

2. Psycho-educatie als onderdeel van moderne dementiezorg

Inleiding: nieuwe uitdagingen door vergrijzing en vermaatschappelijking

We leven met zijn allen steeds langer, de levensverwachting is enorm gestegen. Terwijl een burger in de Westerse wereld een eeuw geleden gemiddeld 50 jaar oud werd, ligt dat nu eerder bij 80 jaar. Dat is 30 jaar levenswinst op een eeuw tijd!

Bovendien stijgt die levensverwachting nog elk jaar met ongeveer drie maanden. Dat leidt tot spraakmakende uitspraken als “elke week een weekend erbij”¹ of “De eerste vrouw die 150 wordt, is nu al geboren”² of “Honderdjarigen zullen geen uitzondering meer vormen. De honderdste verjaardag zal waarschijnlijk geen reden meer zijn voor een bezoekje van de burgemeester.”³

En om het helemaal goed nieuws te maken: we leven ook langer in gezonde omstandigheden. Een gezondere levensstijl leidt tot minder ziekten en die kunnen dan nog eens medisch beter behandeld worden. Er is sprake van zogenaamde compressie van morbiditeit dankzij ‘healthy ageing’.

Maar het is niet al rozengeur en maneschijn! Een hogere levensverwachting betekent dat een aantal nog niet medisch te behandelen leeftijdsafhankelijke ziekten zoals dementie steeds meer voorkomen. De geneeskunde staat voor de uitdaging daar ook preventieve of curatieve medicijnen voor te ontwikkelen. Zolang die medicijnen er echter niet zijn, staat de maatschappij voor de uitdaging om voor personen met dementie (en hun naasten) goede dementiezorg uit te bouwen.

Wat goede dementiezorg is, zit ingebed in het maatschappelijke denken over wat goede zorg is. En waar dat vroeger al snel residentiële opvang betekende in wat toen nog een bejaardenhuis heette, zien we steeds

¹ Westendorp, 2014, p. 121.

² Grobbsen & Vandormael, 2003.

³ de Beer, 2013.

meer de voorkeur ontstaan voor zo lang mogelijk 'zelfstandig' thuis¹, eerder dan lang in het ziekenhuis of snel naar het woonzorgcentrum. Vermaatschappelijking van de zorg is de huidige norm voor goede zorg, ook op het terrein van dementiezorg.² Deze ontwikkeling is nauw verwant aan 'ageing in place', de (Westerse) tendens om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

Die voorkeur voor langer thuis blijven leven ondanks toenemende zorgbehoefte is deels een keuze van individuele burgers. Verschillende onderzoeken bevestigen steeds dat ouderen liefst zo lang mogelijk in hun eigen woning blijven.³

Het langer thuis blijven leven is echter ook de keuze van de samenleving. Niet omdat de kwaliteit van residentiële zorg in woonzorgcentra slecht zou zijn, maar omdat het beter past bij maatschappelijke voorkeuren voor goede zorg en significante voordelen heeft voor zorgbudgetten. Voor elke oudere in residentiële zorg kunnen er drie thuiswonende ouderen ondersteund worden! Daarom dat toegang tot residentiële zorg selectiever wordt tot wie het echt nodig heeft.

Ten slotte is er nog een praktische overweging om langer thuis wonen te stimuleren: er is onvoldoende capaciteit in woonzorgcentra. Het beslissen over uitbreiding van de capaciteit van residentiële zorg en het feitelijk bouwen en starten van nieuwe capaciteit verloopt te traag. Ook voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel vinden is niet altijd eenvoudig en zal met de krimpende actieve beroepsbevolking alleen maar problematischer worden.

Veelgebruikte cijfers zijn dat er in Vlaanderen nu ongeveer 100.000 personen met dementie wonen en dat daarvan ongeveer 65% nog thuis woont. In de Verenigde Staten zou dat aantal tussen 70 en 81% liggen.⁴ Dit is echter geen eenvoudige inschatting omdat er veel onderdiagnose van dementie is, en dus met name het aantal thuiswonende mensen met dementie wel eens sterk onderschat zou kunnen zijn.

