licht gestimuleerd moet worden. Daardoor zal de vermoeidheid sterker zijn (Marquardt et al., 2014; Garre-Olmo et al., 2012; Figueiro et al., 2014; Fleming & Purandare, 2010; Stroobants & Verhaest, 2012).

Er moet opgelet worden met te fel licht. Schitteringen kunnen onder andere emotionele uitbarstingen veroorzaken. Bijvoorbeeld de zon die op een glas schittert. Ook verblinding kan optreden wanneer er te fel licht is. Zo moet er aandacht zijn voor een persoon die halfliggend of liggend rust (Wong et al., 2013). Te donkere ruimtes daarentegen zorgen voor angst, onrust, onzekerheid, slecht humeur... (Garre-Olmo, 2012). Het is dus zoeken naar de perfecte hoeveelheid licht. Overdag mag er heel wat licht zijn, dit moet afgebouwd worden naar de avond toe en toch mag het de persoon met dementie niet angstig maken.

De kleur van het licht zouden ook een rol spelen bij personen met dementie. Blauwachtig of groenachtig licht zou geassocieerd worden met minder angst en minder onrust (Van Hoof et al., 2009). Die kunnen gebruikt worden in ruimtes zoals de slaapkamer. Warme kleuren, zoals geel en oranje, zouden eerder effect hebben op de activiteit van de patiënt. Zo zouden warme kleuren ervoor zorgen dat men beter eet. Die kleuren worden dus beter gebruikt in eetruimtes of ruimtes waar men activiteiten organiseert (Stroobants & Verhaest, 2012).

### Geluid

Zoals reeds werd verteld, hebben mensen met dementie vaak moeilijkheden met het selecteren van prikkels. Geluid is voor iemand met dementie een sterke prikkel. Er zal zeker aandacht voor zijn. Zelfs achtergrondgeluiden, bijvoorbeeld elektronische apparaten, zullen door personen met dementie opgemerkt worden. Daarom is het belangrijk om geluid zoveel mogelijk te reduceren (Wong et al., 2013; Garre-Olmp et al., 2012; Fleming & Purandare, 2010; Stroobants & Verhaest, 2012).

Geluiden van vaatwasmachines, koffiezetapparaten, haardrogers... kunnen voor irritatie of slapeloosheid zorgen. Een metalen beker waarin een tandenborstel wordt bewaard, kan bijvoorbeeld vervangen worden door een plastiek beker. Deze zal minder lawaai maken. Badkamers zijn kille ruimtes waar schelle geluiden kunnen zijn. Dat maakt iemand met dementie bang. Oplossingen kunnen zijn dat mantelzorgers planten voorzien in de badkamer. Achtergrondmuziek in de badkamer blijkt ook een positief effect te hebben (Stroobants & Verhaest, 2012).

Het is niet omdat geluiden storend zijn voor personen met dementie dat er geen specifieke achtergrondgeluiden mogen zijn. De aanwezigheid van muziek, bijvoorbeeld tijdens de maaltijd, kan een positieve invloed hebben (Marquardt et al., 2014). Bijkomstige of verwarrende omgevingsfactoren worden door de muziek afgeleid. Muziek wordt dus aanbevolen ter behandeling van onrust, angst en agitatie. Dat werkt zowel bij milde, matige als ernstige vormen van dementie. Klassieke muziek, kindermuziek of voorkeursmuziek worden aanbevolen. Zeer positief is dat de muziek een bepaalde betekenis heeft voor de persoon met dementie. Bijvoorbeeld wanneer een liedje doet denken aan een vroegere, aangename gebeurtenis, dan zal de stemming ook verbeteren (Deneire, 2014).

### Tast

Dementie gaat gepaard met het stapsgewijs verliezen van zelfstandigheid. Dat zorgt ervoor dat men op zoek gaat naar veiligheid. Snoezelen werkt in op het bieden van veiligheid en van welbevinden. Het activeert de zintuigen en laat de persoon met dementie het hier en het nu ervaren (Fleming & Purandare, 2010; Stoobants & Verhaest, 2012).

Het gebeurt dat personen met dementie de omgeving verkennen met hun handen en armen. Dat is positief en wordt aangemoedigd door voorwerpen, meubelen, muren et cetera te bekleden met zachte materialen zoals stof (Stroobants & Verhaest, 2012).

