



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Als zorg een zorg wordt

“Behoeftenonderzoek van personen met dementie, hun mantelzorgers en professionele verzorgers in de thuiszorg.”

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Naam en voornaam van de studenten:
Meynen Valerie
van der Steen Paula**

***Promotor: Gielen Carine
Inhoudsdeskundige: Van de Moortel Elke
Inhoudsdeskundige eigen werkveld: Herman Astrid
Smaers An
Oudere: Van Gils Jacques***

**Academiejaar 2014-2015
Bachelor na Bachelor Interdisciplinaire Ouderenzorg**



Als zorg een zorg wordt

“Behoeftenonderzoek van personen met dementie, hun mantelzorgers en professionele verzorgers in de thuiszorg.”

Voorwoord

Eerst en vooral danken wij de mantelzorgers voor hun medewerking aan dit project. Zonder hun openheid kon dit project niet tot stand komen.

We danken elkaar voor de steun en toeverlaat die we mochten ervaren. Mede hierdoor konden we deze bachelorproef tot een goed eind brengen.

Dank aan Carine Gielen, promotor van dit project. Ze heeft ons goed begeleid bij de uitwerking van onze bachelorproef.

Graag willen wij ook onze inhoudsdeskundigen, Herman Astrid en Smaers An, bedanken voor de mogelijkheid om dit project binnen onze werkomgeving uit te werken en ons hierbij te ondersteunen.

Speciale dank richten we naar onze thuisgenoten. Onze partners en kinderen hebben ons het afgelopen academie jaar regelmatig moeten missen. Zonder hun onvoorwaardelijke steun zouden we nooit zo ver zijn geraakt.

Tot slot danken wij PXL voor de ondersteuning die zij gedurende de opleiding hebben geboden.

Inhoud

1	Eigenlijke inhoud.....	1
1.1	Theoretisch deel.....	1
1.1.1	Dementie	1
	Definitie van dementie	1
	Fases van dementie.....	2
1.1.2	De mantelzorg(er)	5
	Definitie van mantelzorg(er)	5
	Draagkracht en draaglast voor de mantelzorg(er) en de persoon met dementie:.....	9
	Tips voor mantelzorgers.....	14
1.2	Praktisch deel.....	15
	Voorstelling internationaal werkveldbezoek, stageplaats en werk.....	15
2	De onderzoeksvraag	19
3	De gebruikte onderzoeksmethode	20
4	Resultaten.....	22
5	Discussie	42
6	Reflectie.....	44
7	Besluit.....	46
8	Bibliografie	48
9	Bijlage.....	51

Inleiding:

Het aantal personen met dementie in Vlaanderen wordt op heden geschat op ruim 100.000 personen. De verwachting is dat tegen 2020 deze cijfers gaan stijgen met 30%. (Woonwijzer Dementie (2014), Expertisecel Healthcare-Research PXL).

Ongeveer 35% van de personen met dementie wonen nog thuis. Onderzoek heeft uitgewezen dat de meeste mensen zolang mogelijk thuis willen blijven wonen. Dementie is een procesmatig chronische aandoening waarbij de noden en de behoeftes stijgen naarmate de ziekte/aandoening vordert.

De media besteedt de laatste tijd aandacht aan dementie en langer thuis wonen. Volgens een artikel "Langer thuis wonen: geen utopie meer." Van Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen is het belangrijk om mantelzorgers emotionele, praktische en materiele ondersteuning te bieden. Hun bijdrage is van onschatbare waarde. 'Ageing in place' is een belangrijk uitgangspunt wanneer we het hebben over kwaliteitsvol leven van ouderen. Als de zorg thuis niet meer mogelijk is, is er nood aan kwaliteitsvolle woonzorgcentra. (De zondagskrant, regio Mol)

In dit werk, dat een onderdeel vormt van het 3-jarige PWO-project "Woonwijzer Dementie" (Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek), worden de behoeften en noden van de mantelzorgers van de persoon met dementie beschreven en in kaart gebracht. De gegevens hiervoor werden verzameld door middel van een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst "Zicht op mantelzorgers" Hogeschool Gent en dragen bij tot het beantwoorden van doelstelling 2 van het PWO-project. (De Vos, L. & De Koker, B. (2014) *Zicht op mantelzorg*).