Voor Vlaanderen houdt 65% in dat er 35.000 personen met dementie in een van de Vlaamse woonzorgcentra verblijven en ongeveer 65.000 personen met dementie nog thuis wonen. Die laatste groep is voor goede dementiezorg afhankelijk van mantelzorg door partner, naasten en ambulante hulp van professionals, bv. gezinszorg of wijkverpleegkundige. Een belangrijke demografische ontwikkeling hierin is de verminderde aanwezigheid van partners en de veranderende balans tussen

¹ Het is gangbaar de termen *langer zelfstandig thuis* te hanteren, maar het woordje zelfstandig is natuurlijk niet helemaal correct gebruikt. Het gaat eigenlijk over *langer ondersteund thuis*: ondersteund door de mantelzorg van partner en naasten, ondersteund door gezinszorg, ondersteund door hulpmiddelen en woningaanpassingen.

² Steyaert, 2014 (in druk).

³ De Witte et al., 2013; Vanden Boer & Vanderleyden, 2004.

⁴ Brodaty, 2009; Schulz & Martire, 2004.

aantal oudere mensen en de jongere generatie. Britse onderzoekers waar- schuwden recent voor een ‘family care gap’.¹

De combinatie van meer mensen met dementie en een voorkeur voor langer zelfstandig thuis wonen maakt dat we de volgende decennia de verhouding van 65% thuis en 35% residentieel willen veranderen en het aandeel thuiswonende personen met dementie groter willen zien worden. Dat sluit aan bij de wensen van burgers en is goed voor de zorgbe- groting van de samenleving. Maar dan moet het thuis wonen wel samengaan met kwaliteit van leven, en geen verloederling achter de voor- deur betekenen. Inzetten op kwaliteitsvol langer thuis blijven vraagt gerichte investeringen en inzet van professionele zorg. Met het transitie- plan *Dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuismilieu* van minister Jo Vandeuren, april 2014, wordt daar alvast een stevige stimulans aan gegeven.

2.1 Diagnose van dementie: zelfstandig wonen of residentiële zorg?

Anders dan bijvoorbeeld een heupfractuur of een longontsteking is dementie een erg langzame en onomkeerbare ziekte waarbij de opeen- volgende stappen van probleemherkenning, diagnose, ambulante en residentiële zorg ver uit elkaar kunnen liggen. Tussen het eerste niet- pluisgevoel van de persoon of zijn sociale omgeving tot residentiële opvang of overlijden ligt een lang en onvoorspelbaar traject. Het verloop is erg grillig en afhankelijk van leeftijd, type dementie, geslacht en de ernst van de dementie bij eerste diagnose.

Vóór de persoon met dementie en zijn/haar partner naar de huisarts stap- pen, gaan er gemiddeld al zo’n twintig maanden overheen. Een formele diagnose van dementie kan nog langer duren: “In Europa is de gemid- delde tijd vanaf het moment waarop de mantelzorg de eerste signalen opvangt tot diagnose 20 maanden. Men wacht, gemiddeld, 47 weken vooraleer de getroffen persoon onder de aandacht van een arts komt. Bovendien zijn er vertragingen tot 4 jaar tussen de eerste notities in het medisch dossier en de diagnose. In Australië werden symptomen van dementie door familieleden opgemerkt zo’n 1.9 jaar voordat er een

¹ McNeil & Hunter, 2014.

medische raadpleging was en het was 3.1 jaar wachten op een formele diagnose. Dat is consistent met buitenlandse studies.”¹

