

WarmThuis,

een visie op wonen en welzijn voor mensen met dementie

1. Inleiding

Stichting WarmThuis, *wonen en welzijn voor mensen met dementie*, is in 2007 opgericht door een aantal enthousiaste mensen met jarenlange ervaring in de psychogeriatrische zorg. Eind jaren tachtig waren zij betrokken bij de opzet van het Anton Pieckhofje in Haarlem; het eerste kleinschalig alternatief voor een psychogeriatrisch verpleeghuis. Hoewel het concept van 'kleinschalige zorg' aanvankelijk schoorvoetend werd gevolgd, lijkt het sinds een aantal jaren toonaangevend te worden in de residentiële zorg voor mensen met dementie.

De initiatiefnemers en de huidige bestuurder van WarmThuis zijn ervan overtuigd dat de visie van waaruit zorg aan mensen met dementie wordt verleend van groot belang is. De raad van Toezicht heeft de visie van de initiatiefnemers tot beleid verheven. Op grond hiervan is de stichting is dan ook opgericht met en wordt er gewerkt vanuit de volgende doelstellingen:

- Aantonen dat een duidelijke visie een belangrijke basis is voor zorgverlening aan mensen met dementie;
- Onder de naam WarmThuis[®] een visie voor mensen met dementie verder ontwikkelen tot een geïntegreerd model van wonen en welzijn voor mensen met dementie;
- Vanuit deze visie ontwikkelde huisvesting (met specifieke zorg) beschikbaar stellen aan mensen met dementie, ongeacht hun financiële draagkracht en ongeacht de hoeveelheid zorg die zij nodig hebben;
- Trainen, begeleiden en coachen van een eigen team van medewerkers;

In dit document wordt de visie waaruit WarmThuis invulling geeft aan haar doelstellingen verder beschreven en onderbouwd. Dit gebeurt als volgt:

Hoofdstuk 2 beschrijft kort de geschiedenis van de zorg voor mensen met dementie en de ontwikkeling van de uitgangspunten van WarmThuis.

Hoofdstuk 3 beschrijft een aantal theorieën, a. over de consequenties van de ziekte dementie voor de betrokkene, b. over dementiezorg en c. over een betekenisvolle omgeving. Zij vormen de onderbouwing voor de uitgangspunten van WarmThuis.

Hoofdstuk 4 beschrijft de visie van WarmThuis op de organisatie van de zorg voor mensen met dementie in een kleinschalige woonvorm; de vertaling van de theorie naar de praktijk.

2. Geschiedenis en ontwikkeling

2.1. Geschiedenis van de zorg voor mensen met dementie

Zorg voor mensen met dementie is sterk in ontwikkeling. Dat hangt mede samen met de enorme groei van het aantal mensen met dementie analoog aan de vergrijzing van de bevolking. Dementie is vooral een ziekte die ouderen treft; 20% van de mensen ouder dan 80 jaar lijdt aan een of andere vorm van dementie, dit getal loopt op naar 40% van de mensen ouder dan 90 jaar. Dat betekent overigens niet dat dementie niet op jonge leeftijd

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

voorkomt, naar schatting 12.000 mensen met dementie zijn jonger dan 65 jaar. Het totaal aantal mensen met dementie wordt door Alzheimer Nederland geschat op 270.000 (Alzheimer Nederland, 2019).

Halverwege de vorige eeuw waren er vrijwel geen instellingen gespecialiseerd voor psychogeriatrische zorg. De weinige mensen met dementie die er waren werden vooral thuis opgevangen of op verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en in particuliere tehuizen. Dementie werd beschouwd als een psychiatrische aandoening en de focus van de zorgverlening was medisch- verpleegtechnisch van aard met veel aandacht voor de lichamelijke verzorging.

Nadat in 1968 de AWBZ werd ingevoerd, ontstond er een enorme groei van verpleeghuizen. In het begin richtten deze verpleeghuizen zich alleen op de zogenaamde somatische patiënten. Het eerste verpleeghuis bedoeld voor 'geestelijk gestoorde bejaarden' werd in 1959 geopend: Nieuw Toutenburg. Maar het duurde tot het midden van de zeventiger jaren voordat meer verpleeghuizen zich gingen richten op mensen met dementie.

Ook in deze verpleeghuizen bleef de zorg sterk medisch van karakter. De structuur van de instellingen was immers geënt op de ziekenhuizen. Afdelingen bestonden uit dertig "bedden" en de "patiënten" sliepen op 4 tot 6 persoonszalen. Er was een gemeenschappelijk dagverblijf waar de patiënten overdag verbleven en de maaltijden gebruikten. De medewerkers liepen in witte uniformen en er waren bezoektijden. De maaltijden werden bereid in een centrale keuken en geportioneerd uitgeserveerd.

De grootste groep medewerkers bestond uit ziekenverzorgenden die zich vooral bezig hielden met de lichamelijke zorgverlening, zoals wassen, verschonen en helpen met voeding. Er was weinig aandacht voor psychische zorgvragen, met als gevolg dat veel "gedragsstoornissen" optraden zoals onrustig en schijnbaar doelloos heen en weer lopen, agressie, luid roepen of slaan op tafels en deuren, of juist apathie. Als behandeling werd vaak gekozen voor sederende psychofarmaca of fysieke maatregelen zoals fixatie aan stoel of in bed.

Vanuit onmachtgevoel en de behoefte meer te willen doen voor mensen met dementie ontstonden er in de zeventiger en tachtiger jaren nieuwe 'therapeutische' benaderingen zoals bijvoorbeeld de realiteitsoriëntatie benadering, validation, het snoezelen en de belevingsgerichte zorg. Hierbij kwam er meer aandacht voor de psychische problemen die samenhangen met dementie.

In die tijd werd ook in Haarlem het psychogeriatrisch verpleeghuis Overspaarne ingericht. Hier ontwikkelde zich werkenderwijs een zorgvisie die bekend is geworden onder de naam Warme Zorg. Vanuit en in vervolg op deze visie werd in 1989 de kleinschalige woonzorgvoorziening voor mensen met dementie ontwikkeld en gerealiseerd: het Anton Pieckhofje.

WarmThuis is een verdere uitwerking van de zorgvisie Warme Zorg.

2.2. Visie WarmThuis

Goede kwaliteit van zorg en dienstverlening begint bij een gemeenschappelijke en gedragen visie.