Binnen het 1^e jaar van het PWO-project worden 3 doelstellingen vooropgesteld:

- Het inventariseren van bestaande informatie over een dementievriendelijke omgeving in de thuismilieu.
- Het inventariseren van de noden van de professionele thuiszorgdiensten en het directe netwerk van de persoon met dementie.
- Het analyseren van het beschikbare materiaal in de thuissituatie om de persoon met dementie zolang mogelijk en comfortabel thuis te laten wonen.

Volgende methodologie wordt tijdens het PWO-project doorlopen:

- Literatuurstudie en analyse van good practices.
- Behoeftenonderzoek van de professionele thuiszorgdiensten en het directe netwerk van de persoon met dementie.
- Kwalitatieve bevraging en analyse over het beschikbare materiaal en of dit al dan niet een antwoord biedt op de behoefte.

Aan de hand van een gestructureerde vragenlijst / interview willen wij onderzoeken welke knelpunten de mantelzorgers ervaren.

1 Eigenlijke inhoud

1.1 Theoretisch deel

1.1.1 Dementie

Definitie van dementie

Het Latijnse woord 'mens' betekent geest. Dement kan letterlijk vertaald worden als 'ontgeest', ontdaan van geest (spreekuurhuis.nl, 2008).

Dementie is een syndroom. Het is een samenhangend geheel van tekenen of symptomen. Deze zijn het gevolg van een ziekte die de hersenen op een of andere manier aantast. Verschillende ziektes kunnen leiden tot dementie. De uiting van dementie hangt bijgevolg af van de onderliggende ziekte. Het geheel van geestelijk functioneren gaat steeds verder achteruit. Naarmate de dementie verder evolueert is een normaal en zelfstandig leven niet meer mogelijk. (Expertisecentrum dementie Vlaanderen)

Dementie is een verzamelnaam waarbinnen ruim vijftig ziektes, als oorzakelijk aangeduid kunnen worden. Een aantal ziektes zijn: Ziekte van Parkinson, ziekte van Alzheimer, Frontotemporale degeneratie,... Alle ziektes leiden tot een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren. De meest bekende vorm is Alzheimer-dementie en Parkinson dementie (Alzheimer-Nederland, 2015).

Afhankelijk van de bron wordt de term dementie anders geformuleerd. Volgens www.vandale.nl betekent dementie een geestelijke aftakeling door ouderdom en volgens woorden.org is dit een aandoening van de hersenen waardoor de verstandelijke en cognitieve vermogens verminderen.

Dementie komt vooral voor bij oudere mensen. In 2007 hebben onderzoekers van Universiteit de Liège samen met de onderzoekers van KU Leuven gewerkt aan de Qualidem studie. Ze schatten dat het aantal personen met dementie in België tot 9,3% ligt bij 65-plussers. Bij 85-plussers bedraagt dit 26,4% en bij de 90-plussers 34,8%. Twee op drie van de patiënten zijn vrouwen (De Coster, I., Prof. dr. Declercq, A. & Prof. dr. Van Audenhove, C. (2007), *Mantelzorg in Vlaanderen*. K.U. Leuven). De cijfers zijn nu een onderschatting.

Het aantal ouderen en zeer oude mensen neemt in ons land in de komende decennia aanzienlijk toe. In 2000 telde België 2.249.411 60-plussers of 21,9% van de bevolking. Tot 2050 zal dit stijgen tot ongeveer 3,5 miljoen (32,5% van de bevolking). De sterkste toename is te verwachten tussen 2010 en 2030.

In 2001 bedroeg het aantal personen met dementie in België 161.000 (9,3% van 1,73 ouderen). Als de prevalentie cijfers voor dementie niet veranderen en curatieve behandelingen uitblijven, zal het aantal 65-plussers met dementie oplopen tot 172.000 in 2010, 251.000 in 2030 en 350.000 in 2050 (Stichting Alzheimer Onderzoek (2015)).