Binnen het ziekteverloop van dementie is een eventuele opname in een woonzorgcentrum een belangrijk moment, zowel vanuit emotioneel als financieel oogpunt. Onderzoek heeft een aantal factoren benoemd die het risico op een transitie van ambulante naar residentiële zorg vergroten. Daartoe behoort vanzelfsprekend de ernst van de dementie: “In our study, the risk of nursing home placement increased by 8% with every point less on the MMSE score.”² Een tweede factor die opname in een woonzorgcentrum versnelt, is beperkte mobiliteit, veel meer dan visuele of auditieve beperkingen. Vreemd genoeg maakt onderzoek naar deze risicofactoren geen melding van de sociaal-economische situatie van de persoon met dementie en zijn huishouden. Dat is vreemd, want opname in een woonzorgcentrum heeft belangrijke financiële gevolgen, niet alleen voor de samenleving maar ook voor de betrokken personen. Wel veel aandacht is er in al het beschikbare onderzoek voor de aanwezigheid van een partner of, in iets mindere mate, andere mantelzorg.³ Naarmate er mantelzorg aanwezig is en de emotionele band tussen de persoon met dementie en de mantelzorger sterker is, komt opname in residentiële zorg pas later in beeld.

Rond 1970 was het liedje *He ain't heavy, he's my brother* erg populair, zowel in de uitvoering van The Hollies als die van Neil Diamond. Ongewijfeld gaat veel mantelzorg gepaard met verdieping in relaties en emotionele voldoening. Maar dat is slechts één deel van het verhaal. Was het maar waar dat de kracht van een familieband de lasten van zorgtaken licht maakt. Helaas is een hechte band hebben onvoldoende om zorglast 'ondragelijk licht' te maken. Mantelzorg kan leiden tot extra belasting op meerdere terreinen⁴: inzake taakbelasting (taken in het gezin moeten worden herverdeeld, er komen zorgtaken bij), financiële last (er komen extra onkosten, tijdsruimte voor betaald werk krimpt), emotionele belasting, druk op het sociale leven en spanning op interactie met naasten en zorgprofessionals. Bij situaties van dementie komt daar nog eens anticiperend rouwen bovenop. Niet verwonderlijk dus dat veel onderzoek wijst op de kwetsbaarheid van mantelzorg, de zogenaamde mantelval of 'caregiver stress'. Die kan ertoe leiden dat toch sneller overgegaan wordt tot opname in een woonzorgcentrum.

Aandacht voor de mantelzorger is dus belangrijk omdat die mee bepaalt hoe snel overgegaan wordt naar residentiële zorg: “Stressfactoren van de mantelzorgers voorspellen prima institutionalisering wanneer er sprake is

¹ Phillips et al., 2011, p. 12.

² Luppá et al., 2012, p. 286.

³ Luppá et al., 2008.

⁴ Van Audenhove & Declercq, 2007.

van dementie. In ongeveer 70% tot 100% van de onderzoeken zijn stress bij mantelzorgers, hun wensen inzake opname en de mate waarin de zorg hen opslokt gecorreleerd met institutionalisering. Deze resultaten lijken het belang te benadrukken van kenmerken van de mantelzorgers inzake het initiëren van opname in een woonzorgcentrum in het verloop van dementie. Strategieën voor dementiezorg lijken het meest succesvol als aandacht voor de behoeften en stress van de mantelzorgers erin geïntegreerd zijn.”¹