Sinds de tachtiger jaren van de vorige eeuw zijn er diverse sociaalpsychologische en verpleegkundige theorieën ontwikkeld die meer aandacht besteden aan de competenties en behoeften van mensen met dementie. In de visie van WarmThuis staan de theorieën van Warme Zorg, Persoonsgerichte Zorg en Belevingsgerichte Zorg centraal. Daarnaast krijgt de betekenis van de woonomgeving en het effect van de ziekte op de persoon met dementie en op de omgeving een belangrijke plaats in deze visie. In het volgende hoofdstuk (3) worden

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

aspecten van deze zorgconcepten uitgelicht die elkaar aanvullen of overlappen. Zij vormen de theoretische basis van de activiteiten en de doelstellingen van WarmThuis.

WarmThuis gaat uit van het volgende:

Mensen met dementie zijn in de eerste plaats mensen met dementie, met dezelfde ervaringsgebieden en basisbehoeften als ieder ander. Als gevolg van cognitieve en geheugendefecten en de psychologische gevolgen hiervan verdwijnt echter de continuïteit uit en de grip op hun leven. Dit heeft grote gevolgen voor de persoon met dementie zelf, maar ook voor de familie en voor alle andere betrokkenen.

Een betekenisvolle omgeving en een juiste benadering door de medewerkers zijn nodig om de persoon in staat te stellen maximaal zelfstandig (autonoom) te laten functioneren en zich fysiek (use it or lose it), sociaal (in relatie tot anderen) en psychologisch (ten aanzien van het zelfbeeld) staande te houden. Concreet betekent dit het scheppen van overzicht, veiligheid, vrijheid, begrip van de ervaring van mensen met dementie, oprechte communicatie en begeleiding in het ziekteproces, en het voorzien in de basale behoeften.

Dit veronderstelt een specifieke organisatie van de 'bedrijfsvoering', met enerzijds aandacht voor opleiding, ondersteuning en coaching van de medewerkers, en anderzijds voldoende aandacht voor en samenwerking met de familie en omgeving. Deze aspecten worden beschreven in hoofdstuk 4.

3. Enkele relevante zorgtheorieën

3.1. Dementie en de gevolgen voor de persoon

Dementie, wat betekent het voor mensen die het overkomt? Hoe verandert hun gedrag hierdoor en hoe beleven mensen met dementie hun ziekteproces? Het zijn vragen die niet gemakkelijk zijn te beantwoorden. Neem nu het begrip dementie; dat is geen eenduidige ziekte, maar slechts een verzameling symptomen. In de laatste Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (EBRO, 2005) wordt dementie gezien als een reeks van klinische syndromen. Die syndromen worden veroorzaakt door verschillende hersenziekten en gekenmerkt door combinaties van meervoudige stoornissen in cognitie, stemming en gedrag. Om de diagnose 'dementie' te mogen stellen moet er sprake zijn van:

- stoornissen in minstens twee cognitieve functies en
- een progressieve achteruitgang waardoor mensen niet meer in staat zijn zich zelfstandig te handhaven in de maatschappij.

Kenmerkend bij de meeste typen van dementie is de achteruitgang van geheugenfuncties, zoals het korte termijngeheugen. Daarnaast speelt de achteruitgang van uitvoerende (executieve) functies een rol, zoals planning en overzicht en mentale flexibiliteit.

Oorzaken van dementie

De ziekte van Alzheimer, waarbij de cellen in bepaalde delen van de hersenen niet meer functioneren, is de meest voorkomende oorzaak van dementie. Hierbij komen vooral de progressieve geheugen- en oriëntatieproblemen voor. Naarmate de ziekte voortschrijdt, kan degene met deze ziekte ook te maken krijgen met planning- en overzichtsproblemen, stoornissen in de taal (afasie) en het handelen (apraxie).

Bij **vasculaire vormen van dementie**, waarbij sprake is van afsluiting van bloedvaten in de hersenen, en bij Parkinsondementie speelt mentale traagheid een belangrijke rol en komen stemmingsproblemen zoals depressie vaker voor. De combinatie van geestelijke achteruitgang en lichamelijke verschijnselen is

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

kenmerkend voor een vasculaire dementie. Bij deze vorm kunnen patiënten problemen krijgen met het lopen, spreken en slikken.

Bij mensen met een **frontotemporale vorm van dementie** (waarvan de oorzaak nog onbekend is) staan stoornissen in de uitvoerende (executieve) functies op de voorgrond, hierbij gaat het om problemen in het aansturen van het gedrag. Problemen als inflexibel gedrag, verlies van overzicht, oordeels- en kritiekstoornissen, ontremming maar ook gebrek aan initiatief kunnen zich voordoen. Maar iemand met een frontotemporale dementie kan in een later stadium van de ziekte ook andere cognitieve problemen krijgen zoals geheugen-, taal- en handelingsproblemen.

Mensen met een **Lewy body dementie** hebben vaak last van hallucinaties en hebben periodes van sterke verwardheid. Naast genoemde soorten van dementie zijn er nog een aantal minder voorkomende typen van dementie zoals Alcoholdementie, de ziekte van Binswanger en dementie ten gevolge van Aids.

Grote individuele verschillen

De verschillende typen dementie hebben elk hun specifieke invloed op het gedrag van de persoon. Daarnaast zijn er andere factoren van invloed op de manier waarop iemand op de ziekte reageert, zoals lichamelijke factoren, de persoonlijkheid, de levensloop en de aangeleerde vaardigheden om met moeilijke situaties om te gaan (copingstrategieën).

Gedrag is altijd de resultante van de voortdurende interactie van een persoon en zijn omgeving. Wie in dagelijks met mensen met dementie omgaat, ziet daarom ook grote verschillen in gedrag. De individuele verschillen zijn vaak groter dan de overeenkomsten. Door de cognitieve achteruitgang is iemand steeds minder in staat informatie op te nemen en te verwerken. Het zelfstandig functioneren van de persoon in kwestie wordt hierdoor bedreigd. Afhankelijk van de persoon en zijn copingstrategieën kan iemand hier boos of passief op reageren. Geheugenproblemen en het kwijtraken van het besef van tijd en plaats zorgen ervoor dat de grip op het leven verdwijnt en dat kan angst en onrust veroorzaken. Het niet meer logisch kunnen denken geeft vaak aanleiding tot misverstanden, wat tot ergernis en boosheid bij alle betrokkenen kan leiden. Problemen in de taal, zowel het zich uiten als het begrijpen ervan, heeft grote consequenties voor het contact met anderen en dus ook voor het gedrag en het beleven. Een gevolg daarvan kan zijn dat mensen zich terugtrekken uit het contact en zo vereenzamen.