Fases van dementie

Afhankelijk van het type dementie kent deze een ander verloop. Globaal gezien is er een proces van langzame achteruitgang die gemiddeld 7 tot 10 jaar duurt en onomkeerbaar is. Dit proces wordt in verschillende fases onderscheiden van beginnende en milde dementie, naar matige dementie tot ernstige dementie waarbij de persoon met dementie in de laatste fase weinig tot geen contact heeft met de mantelzorgers en hun omgeving. (BTSG bibliotheek (2015))

	Beginnende en milde dementie	Matige tot ernstige dementie	Ernstige dementie	Ernstige dementie
Fase van ik beleving (Rien Verdult)	Bedreigde – ik	Verdwaalde - ik	Verborgene – ik	Verzonken - ik
Stadium volgens Validerende benadering (Naomi Feil)	Lichte verwardheid	Verwardheid in tijd	Voortdurende beweging	Vegeteren

Bedreigde –ik / cognitieve fase

Dementie komt heel langzaam en is in het begin zelfs ongemerkt. Ouderen in deze fase lijden aan vergeetachtigheid. Hun oriëntatie is goed maar ze krijgen last van hun geheugen.

"Mr. E. vergeet regelmatig wanneer zijn afspraak met de dokter is. Hij vraagt dit regelmatig aan zijn echtgenote."

De oudere gaat zich meer bedreigd voelen. Hij/zij wordt angstig en onzeker. De persoon met dementie kan niet meer voluit op zichzelf vertrouwen in het onthouden van informatie.

"Mevrouw B. kwam voor de eerste keer naar een dagopvang. Zij had constant haar handtas dicht tegen zich aangeklampt."

De lichamelijke kenmerken zijn:

- De houding van de oudere is stijf en gespannen.
- De persoon met dementie kan verdwaasd kijken.

Verdwaalde –ik / emotionele fase

In deze fase zijn de ouderen meer gedesoriënteerd in tijd, plaats en ruimte. Ze komen zoekend over. Het tijdsbesef raakt verloren. Men kan nog wel de klok lezen maar men kan geen besef van tijd aankoppelen. De emoties van het heden als van het verleden worden heftig beleefd.

“Meneer W. raakt telkens in paniek als er een vliegtuigcrash op tv komt. Hij beleeft hierdoor terug WOII. Zijn vrouw moet hem telkens kalmeren en geruststellen.”

“Meneer G. durft niet meer buiten te komen, ook niet met zijn vrouw. Hij herkent de omgeving niet meer en verdwaalt.”

De lichamelijke kenmerken zijn:

- De schouders van de oudere neigen naar voor te hangen.
- De persoon met dementie staart doelloos in de verte.
- Incontinentie komt vaker voor in deze fase van dementie.

Verborgten –ik / psychomotorische fase

De ik-beleving lijkt in deze fase te verdwijnen. De ouderen met dementie gaan bepaalde bewegingen steeds herhalen. Vb.: servet opvouwen, een bepaald ritme bewegen.

“Als mevrouw F. iets gevraagd wordt wat ze niet dadelijk begrijpt, wriemelt ze met haar vingers.”

“Mevrouw K. stapt bij een duidelijk vooropgestelde doel maar begint te schuifelen als ze niet weet naar waar ze moet gaan.”

In deze fase nemen de ouderen zelf geen initiatief meer tot contact. Het risico in deze fase is dat de oudere in een (verdere) eenzaamheid terecht komt.

Lichamelijke kenmerken:

- Hun ogen zijn vaak gesloten of kijken ongericht.
- De ouderen gebruiken hun stem om zich te uiten maar zijn moeilijk verstaanbaar.
- Hun gangpatroon verandert in schuifelen.
- De schouders zijn voorover gebogen.
- De personen met dementie zijn in deze fase vaak rolstoel gebonden.

Verzonken –ik / zintuiglijke fase

De oudere bevindt zich in de laatste fase van dementie. Zij/hij initieert geen lichamelijk of verbaal contact. De 'ik'-beleving is verdwenen. De persoon met dementie valt terug op zijn primaire behoeftes en emoties zijn nog moeilijk waar te nemen.

In deze fase is het belangrijk dat de zintuigen nog worden geprikkeld. Vb.: door snoezelen, massages, lievelingsmuziek beluisteren, geurkaarsen,... Hun reactie op deze prikkels zijn minimaal. Vb.: ze knijpen in uw hand, een kleine lach op hun mond, knipperen van hun ogen.