Er zijn verschillende manieren waarop een mantelzorgers ondersteund kan worden en de draagkracht vergroot kan worden. Vanzelfsprekend behoren daartoe de aanwezigheid van gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Dat kan betekenen dat er eens per week een poetshulp komt, dat er regelmatig iemand langskomt voor persoonsverzorging of dat er een verzorgende een paar dagdelen per week gewoon aanwezig is voor ondersteuning van het huishouden. Andere ondersteunende maatregelen voor mantelzorgers zijn zogenaamde respijtzorg, waarbij de zorgtaken even volledig overgenomen worden. De mantelzorgers krijgt als het ware enkele uren vakantie. Dat kan bijvoorbeeld via dagopvang of, in sommige regio's, via nachtzorg. Ook financiële ondersteuning kan helpen, bijvoorbeeld via een gemeentelijke mantelzorgpremie (gemiddeld € 30 beschikbaar in ongeveer vier op vijf Vlaamse gemeenten). Veel van deze maatregelen zijn generiek en niet specifiek voor mantelzorgers van personen met dementie. De familiegroepen van de Alzheimer Liga, de praatcafés dementie georganiseerd door de regionale expertisecentra dementie Vlaanderen, en de thuisbegeleidingsdienst van onder meer Foton (Brugge) zijn voorbeelden van een specifiek ondersteuningsinitiatief. In deze tekst willen we stilstaan bij een andere specifieke maatregel om mantelzorgers te ondersteunen, namelijk psycho-educatie.

2.2 Wat is psycho-educatie?

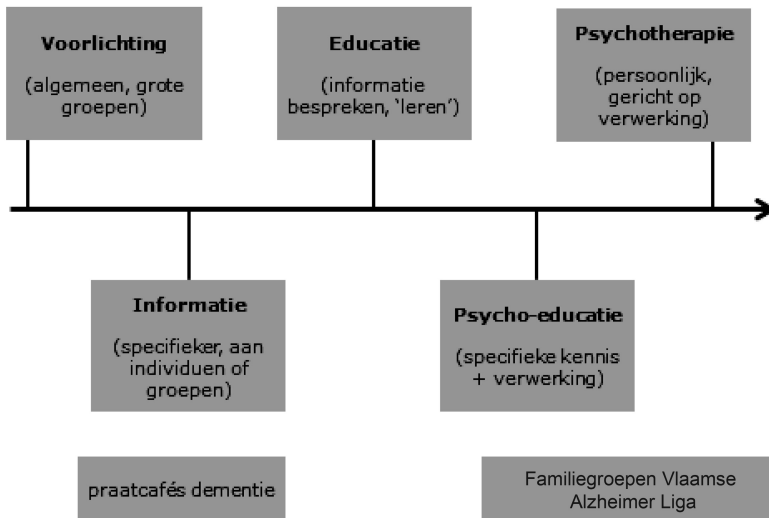
Sinds de jaren tachtig begint men in de geestelijke gezondheidszorg te werken met psycho-educatie, onder meer onder invloed van het werk van Carol Anderson en haar collega's bij patiënten met schizofrenie. Sindsdien is psycho-educatie een veelgehoorde term geworden, maar tegelijk heeft het nog iets schimmigs. Nogal wat van elkaar verschillende initiatieven benoemen zichzelf als psycho-educatie, waardoor het onduidelijk wordt wat het eigenlijk is, wat er wel en niet onder valt. Die verscheidenheid is niet alleen het gevolg van de vele situaties van langdurige ziekte waar psycho-educatie zich op richt, zoals depressie, verslaving, autisme, schizofrenie of kanker. Ook de diversiteit van activiteiten die

¹ Gaugler et al., 2009, p. 196.

onder psycho-educatie geplaatst worden, geeft aanleiding tot onduidelijkheid.

Een eenvoudig schema¹ kan hierin verhelderend werken. Het plaatst de verschillende soorten initiatieven op een tijdspad: van vroeg tot later in het ziekte/diagnoseproces, van weinig naar meer tijdsintensief. Meteen is er ook een verbijzondering: van algemene bevolking naar specifieke doelgroepen. Het specifieke aan psycho-educatie is dat het gericht is op burgers die zelf of als naaste gericht zijn op een bepaald ziektebeeld. Als zodanig onderscheidt het zich van gezondheidsvoorlichting (gehele bevolking) of informatie (bv. aan professionals). Psycho-educatie richt zich ook niet alleen op het geven van informatie over een bepaalde ziekte (oorzaken, ziekteverloop ...) maar ook expliciet op de psychosociale consequenties van de ziekte en hoe daarmee om te gaan. Psycho-educatie is voornamelijk preventief van aard en wordt meestal gestart vóór de ziekte aanleiding geeft tot klachten zoals depressie of zorggerelateerde stress. Daar ligt het onderscheid tussen psycho-educatie en psychotherapie die meestal pas ingezet wordt bij manifeste klachten. Verder heeft psycho-educatie een formeel karakter (vaste reeks bijeenkomsten, duidelijk onderscheid coach en deelnemers) wat het onderscheidend maakt ten opzichte van informelere activiteiten zoals zelfhulp, of de praatcafés dementie en de familiegroepen van de Vlaamse Alzheimer Liga.