### Temperatuur

De temperatuur moet zo gelijk mogelijk gehouden worden. Een te hoge temperatuur, boven 24 graden, veroorzaakt slapeloosheid, verminderde levenskwaliteit, gedragsveranderingen... Een te koude temperatuur, onder 20 graden is ook niet goed. Dat veroorzaakt onder andere ook slapeloosheid (Wong et al., 2013; Marquardt et al., 2014; Garre-Olmo et al., 2012; Stroobants & Verhaest, 2012). Ouderen zijn gevoelig voor tocht, toch is het belangrijk om de binnenomgeving voldoende te verluchten. In een onderzoek reageerden personen met dementie in een beginstadium hetzelfde als personen zonder dementie. Wanneer hun kamer niet geventileerd wordt, benauwd en zwoel aanvoelt, krijgen ze een frustrerend gevoel. Patiënten die zich reeds in een verder stadium bevinden, reageren hier minder fel op. Hun olfactorische sensatie is reeds minder sterk. Hierdoor merken zij dat minder. Het blijft de beste oplossing om die mensen een verluchte kamer te bieden. Het is voor niemand gezond om in een zwoele en benauwde kamer te moeten verblijven (Wong et al., 2013).

### Geur en smaak

Eetstoornissen treden vaak op bij personen met dementie. Ze herkennen het hongergevoel niet meer, ze begrijpen niet dat er moet gegeten worden, ze weten niet dat ze in de keuken zijn... Hier kan bijvoorbeeld met geuren gewerkt worden. Het sterk laten ruiken van het eten kan personen met dementie helpen bij de herkenning van het maaltijdgebeuren. Het blijkt een positief effect te hebben op de calorie-inname. Daar waar de aanwezigheid van aangename geuren positief is, moeten onaangename geuren vermeden worden. Personen met dementie dragen wel eens incontinentiemateriaal, die wordt best regelmatig vervangen. Vandaar ook het belang van een verluchte omgeving te voorzien (Stroobants & Verhaest, 2012).

Niet alleen een sterkere geur van het eten maar ook het uitzicht van het eten is belangrijk. Sinds 2014 wordt er in het woonzorgcentrum Maria Rustoord in Ingelmunster gewerkt met fingerfood. In de keuken is men dagelijks bezig met het maken van eten die personen met dementie in de hand kunnen nemen en kunnen opeten. Het eten ziet er kleurrijk uit en wordt geserveerd in ronde diepe borden. Het personeel is zeer lovend over dit concept. Zij merken een duidelijk verschil in vergelijking met voordien. De zelfredzaamheid van de bewoners stijgt. Onlangs bracht het woonzorgcentrum hier een boekje over uit (Maria Rustoord vzw, 2015). Dat positieve effect is ook wetenschappelijk bewezen (Wirth & Sieber, 2011; Pouyet, Giboreau, Benattar & Cuvelier, 2014).

De aanwezigheid van een schaal met fruit of andere versnaperingen in de omgeving van iemand met dementie is aantrekkelijk. Blijkt dat personen met dementie daar graag naar grijpen en op deze manier waardevolle voeding binnenkrijgen (Stroobants & Verhaest, 2012). Bovendien is er een significant verband tussen het psychisch welzijn en de voedingstoestand van iemand met dementie. Hoe beter de voedingstoestand, hoe beter het psychisch welzijn. Tijdens het eten in gezelschap wordt er beter gegeten dan wanneer men alleen moet eten. Wanneer iemand met dementie niet goed eet, kan er geprobeerd worden om kleine porties voeding aan te reiken, op regelmatigere tijdstippen (Muurinen, 2015).

## Reminiscentie

### Begrip

Reminiscentie gaat over ophalen van herinneringen uit het verleden. De term is afgeleid uit het Latijnse 'reminiscere', wat terugdenken of zich herinneren betekent. Bij reminiscentie laat men de persoon met dementie herinneringen herbeleven. De Amerikaanse gerontoloog en psychiater, R. Butler is de grondlegger van de reminiscentie. Hij geeft aan, in de jaren '60, dat het praten over vroeger geen teken van achteruitgang is. Het zou net een noodzakelijke ontwikkelingsfase moeten zijn waarbij de ouderen een balans opmaken van hun leven (Vos, 2010; Buijssen & Poppelaars, 1997).