“Meneer D. heeft weinig contact met zijn echtgenote en de omgeving. De echtgenote communiceert met lichamelijke aanrakingen. D. kan niet meer praten en brabbelt. Enkel zijn snapt wat D. bedoelt.”

Lichamelijke kenmerken in deze fase van dementie :

- De ouderen zijn vaak bedlegerig.
- Ze hebben geen oogcontact meer.
- Ze kunnen zich ontspannen maar er kunnen ook contracturen ontstaan.

Doorheen de verschillende fases van het dementieproces hebben de mantelzorgers veelal moeite met de verandering in het gedrag van hun naasten. De draaglast van de mantelzorgers blijft onveranderlijk. Naarmate er meer verschijnselen van het dementieproces optreden, heeft de mantelzorgers minder sociale contacten. Hij/zij voelt zich ook meer eenzaam. De zorg voor de persoon met dementie wordt lichamelijk zwaarder voor de mantelzorgers.

De mantelzorgers geeft ook aan dat men onvoldoende uitleg omtrent het dementieproces heeft ontvangen. Hierdoor krijgen zij het gevoel dat ze er alleen voor staan. In hoofdstuk 1.1.2 wordt de definitie en beschrijving van de term mantelzorgers verder toegelicht (Zwaanswijk, M., van Beek, A.P.A., Peeters, J., Meerveld, J. & Francke, A.L. (2010)).

1.1.2 De mantelzorger

Definitie van mantelzorger

Het begrip mantelzorg is overgenomen van Nederland om te komen tot een gelijkwaardige term in de zorg (Mantelzorg Liberale mutualiteit, 2015).

Al eeuwen zorgen mensen voor elkaar, als iemand de zorg zelf niet meer op zich kan nemen. Vroeger was hiervoor geen naam. Het woord "mantelzorger" is ontstaan in 1977 door prof. dr. J.C.M. Hattinga Verschure (mens en samenleving, 2012). Mantelzorg is een heel ruim begrip, alsook de opgenomen taken. De definitie van een mantelzorger is een beschrijving die binnen dit ruime kader valt (Ziekenzorg cm, 2015).

Mantelzorgers van personen met dementie kunnen omschreven worden als personen die die op regelmatige basis de zorg opnemen voor een hulpbehoevende dementerende persoon in diens directe omgeving. De zorgverlening vloeit rechtstreeks voort uit de sociale relatie vanuit vanzelfsprekendheid en/of plicht. Er is naast een zorgrelatie ook sprake van een verwants-, vriendschaps- of buurrelatie tussen de zorgverlener en zorgontvanger. De zorgverlener binnen deze context is niet beroepsmatig bezig met de zorg (Spruytte, N., Van Audenhove, Ch., & Lammertyn, F.; Tjadens, F. & Pijl, M., (2000), *Consensus: ondersteuning van mantelzorgers van dementerende personen*. K.U. Leuven).

Het woondecreet van 13 maart 2009 beschrijft mantelzorger als een natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band, één of meer personen met een verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijks leven.

Mantelzorg is een langdurige en intensieve zorg bieden aan een zorgbehoevende.

In België zijn er meer dan 600.000 mantelzorgers. Zij hebben gemiddeld de leeftijd van 57 jaar en 63% zijn vrouwen. Naast hun taak van mantelzorger heeft 37% nog een betalende job. Ongeveer een vierde (28%) is op pensioen. Ruim drie vijfde van de mantelzorgers zijn getrouwd, een kleine minderheid 9% is weduwe/ weduwnaar. Bijna de helft (47%) van de mantelzorgers zijn ouders. Mantelzorgers zorgen het vaakst voor (schoon)familie. Mannelijke mantelzorgers zorgen het vaakst voor hun zwaar zorgbehoevende partner. Meestal hebben zij de pensioenleeftijd (De Coster, I., Prof. dr. Declercq, A. & Prof. dr. Van Audenhove, C. (2007), *Mantelzorg in Vlaanderen*. K.U. Leuven).