In het schema met mooi afgelijnde kaders getekend, maar in realiteit lopen educatie, psycho-educatie en psychotherapie natuurlijk in elkaar over.



¹ Bewerking van Hoencamp & Haffmans, 2008.

2.3 Psycho-educatie en dementiezorg

In Vlaanderen wordt onder meer in UZ Gent (BOCS-programma) en in het Erasmusziekenhuis (ULB) in Brussel reeds een psycho-educatief programma aangeboden aan mantelzorgers. Men zorgt ervoor dat men dit vrij snel na de diagnosestelling kan aanbieden, vaak met succes.

Er zijn in de ons omringende landen een aantal voorbeelden van psycho-educatie specifiek gericht op personen met dementie of hun mantelzorgers. Het meest nabij zijn natuurlijk die in Nederland. Op landelijk niveau is daar in november 2008 *Dementie de baas* ontwikkeld en gelanceerd door Alzheimer Nederland, Geriant en Trimbos instituut.¹ Deze internet-cursus is bedoeld om psychische klachten van mantelzorgers te voorkomen, en dan met name depressie en angst. Het is een zelfstudie-pakket waarbij de deelnemer zelf zijn tempo bepaalt, al wordt verwacht dat het maximaal zes maanden in beslag neemt. Op de achtergrond is er hulp en coaching voorzien door een professionele hulpverlener. Het pakket werd oorspronkelijk aangeboden via www.dementiedebaas.nl en bestond uit acht sessies van ongeveer een halfuur en een herhalingsles een maand later. Deelname kostte ongeveer € 500, maar werd door de meeste Nederlandse zorgverzekeraars volledig terugbetaald. Recent 'verhuisde' de toepassing naar www.dementieonline.nl en werd het aantal sessies van acht naar vijf teruggebracht, de deelnamekost bleef ongewijzigd. De thema's omvatten omgaan met dementie en met probleemgedrag, twee sessies over onprettige gevoelens verminderen en één sessie over zorgen voor uzelf als mantelzorger.

Vanuit Nederland is recent samen met andere Europese landen ook gewerkt aan een internationaal initiatief rondom psycho-educatie voor mantelzorgers van personen met dementie. Het initiatief draagt de naam STAR, acroniem voor 'Skills Training And Re-skilling for carers of people with dementia'. Basis is een onlinecursus² bestaande uit acht modules. Deze zijn beschikbaar in het Nederlands, Engels, Italiaans, Zweeds en Roemeens. De thema's omvatten: wat is dementie, leven met dementie, een diagnose krijgen, praktische problemen in het dagelijks leven, emotionele impact van dementie, mensen ondersteunen met het omgaan met dementie, positieve en empathische communicatie en ten slotte voor jezelf zorgen. Momenteel is deelname gratis, vanaf 2015 wordt € 25 per deelnemer per jaar gevraagd. Het STAR-initiatief is psycho-educatie met nadruk op educatie, op informatie. De aandacht voor de verwerking van psychologische consequenties van (zorgen voor iemand

¹ Blom et al., 2013; Pot & Willems, 2010.

² Zie <http://courses.startraining.eu/>

met) dementie en het uitwisselen van ervaringen tussen verschillende mensen is eerder beperkt.