### Waarom reminiscentie?

Het doel van de reminiscentie is dat het welbevinden verhoogd wordt. Het lange termijn geheugen van deze patiënten is vaak niet aangetast, daardoor praten ze gemakkelijk over vroeger. Ze zullen vertellen wie ze waren en wat ze deden. Op die manier ervaren ze een behoud van eigenwaarde en van een eigen identiteit. Wanneer herinneringen opgehaald worden moet dat voorzichtig gebeuren. Iemand met traumatische herinneringen zal dat niet positief ervaren (Vos, 2010).

Het biedt hulpverleners, zoals verpleegkundigen, de mogelijkheid om hun patiënt beter te leren kennen. Geïrriteerd gedrag, agressie of angsten bij patiënten kan verklaard worden door het verleden. Daarom is het belangrijk voor verpleegkundigen om een zicht te hebben op wie hun persoon met dementie is geweest en wat die heeft gedaan. Het zal de kloof tussen hulpverleners en hun patiënten verkleinen (Vos, 2010).

De oudere krijgt de functie van verteller. Voor ouderen die afhankelijk zijn van de zorg van anderen is reminiscentie een manier om iets terug te doen. Ze hoeven op die manier niet alleen passief zorg te ontvangen. Wanneer dementerenden merken dat ze hulpverleners iets kunnen bijleren, geeft hen dat een goed gevoel (Vos, 2010).

## Triggers

Herinneringen kunnen spontaan opgehaald worden door stimuli in de omgeving. Een bepaald liedje bijvoorbeeld kan bij iemand een gebeurtenis uit het verleden oproepen. Het ruiken van een bepaalde geur kan ook aan vroeger doen denken. Dergelijke prikkels uit de omgeving worden ook wel triggers genoemd. Deze worden bij reminiscentie bewust gebruikt om herinneringen op te halen (Buijssen & Poppelaars, 1997).

### Visuele triggers

Tekeningen, schilderijen, foto's of andersoortige afbeeldingen kunnen gebruikt worden. Politici, filmsterren, sporthelden, plaatselijke beroemdheden... zijn vaak krachtige triggers. Foto's of afbeeldingen van de eigen woning of regio zullen het geheugen ook aanspreken. Ook oude almanakken, catalogi, encyclopedieën, tijdschriften... bevatten heel wat visuele triggers die uitnodigen tot verhalen over vroeger (Buijssen & Poppelaars, 1997). Het interieur van personen met dementie is ook belangrijk. Spullen hoeven niet altijd oud te zijn maar het traditionele design moet wel herkenbaarder zijn. Een Druivelaarkalender bijvoorbeeld, al dan niet vergroot, hoort zeker thuis in het interieur van personen met dementie (Stroobants & Verhaest, 2012).

### Auditieve triggers (horen)

Volgens diezelfde auteurs worden geluiden doorgaans geassocieerd met beelden. Geluiden uit de oorlog bijvoorbeeld zullen spontaan herinneringen oproepen van toen. Het is natuurlijk beter aangename geluiden te laten horen. Bijvoorbeeld het liedje 'Daar bij die molen'. Dat doet denken aan vrolijke momenten zoals verliefd zijn.

### Geur en smaak als trigger

Geuren zoals een kachel, koffie, lavendel... activeren het geheugen. Drank en voedsel kunnen ook erg geschikt zijn als trigger. Het doet dementerenden wel eens terugdenken aan vroegere feestdagen, vakanties, uitstapjes en andere heuglijke gebeurtenissen (Buijssen & Poppelaars, 1997).

# Discussie

In tegenstelling tot wat mensen vaak verwachten, toont de literatuur aan dat er steeds meer mensen met dementie thuis blijven wonen (Vandeurzen, z.j.; NIZW, 2005). Dat zorgt ervoor dat steeds meer mantelzorgers verantwoordelijk worden voor hun zorgvrager. In de literatuur werd teruggevonden dat 85 tot 90% van de mantelzorg wordt uitgevoerd door de partner (NIZW, 2005). Daar die partners vaak ook al van leeftijd zijn, kan dat wel eens voor problemen zorgen zoals depressie of overbelasting.