Volgens federale overheidsdienst sociale zekerheid, 06/06/2014, wet betreffende de erkenning van de mantelzorger, staat een mantelzorger een persoon met een grote zorgbehoefte bij. De mantelzorger is een meerderjarig of ontvoogde minderjarige. Er dient een vertrouwensrelatie of een nauwe, affectieve of geografische relatie opgebouwd te zijn met de zorgbehoevende persoon. De geboden hulp mag niet beroepshalve zijn en dient kosteloos te zijn. Er moet een samenwerking met een professionele zorgverlener zijn.

Schema van mantelzorg:



De zorgbehoevende staat centraal in het midden, met zijn eigen noden en verwachtingen in de zorgsituatie. De cirkel daaromheen zijn de mantelzorgers. Zij vormen de mantel om de zorgbehoevende persoon. Zij staan het dichtst bij de zorgbehoevende persoon. De buitenste cirkel vertegenwoordigt de vrijwillige en de professionele hulpverlening. Vrijwilligers verlagen de zorgzwaarte van de mantelzorg. Professionele hulpverlening nemen de professionele taken op zich. Al deze cirkels samen proberen de zorgsituatie op een zo goed mogelijke manier op te vangen (ziekenzorg C.M., schema van mantelzorg (2015)).

Bij mantelzorgers is er steeds sprake van een sociale en emotionele band. Er wordt gezorgd vanuit een wederzijdse betrokkenheid voor iemand uit de directe omgeving. Ideaal gezien gebeurt dit vanuit het hart waarbij de mantelzorg de zorgbehoevende graag ziet.

“Meneer L. benoemt de verzorging van echtgenote met dementie als blijk van pure liefde.”

Mantelzorgers hebben doorgaans geen medisch geschoolde achtergrond. Mantelzorg vindt plaats buiten het georganiseerd zorgverband en buiten het kader van een hulpverlenend beroep. De geboden zorg gebeurt op frequente basis en is geen éénmalige gebeurtenis (Mantelzorg Liberale Mutualiteit, 2015).

“Meneer L. is een gewezen brandweerman en heeft zijn hobby's aan de kant geschoven voor de zorg van zijn vrouw. Hij gaat niet naar bijeenkomsten want hij zegt dat elke persoon met dementie en situatie verschillend is.”

Naast het opnemen van verantwoordelijkheden kan de mantelzorger bij het ziekenfonds terecht. Bij het ziekenfonds kan de mantelzorger met het akkoord van de zorgontvanger of zijn wettelijke vertegenwoordiger, een erkenningsaanvraag voor mantelzorger indienen door een verklaring op erewoord. Deze aanvraag voor mantelzorg dient jaarlijks hernieuwd te worden.

Het beëindigen van de hoedanigheid als mantelzorger kan op verzoek van de mantelzorger zelf of van de geholpen persoon of bij overlijden van de geholpen persoon. Indien de geholpen persoon permanent wordt opgenomen in een dienst voor dag- of nachtopvang, beëindigt de zorgafhankelijkheid automatisch.

Als de mantelzorger niet meer voldoet aan de erkenningsvoorwaarden dan is hij/zij niet meer in staat zijn om als mantelzorger te functioneren. Zijn erkenning wordt dan ingetrokken en dit gebeurt bij de volgende gevallen: bij veroordeling van de mantelzorger voor geweld, oplichting of verwaarlozing.

Vroeger was het vanzelfsprekend om te zorgen voor personen die zorgbehoevend waren. Na 1950 is hierin een verandering gekomen door het ontstaan van de openbare zorgvoorzieningen. Thuis- en mantelzorg werd prioriteit. Dit zorgde dat er nood was aan erkenning voor de mantelzorgers. Er was een groeiende nood aan langdurige zorg, 80% van deze zorg wordt verleend door mantelzorgers. Welzijn van de mantelzorgers en zorgvrager wordt door elkaar bepaald. Er wordt steeds meer beroep gedaan op mantelzorgers, beleidsontwikkelingen vertrouwen hierop. De behoefte van de mantelzorgers worden vaak genegeerd. Er is nog weinig erkenning van hun bijdrage op vlak van economie en maatschappij.