Hoe mensen met dementie hun ziekteproces beleven zou men het beste aan henzelf kunnen vragen. Mensen in de beginfase van hun ziekte beseffen vaak dat er iets niet goed gaat. Ze voelen zich raar in hun hoofd, schrikken als ze iets niet meer kunnen of wanneer ze fouten maken. Een begrijpelijke reactie hierop is onzekerheid, machteloosheid of angst. Het betekent dat sommige mensen met dementie wel ziektebesef hebben; het gevoel dat er iets niet goed gaat. Ziekte-inzicht gaat verder en is het besef dat dit door de ziekte dementie komt en wat hiervan de gevolgen zijn. Bij mensen met een vasculaire vorm van dementie is er vaker sprake van ziektebesef dan bij mensen met een Alzheimerstype dementie.

Bij het verdere verloop van een dementie is reflecteren op wat er zich in de gedachten wereld afspeelt, juist iets wat niet meer lukt.

Daardoor komt het dat 'hoe mensen met dementie zich voelen' meestal een interpretatie is van mensen die dit vanuit een goed functionerend brein doen. Dat geeft – omdat we in de huid van de ander proberen te kruipen – vaak een onwezenlijk beeld.

Observatie van gedrag en emoties van degene met dementie als uniek persoon moeten ons inzicht geven in hoe mensen hun ziekte beleven. Vanuit dat inzicht krijgen we aanknopingspunten voor de omgang. Daarbij is

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

het belangrijk om de redenen en achtergronden van de emoties die we waarnemen, goed te analyseren. Dit om het gevaar van eigen interpretaties zo veel mogelijk te vermijden.

3.2 Warme Zorg (Houweling, 1987)

Omstreeks 1980 was Hans Houweling, als verpleeghuisarts, betrokken bij de opzet van een psychogeriatrisch verpleeghuis in Haarlem. De opzet was anders dan wat destijds gebruikelijk was; de medewerkers droegen geen uniform en er werd niet naar zorgzwaarte gedifferentieerd. De afdelingen waren niet gesloten waardoor de bewoners zich door het gehele gebouw konden begeven. Er werd principieel geen gebruik gemaakt van fixatiemiddelen zoals Zweedse banden en bewoners werden gestimuleerd om hun huisdieren en eigen meubelen mee te nemen. Het geneesmiddelengebruik, in het bijzonder dat van psychofarmaca, was extreem laag. Voorafgaand aan de opname vond altijd een huisbezoek plaats en was er uitgebreid contact met de familie die uitgenodigd werd om een persoonlijke levensgeschiedenis van de betrokkene te beschrijven. Er was wekelijks een bewonersoverleg waar de bewoners werden doorgesproken met alle medewerkers van de afdeling, de arts en de psycholoog, waarbij veel aandacht besteed werd aan de beleving van de bewoner, maar ook aan de gevoelens van de medewerkers, in het bijzonder de machteloosheid over de onvermijdelijke achteruitgang van bewoners. Wat (Houweling, 1990) opviel waren de intuïtieve handelingen van de verzorgenden zoals het 's nachts nog eens instoppen van een bewoner, het maken van een praatje met iemand die uit bed gekomen was, het slaan van een arm om een bewoner met (onbegrepen) verdriet. Duidelijk werd dat een dergelijke troostende attitude een positief effect had op de bewoner hetgeen zich vertaalde in minder onrust en minder roepen. Ook het gezamenlijk eten aan gedekte tafels met servies droeg daaraan bij.

Gehechtheid

Tijdens een internationale cursus in Nottingham werd Houweling gewezen op de attachment theorie van John Bowlby (1969; 1973; 1980) die er in het kort op neer komt dat elk levend wezen in situaties van levensbedreiging de (veilige) nabijheid zoekt van een gehechtheidsfiguur (veelal de moeder). Dit gedrag is instinctmatig en heeft overlevingsbetekenis.

In Nederland bleek gerontopsycholoog Bère Miesen (1990) bezig met een academisch proefschrift waarin hij het zoekende en angstige gedrag van mensen met dementie beschrijft als gehechtheidsgedrag.

Dementie is een dramatische ziekte waarbij als gevolg van cognitieve en geheugendefecten de continuïteit uit het leven verdwijnt. De betrokkene ervaart zichzelf daardoor in een omgeving die onbekend en daarmee onveilig is. In die omgeving worden niet-vertrouwde (anonieme) personen niet of gebrekkig herkend. Dit alles genereert gevoelens van verlorenheid, onzekerheid en daarmee angst. In zulke situaties wordt volgens John Bowlby (1969; 1973; 1980) het van nature aanwezige gehechtheidsgedrag gereactiveerd en dat uit zich in een aantal verschijnselen zoals:

- Op zoek gaan naar huis
- Op zoek gaan naar vertrouwde personen (vader, moeder, kinderen)
- Vastklampen aan vertrouwde personen

Als geen resultaat wordt geboekt, met andere woorden als er geen gehechtheidsfiguur is, ontstaan gedragingen zoals:

- Onrust
- Agressie indien belemmeringen worden ervaren
- Ropen (schreeuwen) vooral indien mobiliteit belemmerd is of wordt

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

Gehechtheidsgedrag is normaal menselijk gedrag dat tracht de afstand tussen de betrokkene en de gehechtheidsfiguur zo klein mogelijk te maken. De gehechtheidsfiguur is in de basis de moederfiguur (bij het kind) maar kan bij gebrek aan moeder vervangen worden door een begripvolle en vertrouwenwekkende derde en zelfs door een vertrouwd attribuut (transitional object) zoals een knuffel. Warme Zorg erkent en herkent het gedrag van een persoon met dementie als gehechtheidsgedrag en reageert hierop zowel in de wijze van interactie met de betrokkene als in het creëren van een vertrouwde (betekenisvolle) omgeving.