In Duitsland werd een aantal jaren geleden het Ede-initiatief ontwikkeld: *Entlastungsprogramm bei Demenz*, gericht op mantelzorgers van personen met dementie (www.projekt-ed.de). Dit bestond uit tien modules met herkenbare thema's zoals de persoon met dementie begrijpen, met gedragsveranderingen omgaan, het huishoudelijk budget, als mantelzorger overleven.

Verder zijn er doorheen Europa en de Westerse wereld verschillende lokale psycho-educatie initiatieven voor personen met dementie of hun mantelzorgers. Wat daarbij opvalt, is dat er veel variatie is. Soms is het aanbod gericht op personen met dementie, soms op mantelzorgers, soms op koppels. Ook het aantal sessies en de (volgorde van) thema's verschillen. De vraag is echter of die variatie belangrijk is en afbreuk doet aan het bereiken van de gewenste resultaten. Misschien is het feit dat er psycho-educatie aangeboden en gevolgd wordt belangrijker dan hoeveel sessies het zijn. Het beschikbare evaluatieonderzoek geeft hierover helaas weinig informatie, meestal wordt daar uitvoerig ingegaan op de gebruikte onderzoeksmethodologie en de bereikte resultaten, zonder nauwkeurig te omschrijven hoe de psycho-educatie opgebouwd werd en wat er de kritische succesfactoren van zijn.

2.4 Dementie en nu

In Vlaanderen bestond nog geen breed initiatief rondom psycho-educatie voor mantelzorgers van personen met dementie, hoewel er consensus was en is dat het een belangrijk instrument is om langer zelfstandig thuis wonen te stimuleren, met behoud van kwaliteit van leven. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Vlaamse Alzheimer Liga hebben daarom de handen in elkaar geslagen en zijn begin 2013 gestart met de ontwikkeling van het *Dementie en nu* psycho-educatiepakket, met Els Dammekens en Christophe Lafosse als auteurs.

Via allerlei organisaties zoals de regionale dienstencentra van de ziekenfondsen, lokale dienstencentra en geheugenklinieken zal het pakket aangeboden worden als een reeks van elf bijeenkomsten. Thema's die aan bod komen tijdens die bijeenkomsten zijn: invoelen in de beleving van mensen met dementie, omgaan met zorg, gedrag, financiën en veiligheid, hoe omgaan en communiceren met familie en omgeving, hoe communiceren met de persoon met dementie en de ethische aspecten in de confrontatie met het dementieproces. Verder wordt ingegaan op gevoelens en gedachten bij de mantelzorger, het in balans brengen van draagkracht en draaglast, en het thema coping en zingeving.

Het ondersteunend materiaal voor dit initiatief wordt gevormd door een map voor de mantelzorger, en een map en opleiding voor de coaches die de psycho-educatiesessies geven.

Het pakket werd lente 2014 getest bij een groep mantelzorgers en geëvalueerd door LUCAS (KULeuven). Na de nodige aanpassingen worden de coaches van verschillende organisaties opgeleid, zodat daarna de psycho-educatie daadwerkelijk georganiseerd kan worden. De coaches moeten aan een specifiek competentieprofiel voldoen, de training gevolgd hebben en jaarlijks meedoen aan een intervisiemoment. Vanaf zomer 2015 zal het materiaal voor deelnemers ook beschikbaar zijn als een webtool met e-learningmodules (dan te vinden op www.dementieennu.info).

2.5 Effectiviteit: werkt het ook?

Via psycho-educatie de draagkracht van mantelzorgers van personen met dementie vergroten klinkt als een goed idee, maar niet alle goede ideeën leiden tot de verhoopte resultaten. Het is daarom nuttig te kijken of er kritisch onderzoek beschikbaar is naar de effecten van psycho-educatie en wat daar uit te leren is.