Dat professionals onvoldoende waardering hebben voor mantelzorgers (Wilson et al., 2015). Terwijl drie vierde van de mantelzorgers aangeeft dat ze nood hebben aan een degelijke ondersteuning. Dat kan een interessant onderwerp zijn voor volgende bachelorproeven. Dit werk toont wel aan hoe hulpverleners moeten communiceren met mantelzorgers. Omdat dit niet tot de onderzoeksvraag behoorde is dit niet verder uitgewerkt.

In de literatuur zijn ze het erover eens dat mantelzorgers die voldoende opgeleid worden om voor iemand met dementie te zorgen, beter in staat blijven om voor hun zorgvrager te zorgen (Huis in het Veld, 2015; Vandeurzen, 2014; Wilson et al., 2015). Minister Vandeurzen schenkt in het 'Transitieplan' dan ook aandacht aan psycho-educatie voor mantelzorgers (Vandeurzen, 2014). Ondanks dat mantelzorgers zo belangrijk zijn, is daar in deze bachelorproef niet verder op ingegaan. Dat zou ook een interessant onderwerp zijn voor toekomstig onderzoek. Men kent het belang van mantelzorgers en van psycho-educatie voor mantelzorgers. Nu is het gewoon een uitdaging om aandacht te blijven hebben voor die mensen.

Het wordt ook belangrijker dat professionals gaan samenwerken. Thuisverpleegkundigen worden ondersteund door allerlei andere disciplines. De uitdaging naar de toekomst is dan ook om onderling te communiceren. Zonder communicatie heeft de samenwerking geen zin, toch gebeurt dit momenteel te weinig (Dumoulin & Heylen, 2015). Ook dat kan een onderwerp zijn voor toekomstige onderzoeken. Deze bachelorproef is slechts op beperkte literatuur, over interdisciplinaire samenwerking, gebaseerd. Om te weten wat verschillende mutualiteiten bieden voor personen met dementie, werd enkel hun site geraadpleegd.

Een ander stuk van deze bachelorproef is gebaseerd op heel wat wetenschappelijke literatuur met betrekking tot de invloed van de omgeving op iemand met dementie. Dit kan als sterk punt van het werk beschouwd worden. De gevonden literatuur werd bevestigd door het boek 'Architectonica'. De omgeving is van invloed op de levenskwaliteit van iemand met dementie, is een feit (Wong et al., 2013; Garre-Olma et al., 2012).

Zo hebben personen met dementie meer moeite om prikkels, zoals geluid, te verwerken. Wanneer prikkels gereduceerd worden, zijn personen met dementie minder angstig en/of onrustig (Fleming & Purandare, 2010). Door gebruik te maken van contrasten, gaat iemand met dementie iets beter zien (Kerr, 2012). Toch moet er opgelet worden met het gebruik van contrasten op vloeren. De cliënt met dementie kan dit als diepte of hoogte waarnemen (Marquardt et al., 2014). Veel licht overdag, zorgt voor een beter dag- en nachtritme, minder depressies, minder onrust en een beter humeur bij iemand met dementie (Stroobants & Verhaest, 2012). Geluid is een prikkel en kan beter vermeden worden. Achtergrondmuziek daarentegen wordt aanbevolen ter behandeling van onrust, angst en agitatie. Er wordt best klassieke muziek, kindermuziek of voorkeursmuziek gebruikt (Deneire, 2014). Wat de temperatuur betreft, deze wordt best zo constant mogelijk gehouden. Een te koude of te warme omgeving zorgt onder andere voor slapeloosheid bij personen met dementie (Wong et al., 2013). Niet alleen een sterkere geur van het eten maar ook het uitzicht van eten speelt een rol bij de voedselinname van cliënten met dementie (Wirth & Sieber, 2011; Pouyet, Giboreau, Benattar & Cuvelier, 2014). Een goede voedingstoestand van iemand met dementie zorgt ook voor een beter psychisch welzijn (Muurinen, 2015).

Het enige wat voor moeilijkheden kan zorgen is dat de huizen van personen met dementie niet altijd aan te passen zijn zoals het zou moeten volgens literatuur.

Tenslotte werd ook het thema reminiscentie aangehaald. De gebruikte bron was duidelijk, vertrouwelijk en interessant en werd daarom toch betrokken in dit werk. Reminiscentie is het ophalen van herinneringen uit het verleden en is belangrijk bij dementerenden.