3.3 Persoonsgerichte Zorg (Tom Kitwood, 1997).

In het boek *Dementia Reconsidered* (1997) zet Tom Kitwood zijn visie op dementie en de benodigdheden voor goede zorg voor mensen met dementie uiteen. Kitwood keert zich hierbij af van het destijds gangbare (medische) paradigma, dat alleen de hersendegeneratie van mensen met dementie erkent en niet de psychologische gevolgen. In dit paradigma wordt dan ook niets gezegd over hoe voor mensen met dementie te zorgen, wat het zorgproces vaag, ondoorzichtig en theorieeloos maakt. Het suggereert bovendien dat niemand met dementie zich goed kan voelen totdat er een medicijn voor dementie wordt gevonden.

Bij persoonsgerichte zorg (person centered care) wordt iemand met dementie in eerste plaats behandeld als uniek persoon. De eigen identiteit van de persoon (zijn 'personhood') vormt dan ook het uitgangspunt in de zorg, en niet de ziekte.

Kitwood beschrijft 17 voorbeelden van 'malignant social psychology' (zie bijlage). Dit zijn persoonsondermijnende manieren waarop zorgverleners omgaan met de persoon met dementie. Volgens Kitwood zorgen deze persoonsondermijnende gedragingen ervoor dat het ziekteverloop van de persoon met dementie wordt versneld, of soms zelfs hierdoor wordt veroorzaakt. Kitwood gaat er namelijk vanuit dat dementie een samenspel is van psychologische gebeurtenissen en hersenactiviteit, waaraan hersenontwikkeling of -degeneratie ten grondslag ligt. Dat dementie niet alleen veroorzaakt wordt door hersendegeneratie, blijkt uit het feit dat er ook hersenbeschadiging of -afsterving kan plaatsvinden zonder verschijnselen van dementie.

Aan de andere kant kan een persoonsversterkende benadering cognitieve achteruitgang juist compenseren. Kitwood heeft 12 persoonsversterkende gedragingen geïdentificeerd (zie bijlage). Wanneer mensen met dementie optimaal worden benaderd, is het mogelijk dat zij tot aan hun dood een goed welbevinden ervaren, ongeacht het natuurlijk beloop van hun ziekte.

Basisbehoeften centraal

Bij persoonsgerichte zorg staan de basisbehoeften van mensen met dementie centraal. Kitwood stelt dat wanneer er niet aan een behoefte wordt voldaan, iemand niet kan functioneren als een persoon. Mensen met dementie hebben dezelfde behoeften als mensen zonder dementie. Bij iemand met dementie komen deze behoeften echter sterker tot uiting, omdat de persoon kwetsbaarder is en vaak zelf niet meer in staat om zijn behoeften te vervullen. Kitwood omschrijft vijf basisbehoeften die bij dementie extra sterk aanwezig zijn:

1. *Troost (comfort)*. Troosten houdt het bieden van warmte en kracht in. Dit stelt mensen met dementie in staat overeind te blijven wanneer zij de grip op het leven dreigen te verliezen.
2. *Gehechtheid (attachment)*. Mensen met dementie hebben waarschijnlijk net zo'n sterke behoefte aan gehechtheid als jonge kinderen, doordat het leven wordt overschaduwd door onzekerheden en angsten. Zij hebben iemand nodig waaraan zij zich kunnen hechten, en veiligheid.
3. *Participatie (inclusion)*. Bij mensen met dementie komt de sociale natuur van de mens extra naar boven. Er is een sterke behoefte om erbij te horen.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

4. *Bezigheid (occupation)*. Het is belangrijk dat mensen met dementie betrokken zijn in het leven op een voor hen van significante betekenis zijnde manier. Dit moet gebaseerd zijn op de vermogens en krachten van de persoon. Het betekent dat mensen een soort project hebben. Dit kan werk zijn, een hobby, of simpelweg spelen. De levensgeschiedenis van een persoon kan helpen om een geschikte activiteit te vinden.
5. *Identiteit (identity)*: Wanneer mensen de grip op het leven verliezen, dreigt men ook de identiteit te verliezen. Identiteit wordt bij mensen met dementie met name ontleend aan de omgang met anderen en aan wat je doet. Hiervoor is persoonlijke veiligheid, warmte en affectie nodig. Weer zijn de levensgeschiedenis en ook empathie belangrijke uitgangspunten.

Bovenstaande behoeften zijn allemaal met elkaar verbonden, en zijn even belangrijk. Een overstijgende behoefte is de behoefte aan liefde.

Het verbeteren van de zorg voor mensen met dementie begint bij het verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen zorgverleners en personen met dementie, zodat behoeften kunnen worden geïdentificeerd en mensen en mensen in staat zijn hun eigen leven te leiden. Hierbij wordt het belang benadrukt dat de verzorgende haar¹ eigen angsten en boosheid onderkent. Zorgrelaties moeten gebaseerd zijn op empathie en niet op projectie van de eigen gevoelens. De zorgorganisatie moet het gehele proces van persoonsgerichte zorg bewaken.

3.4. Geïntegreerde Belevingsgerichte Zorg (Van der Kooij, 2002).

Het gedrag van mensen met dementie is niet alleen te begrijpen als gevolg van het ziektebeeld, maar wordt ook beïnvloed door intrapsychische factoren zoals persoonlijkheid en karakter, en door externe factoren zoals de sociale en fysieke omgeving. Het gedrag zoals zich dat manifesteert is voor een deel te beschouwen als een manier om de gevolgen van de ziekte het hoofd te bieden, dus als copinggedrag (Dröes, 1991). Verzorgenden kunnen copinggedrag beïnvloeden en Geïntegreerde Belevingsgerichte Zorg biedt hiervoor een handvat (De Lange, 2004).

Geïntegreerde belevingsgerichte zorg staat voor “het op de individuele dementerende verpleeghuisbewoner afgestemde geïntegreerde gebruik van belevingsgerichte benaderingswijzen en communicatieve vaardigheden, rekening houdend met zijn gevoelens, behoeften, en lichamelijke en psychische beperkingen, met het doel dat de bewoner zo veel ondersteuning ervaart bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte en de verpleeghuisopname dat hij zich daadwerkelijk geborgen voelt en in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden”. Het woord ‘geïntegreerd’ verwijst naar de gedachte dat de verschillende belevingsgerichte benaderingen die waren ontstaan heel goed in combinatie kunnen worden toegepast, afhankelijk van de zorgbehoefte van de individuele bewoner. Daarnaast moet belevingsgerichte zorg niet worden toegepast als kortdurende behandeling, maar volledig worden geïntegreerd in de 24-uurs zorg.