Een eerste belangrijk onderzoeksresultaat is te vinden in het werk van Mary Mittelman. Al ruim 25 jaar doet zij in en vanuit New York onderzoek naar de effecten van ondersteuning van mantelzorgers. Het meest opvallende resultaat is dat personen met dementie van wie de mantelzorg ondersteuning krijgt, gemiddeld 329 dagen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Dat betekent dat de transitie naar residentiële opvang met bijna een jaar uitgesteld wordt. Recenter onderzoek¹ heeft bevestigd dat psycho-educatie de kans op opname in woonzorgcentra met ongeveer een derde verlaagt en dat met zeer beperkte middelen. Het is dus een erg kosten-efficiënte aanpak.

Het beschikbare onderzoek laat evenwel ook goed zien dat uitstel van residentiële zorg niet de enige doelstelling hoeft te zijn van psycho-educatie. Andere mogelijke doelstellingen zijn het vertragen van het dementieproces, verbeteren van activiteiten van dagelijks leven (ADL), behoud van levenskwaliteit van de persoon met dementie en/of van de mantelzorger, verminderen van (risico op) depressie en stress van de mantelzorger, het verminderen van stress en het verminderen van fixatie. Alleen het verminderen van stress van de mantelzorger blijkt een realistisch doel. De onderzoeksresultaten over de andere effecten van psycho-educatie zijn immers minder positief: de effecten zijn afwezig of weinig significant.

¹ Olazarán et al., 2010.

Eerder in deze tekst schreven we al dat er veel variatie zit tussen psycho-educatie en dat onderzoek het meestal als een 'black box' beschrijft. Bijgevolg geeft onderzoek weinig houvast over vragen zoals uit hoeveel sessies psycho-educatie het best kan bestaan en welke inhoudelijke thema's behandeld worden. Gelukkig is er ook onderzoek dat wel inzoomt op de kritische succesfactoren.¹ Daarin worden vier elkaar overlappende elementen genoemd. Vooreerst gaat het erom ruimte te maken voor de psychologische verwerking van de informatie en het niet louter bij educatie of informatie te houden. Belangrijk is immers dat deelnemers de algemene informatie op hun specifieke situatie kunnen toepassen, ervaringen kunnen uitwisselen en hun gedrag aanpassen. Vervolgens is het belangrijk dat psycho-educatie zich richt op meerdere stress- en risicofactoren. Zuiver case-management in de betekenis van de juiste zorg op het juiste moment regelen, is onvoldoende. Een derde belangrijke succesfactor is de flexibiliteit van het aanbod, zodat de behoeften van de deelnemer(s) gevolgd kunnen worden. En ten slotte is een juiste dosering van psycho-educatie belangrijk. Omdat het ziekteverloop van dementie zich meestal uitstrekt over vele jaren, is na het volgen van psycho-educatie een vorm van langetermijnondersteuning van mantelzorg noodzakelijk. Of psycho-educatie nu vijf, acht of elf sessies omvat, of het nu om wekelijkse of twee wekelijkse bijeenkomsten gaat, het zal vrijwel altijd een kort tijdsverloop hebben in relatie tot het tijdsverloop van de dementie. Andere vormen van complementaire langdurige ondersteuning zijn dus noodzakelijk om de duurzaamheid van psycho-educatie effecten te borgen. Daarom wordt ook na de cursus zorgbegeleiding aangeboden, voor verdere ondersteuning en op vraag van de cliënt.

Vanuit de eerste ervaringen met *Dementie en nu* zien we dat de deelnemers met elkaar wensen door te gaan na de elf sessies. Men heeft elkaar blijkbaar gevonden in een gemeenschappelijk verlangen van ontmoeting en uitwisseling. In die zin kan het toeleiden naar en het aansluiten bij een familiegroep van de Vlaamse Alzheimer Liga zinvol zijn.