# Conclusie

Om iemand met dementie thuis te kunnen houden is het belangrijk dat er voldoende mantelzorgers zijn. 85 tot 90% van de mantelzorg wordt verleend door de partner (NIZW,2005). Dit wil zeggen dat dit ook al iemand is die 65 jaar of ouder zal zijn. Daarom gaat er steeds meer aandacht naar ondersteuning voor mantelzorgers. Onder andere mutualiteiten zorgen voor vrijwilligers die de mantelzorgers even aflossen. Ook bieden ze mogelijkheden tot kortverblijf. Nachtopvang of dagopvang is ook mogelijk via de mutualiteiten. Er zijn mogelijkheden tot uitlenen van medisch materiaal. Maatschappelijk werkers en sociaal verpleegkundigen die alles regelen van de administratie en de organisatie van situatie waar iemand met dementie deel van uitmaakt.

Verschillende bronnen zijn het erover eens dat opleidingen een meerwaarde betekenen voor mantelzorgers. Daarom wordt hier steeds meer aandacht aan geschonken (Vandeurzen, 2014). De praatcafés dementie zijn bijvoorbeeld momenten waarop mantelzorgers informatie krijgen. Sommige mutualiteiten organiseren ook info- en doesessies, specifiek voor mantelzorgers.

Omdat onder andere mutualiteiten een ondersteuning vormen voor thuisverpleegkundigen wordt een goede interdisciplinaire samenwerking belangrijk. Onderzoek toont aan dat er nu nog te weinig wordt samengewerkt (Dumoulin & Heylen, 2015). Onder andere met het contactpunt dementie wil minister Vandeurzen de samenwerking bevorderen.

Literatuur maakt duidelijk dat niet enkel de sociale maar zeker ook de materiële omgeving een invloed heeft op de levenskwaliteit van iemand met dementie. Bijvoorbeeld prikkels zijn voor mensen met dementie moeilijk te verwerken (Fleming & Purandre, 2010). Zorgverleners vergeten vaak dat de omgeving een oorzaak kan zijn van iemands storend gedrag (Verbraeck & van der Plaets, 2012). Andere omgevingsfactoren waarmee zorgverleners rekening moeten houden zijn illusies, contrasten, licht, geluid, tast, temperatuur, geur en smaak.

Referentielijst

Baele, C., Dely, H., Janssens, S. & Lecoutere, K. (2014). Geraadpleegd op 1 februari 2016 via http://www.mantelluisteren.be/index.php/zorgverleners/wat-is-mantelzorg.

Baeyens, A., Vlaeminck, H., De Waele, N., Van Eynde, D., Sleurs, G., Janssens, A., Michiels, R., Meganck, W., Goossens, L., Vanden Borre, K. & Desmet, K. (2010). Grenzen in de thuiszorg. Leuven: Acco.

Bardelmeijer, E. & Schols, J. (2008). Ouderenmishandeling. *Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde, 33 (3),* 68-71.

Bond Moyson. (z.j.) Dementie: onze diensten en advies voor jou. Geraadpleegd op 4 april 2016 via http://www.bondmoyson.be/ovl/gezond‑actief/ZiektesBehandelingen/Dementie/Pages/Dementie---diensten-en-advies.aspx.

Constant, O. (2014). Dementie ook in België belangrijkste doodsoorzaak in de toekomst? Geraadpleegd op 17 februari 2016 via http://www.standaard.be/cnt/dmf20140624\_01153362.

Christelijke Mutualiteit. (2013). Omgaan met dementie. Geraadpleegd op 25 januari 2016 via http://www.cm.be/over‑cm/cm‑steunt/music‑for‑life/cm‑vergeet‑dementie‑niet.jsp.

Christelijke Mutualiteit. (2014). Vergrijzing en ouderenzorg. Geraadpleegd op 29 februari 2016 via https://www.cm.be/binaries/CM‑Informatie‑258‑ouderenzorg\_tcm375‑148817.pdf.

Deltour, B. (2011). *Dementiewijzer.* Brugge: Vandamme.

Dementie. (2014). Dementie ook in België belangrijkste doodsoorzaak in de toekomst? Geraadpleegd op 2 december 2015 via http://www.standaard.be/cnt/dmf20140624\_01153362.

de Schepper, E. (2012). Els de Schepper. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via http://www.onthoumens.be/ambassadeurs/els-de-schepper.