Twee belevingswerelden

Bij geïntegreerde belevingsgerichte zorg richt de verzorgende zich op de interactie tussen twee belevingswerelden: die van de verzorgende zelf en die van de persoon met dementie. Het accent ligt hierbij op de wisselwerking van gevoelens. Er moet aandacht zijn voor de gevoelens van de zorgontvanger, maar ook voor de gevoelens van de verzorgende omdat deze elkaar beïnvloeden. Verzorgenden worden dan ook gestimuleerd stil te staan bij emotionele spanningen en conflicten die zijzelf tijdens de zorg ervaren.

¹ Omdat 90% van verzorgenden in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie vrouw is, worden verzorgenden hier aangeduid met ‘haar’. Verzorgend personeel kan natuurlijk evengoed mannelijk zijn.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

Contact tussen verzorgende en de persoon met dementie wordt bereikt door een zorgattitude waarin betrokkenheid en ontvankelijkheid centraal staan. Hoe ontvankelijker de verzorgende durft te zijn voor indrukken, hoe creatiever en trefzekerder haar reactie. In plaats van te kijken naar wat een persoon zelf kan, wordt gekeken naar hoe de persoon zichzelf beleeft. Daarbij is er aandacht voor iemands sociale en persoonlijke geschiedenis, doorgemaakte crises en onvervulde verlangens. Verzorgenden leren op verschillende manieren contact te maken met bewoners: lichamelijk, zintuiglijk, emotioneel, verstandelijk, sociaal en spiritueel. Op die manier ontdekken ze de mogelijkheden die mensen met dementie hebben op deze verschillende terreinen en krijgen ze inzicht in de belevingswereld van mensen met dementie. (Van der Kooij, 2002; De Lange, 2004)

3.4. De betekenis van de omgeving (materieel en immaterieel)

De omgeving waarin een persoon met dementie verblijft kan de geborgenheid en veiligheid bieden waar deze mensen behoefte aan hebben en daarom veel bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Een op deze manier betekenisvolle omgeving geeft ook betekenis aan de individu. Kleinschalig wonen vormde de eerste stap richting een betekenisvolle omgeving. Belangrijke kenmerken van kleinschalig wonen zoals de pioniers het bedacht hebben zijn (Te Boekhorst, 2007; Krijger, 2007):

- Een als woning herkenbare huisvesting (archetype huis)
- Groepen van maximaal 6 bewoners
- Bewonerselectie op basis van gemeenschappelijke leefstijl (waarden, activiteiten)
- Een eigen slaapkamer ingericht in samenspraak of door familie/relaties
- Herkenbare huishoudelijke activiteiten
- Een logische interne (en externe) architectuur
- Heldere zichtlijnen
- Een vast team van empathische en deskundige medewerkers

Tegenwoordig gaan veel zorgvoorzieningen over tot kleinschalig wonen waarbij bovenstaande kenmerken in meer of mindere mate zijn aangenomen in de zorgvoorziening. Het echte doel van kleinschalig wonen gaat echter verloren wanneer bovenstaande kenmerken als trucje worden toegepast om kleinschaligheid te bereiken. Het gaat er in eerste instantie niet zozeer om wat je doet, maar waarom je de dingen doet. Een betekenisvolle omgeving gaat daarmee nog een stap verder dan kleinschalig wonen door de behoeften van de bewoner als uitgangspunt te nemen en deze persoon zoveel mogelijk te ondersteunen tijdens het dementieproces. Voortvloeiend uit Warme Zorg kan een omgeving het volgende betekenen voor de persoon met dementie:

- *Compensatie*: De omgeving kan tot op zekere hoogte compenseren voor de cognitieve achteruitgang, waardoor mensen met dementie min of meer in staat zijn zichzelf (zelfstandig) te oriënteren. Belangrijke factoren die hieraan bijdragen zijn een klein bewonersaantal, een duidelijke en overzichtelijke plattegrond van de woonvoorziening, en de aanwezigheid van maar één huis/eetkamer (Marquardt & Schmieg, 2009). Mensen raken minder in de war in een kleine overzichtelijke omgeving, deze komt als minder bedreigend over, en mensen weten beter de weg naar bijvoorbeeld het toilet, de eigen zitslaapkamer of de huiskamer.
- *Prikkels*: De huiselijke, compenserende omgeving biedt herkenbare non-cognitieve (sensorische) prikkels. De op observatie gebaseerde veronderstelling is dat de sensorische functies van mensen met dementie minder of niet aangetast zijn en in sommige situaties mogelijk compensatoir versterkt zijn. Door bijvoorbeeld zelf te koken in de woongroep en de etensgeuren die hiermee gepaard gaan, kan de eetlust worden opgewekt.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