2.6 Tot slot

Het voorgaande gaat uit van langer 'zelfstandig' thuis wonen van de persoon met dementie en hoe psycho-educatie de bestaande mantelzorg(er)s meer draagkracht kan geven. De mate waarin dit leidt tot uitstel van residentiële zorg zonder verlies van kwaliteit van leven is een belangrijke vooruitgang, zowel emotioneel en financieel voor de betrokkenen als financieel voor het landelijk zorgbudget. We mogen echter niet vergeten dat het ook gevolgen heeft voor de woonzorgcentra. De bestaande

¹ Zarit & Femia, 2008.

tendens in profiel van hun bewoners zal zich verder zetten en versterken: hogere leeftijd, zwaarder zorgprofiel en kortere verblijfsduur voor overlijden. Langer zelfstandig thuis zal op die manier ook voor woonzorgcentra de nodige consequenties hebben.

Auteur: Prof. Dr. Jan Steyaert is wetenschappelijk medewerker van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en verbonden aan de Master Sociaal Werk van de Universiteit Antwerpen.

2.7 Verwijzingen

- Blom, M. M., Bosmans, J. E., Cuijpers, P., Zarit, S. H., et al. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13(17).
- Brodaty, H. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, 11(2).
- de Beer, J. (2013). Op naar de 100! *Demos*, 29, 5-7.
- De Witte, N., Buffel, T., Smetcoren, A.-S., De Donder, L., et al. (2013). Zo lang mogelijk thuis in een leeftijdsvriendelijke buurt. In M. Moerenhout, L. Demeester & S. Roos (Eds.), *Levens lopen anders: Over actief ouder worden* (pp. 77-116). Antwerpen Garant.
- Gaugler, J., Mittelman, M. S., Hepburn, K., & Newcomer, R. (2009). Constructing a prognostic tool to identify caregivers at risk for psychosocial distress after nursing home admission. *Gerontologist*, 49(12), 224-224.
- Grobбен, J., & Vandormael, B. (Eds.). (2003). *De eerste vrouw die 150 wordt, is nu al geboren*. Leuven: van Halewyck.
- Hoencamp, E., & Haffmans, P. M. J. (2008). Algemene, technische aspecten van psycho-educatie. In E. Hoencamp & P. M. J. Haffmans (Eds.), *Psycho-educatie in de GGz en de verslavingszorg: theorie en praktijk* (pp. 8-16). Assen: van Gorcum.
- Lippa, M., Luck, T., Brahler, E., König, H.-H., et al. (2008). Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 65-78.

- Luppá, M., Riedel-Heller, S. G., Stein, J., Leicht, H., et al. (2012). Predictors of institutionalisation in incident dementia – Results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33, 282-288.
- McNeil, C., & Hunter, J. (2014). *The generation strain: Collective solutions to care in an ageing society*. London: IPPR.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., et al. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161-178.
- Phillips, J., Pond, D., & Goode, S. M. (2011). *Timely diagnosis of dementia: can we do better?: Alzheimer's Australia*.
- Pot, A. M., & Willemse, B. (2010). Dementie de baas. Internethulpverlening voor mantelzorgers van mensen met dementie. *Denkbeeld*, 22(1), 8-9.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 240-249.
- Steyaert, J. (2014 (in druk)). De meervoudigheid van vermaatschappelijking. *Gids op maatschappelijk gebied*.
- Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2007). De mantelzorg. Over zorglast, veerkracht en het belang van een goede relatie *WelzijnsGids* (pp. Afl. 65, 61-18).
- Vanden Boer, L., & Vanderleyden, L. (2004). Zorgpreferenties van ouderen. In T. Jacobs, L. Vanderleyden & L. vanden Boer (Eds.), *Op latere leeftijd: de leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen* (pp. 347). Antwerpen: Garant.
- Westendorp, R. (2014). *Oud worden zonder het te zijn: over vitaliteit en veroudering*: Atlas contact.
- Zarit, S. H., & Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *American journal of nursing*, 108(9), 47 – 53.