Dienst Psychosociale Gezondheidszorg. (2008). Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 5 maart 2016 via http://www.psy107.be/index.php/nl/.

Dumoulin, R. & Heylen, L. (2015). Een gedroomde samenwerking. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 46 (3),* 160-167.

Eggenberger, E., Heimer, K & Bennett, M.I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Intenational Psychogeriatrics, 25 (3),* 345-358.

Expertisecentrum dementie Vlaanderen. (2012). Campagnetraject Geraadpleegd op 12 februari 2016 via http://www.onthoumens.be/help‑mee/gerealiseerde‑initiatieven.

Figueiro, M.G., Plitnick, B.A., Lok, A., Jones, G.E., Higgins, P., Hornick, T.R., Rea, M.S. (2014). Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer’s disease and related dementia living in longterm care facilities. *Clinical Interventions in Aging, 9,*  *1527-1537*.

Fleming, R. & Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics, 2 (7), 1084-1096.* doi: 10.1017/S1041610210000438.

Fonds Psychische Gezondheid. (2015). Draaglast en draagkracht. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via http://www.psychischegezondheid.nl/draaglast-draagkracht.

Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D., Vilalta-Franch, J., (2012). Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Severe Dementia. *The American Geriatrics Society,* nr. 60, pp. 1230-1236.

Geelen, R. (2010). *Praktijkboek dementiezorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.

Health at a Glance: Europe. (2012). Geraadpleegd op 5 februari 2016 via http://dx.doi.org/10.1787/888932703677.

Hoogeveen, F. (2013). ‘Ik was als mantelzorger heel eenzaam’. De missie van Joke van Driel. *Denkbeeld, 2 (3),* 18-21.

Huis in het Veld, J.G., Verkaik, R., Mistiaen, P., van Meijel, B. en Francke, A.L. (2015). The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta review. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0145‑6.

Innes, A., Kelly, F., Dincarslan, O., (2011). Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value. *Ageing and Mental Health, 15*, nr. 5, pp. 548-556.

Jansen, A.P.D., van Hout, H.P.J., Nijpels, G., Rijmen, F., Dröes, R.M., Pot, A.M., Schellevis, F.G., Stalman, W.A.B., van Marwijk, H.W.J. (2011). Effectiveness of case management omong older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Studies, 48,* 933-943.

Kennispunt mantelzorg Howest. (z.j.) Overbelasting bij mantelzorgers. Geraadpleegd op 4 april 2016 via http://www.mantelluisteren.be/attachments/article/77/Addendum%20onderwijs%20-%20overbelasting.pdf.

Kerr, D. (2012). Zelfstandiger door kleuren en contrasten. Geraadpleegd op 5 februari 2016 via http://www.innovatiekringdementie.nl/a‑504/zelfstandiger‑door‑kleuren‑en‑contrasten.

Kirkman, A. M. (2006). Dementia in the news: the media coverage of Alzheimer’s disease. Geraadpleegd op 27 januari 2016 via http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1741‑6612.2006.00153.x?r3\_referer=wol&tracking\_action=preview\_click&show\_checkout=1&purchase\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\_site\_license=LICENSE\_DENIED.

Koning Bouwdewijnstichting. (2011). Framing en reframing: anders communiceren over dementie. Geraadpleegd op 27 januari 2016 via http://www.onthoumens.be/sites/default/files/u16/studie\_van\_gorp.pdf.

Kronkels. (2014). De meerwaarde van ergotherapie aan huis bij mensen met dementie en hun mantelzorger? Geraadpleegd op 15 maart 2016 via https://www.arteveldehogeschool.be/elpa/ergotherapie/ondersteuningscentrum/wp-content/uploads/2013/02/presentatie.pdf.

Liberale Mutualiteit. (2012). Wie zijn wij. Geraadpleegd op 26 januari 2016 via http://www.lieverthuislm.be/wiezijnwij.htm.

Liberale Mutualiteit. (2015). Thuisoppas alzheimerpatiënten. Geraadpleegd op 26 januari 2016 via http://www.lm.be/Oost‑Vlaanderen/Rubrieken/Voordelen‑en‑diensten/Thuiszorg/Thuisoppas‑alzheimerpati%C3%ABnten/Pages/thuisoppas‑voor‑alzheimerpatienten.aspx.