- *Veiligheid*: Hierop voortbordurend biedt de omgeving veiligheid. Door de overzichtelijkheid, de vertrouwde spullen en het feit dat de aanwezige verzorgende bijna constant zichtbaar is, kan de omgeving angst ten gevolge van de behoefte aan gehechtheid tegengaan.
- *Thuis zijn*: Een woonvoorziening voor mensen met dementie moet een plek zijn waar bewoners tot hun dood kunnen blijven wonen. De omgeving vormt dan ook het thuis van haar bewoners; het verzorgend personeel is hier eigenlijk 'slechts' op bezoek. Het is daarom niet passend om zorg te verlenen op een afdeling met instellingskenmerken zoals uniformen, bewegwijzering, dagindeling en anonieme routes (zoals maaltijden die centraal aangeleverd worden). De woonvoorziening moet huiselijk zijn, ingericht met herkenbare meubels en persoonlijke spulletjes. Dit geldt voor de gemeenschappelijke en individuele ruimten. Een huiselijke inrichting is geassocieerd met een verbeterd intellectueel en emotioneel welzijn, meer sociale interactie, verminderde agitatie, verminderd 'uitgangzoekend gedrag', meer plezier, en een verbeterde functionaliteit (Day, Carreon & Stump, 2000).
- *Bewoners maken deel uit van het huishouden*: Door met de omgeving een thuis te bieden voor de bewoners met dementie, wordt het leven hier verder doorgezet in plaats van stilgezet in een instituut. Het feit dat hier een huishouden wordt gedraaid waar de bewoner onderdeel van uitmaakt, geeft betekenis aan zijn of haar leven. De invulling van dit huishouden is daarmee essentieel. Autonomie, eigen regie en privacy van bewoners is daarbij van groot belang. Bewoners moeten maximaal worden ondersteund in deze waarden om de identiteit en eigenwaarde te behouden. Bewoners bepalen zoveel mogelijk de invulling van de dag en wat er wordt gegeten. Koken gebeurt in de woongroep zelf. Omdat zelf koken verdere betekenis geeft aan het dagelijks leven de bewoners en bovendien de eetlust opwekt is de discussie over wel of niet zelf koken in een woonvoorziening voor mensen met dementie passé.
- *Participatie*: De huisvesting moet worden vormgegeven in kleine overzichtelijke groepen van lotgenoten van zoveel mogelijk herkenbare achtergrond en leefstijl. Dit, tezamen met betekenisvolle activiteiten, faciliteert participatie.
- *Betrokken en deskundige medewerkers*: De zorg voor mensen met dementie moet worden gedaan door empathische, betrokken en deskundige medewerkers. Door een klein, vast team aan een woongroep voor mensen met dementie te koppelen, ontstaat een hechtere band tussen personeel en bewoner omdat het verzorgend personeel beter op de hoogte is van de gewoonten en behoeften van de persoon met dementie. De zorgmedewerker moet zich kunnen verdiepen van de levensgeschiedenis van de persoon en ondersteund worden in hun omgang met de bewoners. Dit draagt bij aan de zorgrelatie tussen bewoner en het verzorgend personeel. Bij een vast team op een kleine groep medewerkers is het belangrijk aandacht te besteden aan reflectie en de mogelijkheid tot ventilatie.
- *Adaptatie*: Een betekenisvolle omgeving waarin bovenstaande uitgangspunten zijn verwerkt maakt de aanpassing aan de nieuwe leefsituatie makkelijker. Volgens Teake Ettema e.a. (2007) vormt adaptatie het belangrijkste uitgangspunt voor een goede kwaliteit van leven van mensen met dementie in een woonzorgvoorziening.

4. De organisatie van kleinschalige zorgverlening

4.1. De rol en positie van de medewerkers

Medewerkers van kleinschalige woonvoorzieningen vinden hun werk creatief, uitdagend en afwisselend. Dat komt omdat ze er zelfstandig werken, ze er zelf hun tijd kunnen indelen en zelf zaken kunnen inbrengen. Hierdoor ervaren ze veel vrijheid in hun werk en veel kansen om zichzelf te ontwikkelen. Bovendien geven ze aan dat het contact met de bewoners in een kleinschalige setting persoonlijker is. Omdat er in kleine groepen

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

wordt geleefd, hebben de medewerkers meer aandacht, tijd en rust en leren ze de bewoners beter kennen. Uit hetzelfde onderzoek van Martha Talma en Ben Stoelinga (2004) kwam naar voren dat er bovendien veel minder dan in een grootschalig verpleeghuis op de ‘automatische piloot’ wordt gewerkt. Daardoor hebben medewerkers het gevoel dat ze bewoners meer in hun waarde kunnen laten.

Daarom gaat het, in de manier van zorg verlenen die ons voor ogen staat, om het aangaan van een langdurige zorgrelatie. Vanuit die relatie bieden medewerkers houvast wanneer bewoners daar behoefte aan hebben, vanuit die relatie kunnen ze zich verplaatsen in de ander, en vanuit die relatie stimuleren ze als dit kan en nemen het over als het nodig is.

Medewerkers beïnvloeden door hun houding en gedrag de sfeer in een woning en tegelijkertijd moeten ze veel praktische zaken kunnen regelen. Het zijn evenwichtkunstenaars (Talma & Stoelinga, 2008) die van veel markten thuis zijn.

Problemen het hoofd bieden

Uit onderzoek (Boeije, 1994) blijkt dat medewerkers in de zorg voor mensen met dementie in hun werk met drie clusters van problemen te maken hebben:

1. Het nooit eindigende werk; wanneer heb je genoeg aandacht gegeven of naar iemand geluisterd?
2. De onzekerheid over hoe contacten met bewoners verlopen; veel gedrag wijkt af van wat we gewend zijn, wat is normaal?
3. Spanning tussen afstand en betrokkenheid; het werk vraagt betrokkenheid, maar hoe doseer je die? Hoe kun je er voor zorgen dat je problemen niet mee naar huis neemt?

Daarnaast is er in de relatie met mensen met dementie niet altijd sprake van wederkerigheid en hebben verzorgenden te maken met onverwachte situaties en emotionele reacties. Ten slotte verlenen ze in teamverband 24 uur per dag zorg, wat hoge eisen stelt aan afstemming en samenwerking.

Het zijn de medewerkers die bij WarmThuis de beoogde manier van wonen en leven voor mensen met dementie in praktijk vorm geven. Om dit te kunnen doen, moeten zij over een groot aantal competenties beschikken: zich betrokken op kunnen stellen, nabij kunnen zijn, grenzen kunnen trekken, open, flexibel, creatief en deskundig zijn. Dat zijn geen geringe eisen en daarom worden medewerkers bij WarmThuis ondersteund door:

- Een heldere visie op (de zorg voor) mensen met dementie;
- Ruimte om de levensgeschiedenis van de bewoners te leren kennen;
- Formeel en informeel van elkaar en anderen te leren;
- Te reflecteren op eigen gevoelens en eigen handelen.

De uitgangspunten van de visie worden in dagelijkse overlegmomenten kritisch met elkaar besproken en zo in de dagelijkse praktijk bewaakt.

4.2. Rol en positie van het management

Omdat het de medewerkers/verzorgenden zijn die de visie van WarmThuis in de dagelijkse praktijk inhoud geven, dient het primaat dan ook bij hen te liggen. Zij krijgen de ruimte om te experimenteren, binnen de grenzen van diezelfde visie. De rol van het management bestaat uit het scheppen van de voorwaarden (materieel en immaterieel), het bewaken van de grenzen en te ondersteunen waar dat nodig is. Daarvoor worden medewerkers uitgenodigd om met hun problemen, twijfels en eventuele gevoelens van onmacht naar buiten te komen.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

Om medewerkers te ondersteunen in deze manier van werken zijn een aantal voorwaarden nodig. Wanneer van verzorgenden wordt gevraagd om “gewoon” te doen en nabij te zijn, wordt van hen verlangd om oude vertrouwde patronen, die ze in hun opleiding en vorige werkkringen hebben geleerd, los te laten (van Waarde, 2000). Hierdoor wordt een belangrijk deel van hun houvast ontnomen. De visie, voldoende kennis en vaardigheden en een goede ondersteuning van de leidinggevende zijn dan essentieel.

Concreet betekent dit dat de organisatie:

- zorgt voor een voortdurende dialoog tussen leidinggevende en verzorgenden;
- de vrijheid geeft om verzorgenden authentiek en creatief te laten zijn;
- zorgt dat ontwikkelen, leren en toepassen in de werksituatie in samenhang zijn met elkaar;
- niet alleen faciliterend maar ook inhoudelijk leiding geeft (de leidinggevende heeft een voorbeeldfunctie);
- de zorg zo wordt ingericht dat het contact tussen verzorgenden en bewoners optimaal wordt gestimuleerd;
- professionele ondersteuning (van behandelaars), intervisie en scholing biedt.

In de locaties van WarmThuis zijn samenwerking, uitwisseling, feedback vragen en geven en nieuwe ideeën genereren de sleutelwoorden voor een goede organisatie.

4.3. Rol en positie van familie en andere naasten

Zorgen voor mensen met dementie vraagt veel van mantelzorgers: partners, kinderen en andere betrokkenen. Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers vaak overbelast en aan het eind van hun Latijn zijn (Zwaanswijk e.a., 2009). Zij hebben vaak lichamelijke en psychische klachten. Ook de sociale situatie verandert door de ziekte van de ander; er komt minder bezoek en er is gevaar voor sociale isolatie. Door de dementie verandert de relatie en raakt deze uit evenwicht. Mantelzorgers geven aan dat er sprake is van een rouwproces, terwijl de persoon in kwestie er lichamelijk nog is (Lindgren e.a. 1999). Wat dit allemaal voor gevolgen heeft voor partners, kinderen en familie hangt van veel factoren af; zoals de mate van zorg die nodig is, de persoonlijkheid van beide partners, hun copingstrategie met de veranderde situatie en de mate van praktische en sociale steun die ondervonden wordt.

Een opname in een zorginstelling wordt meestal niet bepaald door de ernst van het dementieproces, maar doordat het in de thuissituatie niet meer gaat. De draaglast van de betrokken mantelzorgers is groter dan hun draagkracht. Een opname gaat vaak gepaard met heftige emoties aan beide kanten. Bij familie roept het naast het verdriet om het afscheid ook gevoelens van tekortschieten en schuldgevoel op.

Daarbij speelt ook het negatieve imago van ‘het verpleeghuis’ hierin een rol. Bovendien geeft de omgeving van mantelzorgers soms een oordeel over een opname, zonder een idee te hebben van de ervaren zwaarte van de zorg voor iemand met dementie. Dit beeld en de oordelende omgeving maakt het voor familie extra zwaar. Toch kan het feit dat de zorg erg zwaar is ook positieve gevolgen hebben, het geeft degene die zorgt ook voldoening en bevestiging. Het bevestigt het gevoel nuttig en nodig te zijn en dit kan het zelfvertrouwen van de mantelzorger versterken (Narayan e.a., 2001). Kortom er spelen tal van tegenstrijdige emoties bij familie als zij hun familielid met dementie naar een zorginstelling brengen.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

Vanuit de medewerkers van een zorgorganisatie zal daarom begrip, ondersteuning en acceptatie nodig zijn in deze moeilijke situatie. Het is belangrijk dat familie zich thuis voelt, ondersteuning ervaart en er zo vertrouwen ontstaat in de zorgorganisatie.

Voor degene met dementie blijft het contact met familie en naasten onder alle omstandigheden erg belangrijk. Zij kennen de bewoner het beste en kunnen veiligheid en vertrouwdheid bieden, hun zorg en aandacht houdt niet op bij opname of inhuizing.

Samenwerken met familie en zorgverleners is een vereiste om een klimaat te scheppen dat ons voor ogen staat. Voor een goede samenwerking zijn er een aantal uitgangspunten belangrijk: uitgaan van de behoeften van familie, continuïteit in het contact, persoonlijke aandacht en informatieve, psychosociale en praktische ondersteuning (Keesom, 2002).

In het dagelijkse contact en ook in de structurele overleggen wordt hier vorm aan gegeven. Familie wordt uitgenodigd voor en betrokken bij overleg en hebben een persoonlijk verzorgende als aanspreekpunt. Van de familie wordt verwacht dat zij de zorgvisie en consequenties hiervan onderschrijven. Bij lastige situaties zal overleg nodig zijn. De familie wordt uitgenodigd en gestimuleerd om zorg voor hun naasten te continueren en hun wensen en behoeften hierin aan te geven aan de medewerkers. Vrijheid, ook voor familie, is een uitgangspunt van de zorgvisie waarbij vanzelfsprekend ook rekening wordt gehouden met andere bewoners en hun familie.

Een open contact tussen familie en medewerkers leidt tot een prettige sfeer en een goede woon- en leefomgeving voor de bewoner met dementie.

4.4. De relatie tot de omgeving (vrijwilligers, buurtbewoners)

In navolging van Kitwood is participatie van mensen met dementie een belangrijke kernwaarde. Mensen met dementie hebben sterk de behoefte erbij te horen. Participatie versterkt bovendien hun identiteit: wie je voor jezelf bent komt deels voort uit de relatie met anderen en uit wat je doet.

Er bestond een periode dat men in de zorg dacht dat mensen met psychiatrische of psychogeriatrische problemen het best geholpen konden worden in een rustige omgeving die zich het liefst op redelijke afstand van de woonwijk bevond. De omgeving moest zoveel mogelijk 'prikkelarm' zijn. Met de antipsychiatrische beweging verstomde deze gedachte echter. De opkomst van kleinschalig wonen zorgde voor verder tegenwicht voor de situatie van mensen met dementie.

Woonvoorzieningen voor mensen met dementie kunnen juist het beste in de woonwijk worden geplaatst, waar wat te beleven is en waardoor zij de kans krijgen deel te blijven uitmaken van de maatschappij. Het plaatsen van een woonvoorziening in de woonwijk resulteert echter nog niet direct in participatie. Hier moet door de zorgorganisatie actief in worden geïnvesteerd, en het vraagt ook een ander beleid dan vaak gangbaar is in woonvoorzieningen voor mensen met dementie.