Maria Rustoord vzw. (2015). Boekje fingerfood. Geraadpleegd op 15 maart 2016 via http://www.wzcingelmunster.be/boekje-fingerfood/.

Marquardt, G., Bueter, K, Motzek, T. (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Revieuw. *Health environments research & design journal, 8 (1)*, 127-157.

Muijen, M. (2012). The state of psychiatry in Europe: facing the challenges, developing consensus. *International review of psychiatry, 24 (4),* 274-277.

Muurinen, S., Savikko, N., Soini, H, Suominen, M, Pitkälä, K. (2015). Nutrition and psychological well-being among long-term care residents with dementia. *J Nutr Health Aging, 19 (2),* 178-182.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. (2005). Mantelzorgers en dementie. Geraadpleegd op 5 maart 2016 via http://www.nationaalkompas.nl/object\_binary/o3057\_Factsheet%20Mantelzorg%20en%20dementie%20NIZW%202005.pdf.

OCMW Gent. (2015). Ouderenbeleidsplan 2014-2019. Geraadpleegd op 13 maart 2016 via http://www.ocmwgent.be/OCMW/Wat‑doen‑we/Ouderenbeleidsplan‑2014‑‑‑2019.html.

OECD. (2012) Health at a Glance: Europe 2012. Geraadpleegd op 2 december 2015 via http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\_glance\_2012\_en.pdf.

Onafhankelijk Ziekenfonds. (2016). Dementie. Geraadpleegd op 26 januari 2016 via https://www.oz.be/gezondheid/dossiers/dementie.

Oost-Vlaams Netwerk Ambulante Ergotherapie. 2015. Geraadpleegd op 15 maart 2016 via http://www.ergothuis.be/.

Opbouw aanvullend pensioen. (2014). Geraadpleegd op 13 februari 2016 via http://ethischbeleggen.com/opbouwaanvullendpensioen/.

Partena. (z.j.) Langer thuis. Geraadpleegd op 4 april 2016 via http://www.partena‑ziekenfonds.be/nl/advies‑op‑maat/ziekte‑en‑verzorging/langer‑thuis.

Pelfrene, E. (2005). Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990-2050. Geraadpleegd op 29 februari 2016 via https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/ontgroening‑en‑vergrijzing‑in‑vlaanderen-1990-2050.

Pouyet, V., Giboreau, A., Benattar, L. & Cuvelier, G. (2014). Attractiveness and consumption of finger foods in elderly Alzheimer’s disease patients. *Food Quality and Preference, 34,* 62-69.

Roelofs, E. & Verhoeven, M. (2010). Gemengde gevoelens: ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking en psychische beperking met professionele zorg- en dienstverstrekking. *Tsg, 88 (6),* 300-303.

Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg & Gezondheidsoverlegarrondissement Leuven. (2014). Geraadpleegd op 15 maart 2016 via http://www.selgoal.be/samenwerking/transitieplan\_dementie/overlegplatform‑dementie/.

Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg. (2016). Praatcafé dementie. Geraadpleegd op 28 maart 2016 via http://www.selamberes.be/praatcafa‑dementie/.

Scheres, W. & De Rijdt, C. (2011). Ondersteunend communiceren bij dementie. Amsterdam: Reed Business.

Securex. (2014). Dementie: het ziekenfonds Securex staat klaar voor patiënten én mantelzorgers. Geraadpleegd op 4 april 2016 via http://www.securex‑mut.be/nl/nieuws/news‑20150922‑Dementie‑Securex‑staat‑klaar-voor-patienten-en-mantelzorgers/.

Steels, K. (2012). Kristien Steels. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via http://www.onthoumens.be/ambassadeurs/kristien-steels.

Stroobants, E. & Verhaest, P. (2012). Architectonica. Eent thuis voor mensen met dementie. Nederland: Epo.

Vandenbulcke, M. & Vandenberghe, R. (2011). Beeldvorming van taal en communicatie bij dementie. *Tijdschrift voor psychiatrie, 53 (9),* 625-631.

Vanderleyden, L. & Moons, D. (2010). Informele zorg in Vlaanderen. Geraadpleegd op 5 maart 2016 via http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/afbeeldingennieuwtjes/welzijn/bijlagen/2010‑06-23-svrrapport2010-3-informele-zorg.pdf.

Vandeurzen, J. (z.j.) Geraadpleegd op 12 februari 2016 via http://jo.vandeurzen.cdenv.be/sites/jvandeurzen/files/Cijfers%20en%20feiten%20over%20dementie\_0.pdf.

Vandeurzen, J. (2009). Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014. Geraadpleegd op 26 januari 2016 via https://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2009-2010/g191-1.pdf.

Vandeurzen, J. (2011). Naar een dementievriendelijk Vlaanderen. Geraadpleegd op 26 januari 2016 via http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/dementieplan2010-2014.pdf.

Vandeurzen, J. (2014). Transitieplan ‘Dementiekundige basiszorg in het natuurlijk thuismilieu’. Geraadpleegd op 3 februari 2016 via http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/TransitieplanDementie\_1.pdf.

Vandeurzen, J. (2015). Aantal personen met dementie zal tegen 2020 toenemen met 30 procent. Geraadpleegd op 30 november 2015 via http://www.hln.be/hln/nl/922/Nieuws/article/detail/2523128/2015/11/13/Aantal‑personen-met-dementie-zal-tegen-2020-toenemen-met-30-procent.dhtml.

Vandeurzen. (2015). Contactpunt dementie opgestart. Geraadpleegd op 13 februari 2016 via http://www.jovandeurzen.be/nl/contactpunt-dementie-opgestart.

Van Gorp, B., Vercruysse, T. (2011). Frames and counter-frames giving meaning to dementia: a framing analysis of media content. Geraadpleegd op 27 januari 2016 via http://www.onthoumens.be/sites/default/files/u16/frames\_and\_counter‑frames\_giving\_meaning\_to\_dementia\_ssm.pdf.

Van Hoof, J., Aarts, M.P.J., Rense, C.G., Schoutens, A.M.C. (2009). Ambient bright light in dementia: Effects on behaviour and circadian rhythmicity. *Building and Envrionment, 44,* 146-155.

Van Hoof, J., Janssen, B. & Sprong, M. (2015). Wanneer voel je je thuis? Op zoek naar het thuisgevoel van mensen met dementie. *Denkbeeld, 27 (5) ,* 22-24.

Van Liempd, H.M.J.A., Hoekstra, E.K., Jans, J.M., Huibers, L.S. en van Oel, C.J. (2009). Evaluatieonderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via http://www.vilans.nl/docs/pdf/Evaluatieonderzoek%20kwaliteit%20kleinschalige%20woonvormen%20-%20eindrapportage.pdf.

Verbraeck, B. & van der Plaats A. (2012). *De wondere wereld van dementie.* Amsterdam: Reed Business.

Vlaams en Neutraal Ziekenfonds. (z.j.) Voordelen en terugbetalingen. Geraadpleegd op 4 april 2016 via https://www.vnz.be/voordelen-terugbetalingen/.

Voelschorten, (z.j.) Geraadpleegd op 10 februari 2016 via http://www.s‑plusvzw.be/rusthuizen/voelschorten/pages/default.aspx.

Vos, R. (2010). *Integratieve reminiscentie: een verhaal op zich* [masterproef]. Universiteit Twente, Veiligheid en Gezondheid.

WeDo. (2012). *Zorg voor kwaliteit van leven van ouderen*. Woerden: ANBO.

Wiley, J. & Sons Ltd. (2015). The assessment of dementia in primary care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22,* 731-737.

Wilson, L. C., Pillay, D., Kelly, B. D. & Casey, P. (2015). Mental health professionals and information sharing: carer perspectives.  *Irish Journal of Medicine Science, 184,* 781-790.doi: 10.1007/s11845-014-1172-6.

Wirth, R. & Sieber, C.C. (2011). Dementia and Malnutrition - from an Early Symptom to a Therapeutic Challenge. *Aktuelle Ernährungsmedizin, 36 (2),* 90-93.

Wit-Gele Kruis. (2015). Verzorging. Geraadpleegd op 28 maart 2016 via https://www.witgelekruis.be/praktische-informatie/verzorging.

Wong, J., Skitmore, M., Buys, L. & Wang, K. (2013). The effect of the indoor evironment of residential care homes on dementia suffers in Hong Kong: A critical incident technique approach. *Building and Environment, 73*, 32-39.