Allereerst moet de woonvoorziening een leuke plek zijn om te bezoeken door familie, vrijwilligers en buurtbewoners. Er moet, naast voor de bewoners, ook voor bezoekers wat te beleven zijn. Daarnaast is een goede maar vooral ook wederkerige relatie met de buurt essentieel. Een goede relatie met de buurt zorgt voor sympathie en veiligheid voor de bewoners, heeft invloed op eventuele ervaren overlast en kan tot leuke initiatieven leiden. De bewoners kunnen zo volwaardige buurtbewoners zijn. De buurt moet hier echter ook iets voor terugkrijgen. Het is daarom belangrijk buurtbewoners bij nieuwe ontwikkelingen rond de woonvoorziening te betrekken, hen voldoende te informeren over de gang van zaken in de woonvoorziening en wat zij van de bewoners kunnen verwachten. Sowieso moeten alle bezoekers van de woonvoorziening (zowel buurtbewoners, vrijwilligers als mantelzorgers) altijd terecht kunnen voor vragen.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

De zorgorganisatie moet de omgeving echter ook zelf actief bij de woonvoorziening betrekken. In de eerste plaats door het werven en vervolgens faciliteren van vrijwilligers. Vrijwilligers vormen een belangrijke sleutel tot succes van een woonvoorziening. Zij zorgen voor de zogenaamde slagroom op het toetje. Ook hier geldt dat vrijwilligers wel iets voor hun inzet terug moeten krijgen. Een goede coördinatie, maar ook het uiten van waardering en het geven van verantwoordelijkheid zorgt ervoor dat vrijwilligers plezier hebben in hun werk en zich blijven inzetten. Tenslotte zijn er vele initiatieven denkbaar die verdere participatie van de bewoners in de maatschappij in gang zetten. Denk aan het betrekken van scholen bij de woonvoorziening, het plaatsen van een kinderopvang bij de woonvoorziening, het organiseren van teambuildingdagen op het terrein van de zorgvoorziening en het organiseren van feesten voor de buurt.

Haarlem, juni 2010

Leny Haaring, Gz-psycholoog

Hans Houweling, ouderenarts

Dieneke Smit, gerontoloog en gezondheidswetenschapper

Hugo van Waarde, verplegingswetenschapper

Literatuurlijst

Alzheimer Nederland (2010). *Cijfers en feiten over dementie*. Bunnik, Alzheimer Nederland.

Boeije, H.R. (1994). *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Utrecht: de Tijdstroom.

Boekhorst, S. Te, Depla, M.F.I.A., de Lange, J., Pot, A.M., & Eefsting, J. (2007). *Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: een begripsverheldering*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 38(1).

Bowlby, J. (1969, 1973, 1980). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment, Vol. 2: Separation, Vol 3: Loss*. London: Hogarth Press.

Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). *The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research*. The Gerontologist, 40(4), 397 – 416.

Derix, Mayke, Leny Haaring, Bianca de Geus. (1999) *Dementie: verschillen in syndroom, ziekte en persoon*. In: Duijnste, M., Blom, M. (red), *Dementie en depressie; perspectief op verpleegkundige interventies*, Intro, Baarn.

Droes, RM. (1991). *In beweging: over psychosociale hulpverlening aan dementie ouderen*. Nijkerk: Intro.

EBRO Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementia (2005) Alphen aan de Rijn: Van Zuiden.

Ettema, Teake P. (2007). *The Construction of a dementia-specific Quality of Life instrument rated by professional caregivers: The QUALIDEM*. Amsterdam: Vrije Universiteit

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

Houweling, Hans (1987). *Warme zorg, een visie op psychogeriatrische zorgverlening*. Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam-, en Ziekenverzorgenden, 20, 39 – 42.

Houweling, Hans (1990). *Laat je intuïtie spreken!* Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatricie, 2, p.16-17

Houweling, Hans (1993). *Interview met hoogleraar Dick Sipsma*. Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatricie. ?, 28-32.

Keesom, J., M. Duijnste en M. Van Vliet, (2002). *Beeldvorming en bondgenootschap. Een verkenning van familie zorg in een zestal verpleeg- en verzorgingshuizen*. UMCU: Utrecht.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kooij, C. van der (2002). *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Lemma: Utrecht.

Krijger, E. (2007). *Kijkpunten kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie*. Utrecht: Vilans.

Lange, J. de (2004). *Omgaan met dementie*. Utrecht: Trimbo-instituut.

Lindgren, C.L., C.T. Conolly en H.L. Gasper. (1999) *Grief in spouse and children caregivers of dementia patients*. Western journal of nursing research, 21 (4), 521-537

Talma, Martha & Ben Stoelinga. (2004) *Leren van veranderen. Kleinschalige zorg voor mensen met dementie*. Utrecht: NIZW.

Talma, Martha & Ben Stoelinga (2008). *Onder evenwichtskunstenaars*. In: Waarde, Hugo van, (red) Denkbeelden over kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Houten, BSL.

Marquart, C., & Schmiege, P. (2009). *Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes*. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 24(4), 333 – 340.

Miesen, B. (1990) *Gehechtheid en dementie*. Nijmegen, Katholieke Universiteit

Miesen, B. (1993). *Dementie dichterbij, een handreiking aan verzorgenden*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Narayan, S., M. Lewis ea. (2001). *Subjectieve reacties op de zorg voor een dementerende partner*. Verpleegkundig perspectief, 2001, 17(6), 35-39

Waarde, Hugo van (2000). *'Kleinschaligheid zit in je hoofd': hoe sturen managers kleinschalige woonvormen aan?* Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatricie, 12 (1), 30-35.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021

Zwaanswijk, M., Peeters, J., Spreeuwenberg, P., Beek, S. van, Francke, A. (2009). *Motieven en belasting van mantelzorgers van mensen met dementie: resultaten van de peilingen met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma*. Utrecht, Nivel.

Procedure	omschrijving	Document eigenaar	Datum bijgesteld	Verantwoordelijke	Evaluatie datum
2 Directie en Kwaliteit	Visie op wonen en Welzijn	DIR	25-03-2019	DV	Maart 2021