Mantelzorgers zijn gemiddeld 17,5 uur per week bezig met de zorgtaak. De persoonlijke draagkracht en draaglast bepalen mee of de mantelzorgers de taak goed op zich kan nemen. Zorgen voor een dierbaar iemand brengt veranderingen mee in je dagelijkse leven. Er kunnen praktische, financiële of emotionele problemen en obstakels opduiken. Afhankelijk van de zorgrelatie zoals partner, kinderen, naaste familie en het veranderende gedrag van de zorgvrager kan de zorg voor de persoon met dementie zwaarder worden en wegen op de draagkracht van de mantelzorgers. Bij gebrek aan ondersteuning kan een mantelzorgers geïsoleerd geraken. Zorgen voor een zwaar zorgbehoevende persoon kan leiden tot depressies of mis(be)handeling. Natuurlijk is niet alles kommer en kwel. Zorgen voor iemand dierbaar kan ook voldoening geven. Het kan leiden naar een persoonlijke groei. Men leert nieuwe vaardigheden en de relatie krijgt een andere betekenis. Er ontstaat meer intimiteit.

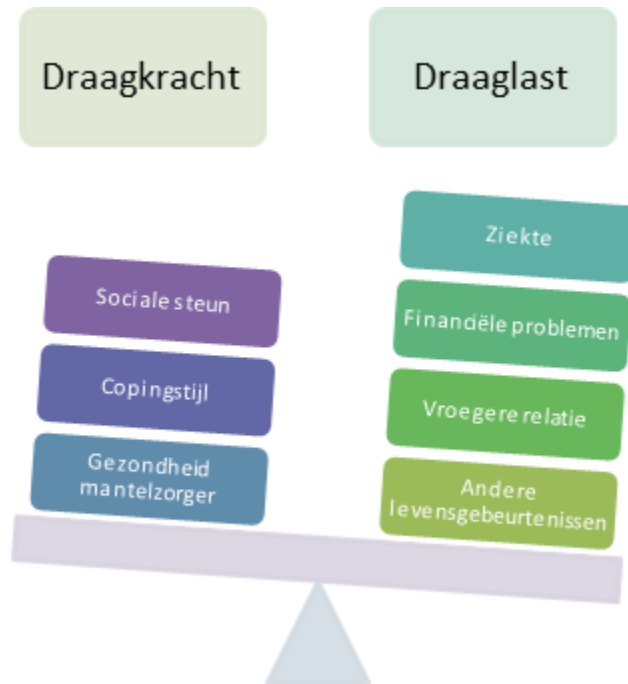
Mantelzorgers hebben nood aan goede ondersteuning bij hun zorgtaak. Deze ondersteuning kan praktisch zijn, zoals hulp bij het huishouden, hulp bij de dagelijkse verzorging van de zorgvrager. Anderzijds is informatieve steun ook belangrijk. Op die manier kan de zorgverlener meer inzicht krijgen in het ziektebeeld en eventuele verloop van deze ziekte. Als de draagkracht van de mantelzorgers overstijgt, kan ook een nood aan emotionele ondersteuning ontstaan. Deze ondersteuning kan zowel professionele hulp als uit sociaal netwerk bestaan. De zorg van een dierbare brengt kosten met zich mee en mogelijks ook financiële zorgen

Vanuit de overheden zijn er een aantal ondersteuningsmaatregelen. Via de federale overheid kan men 10 dagen sociaal verlof opnemen voor de zorg van een dierbare. Onbetaald verlof en tijdskrediet kan men gedurende een tijd opnemen. Men kan onderbreking aanvragen van beroep om te zorgen voor een persoon die palliatief is of medische hulp nodig heeft. Voor personen ouder dan 65 jaar kan subsidies aanvragen, afhankelijk van de KATZ-score. Via de Vlaamse zorgverzekering kan een extra zorgtoelage toegekend en uitgekeerd worden. Lokale overheden kennen vaak ook een tussenkomst toe voor personen die thuis voor een familielid zorgen. (De Coster, I., Prof. dr. Declercq, A. & Prof. dr. Van Audenhove, C. (2007), *Mantelzorg in Vlaanderen*. K.U. Leuven)

“Meneer P. zorgt dag in en uit voor zijn echtgenote met dementie. De zorggraad wordt hoog en P. geeft aan dat zijn vrouw betere verzorging kan krijgen in een woonzorgcentrum (WZC). De kosten voor een opname is financieel onhaalbaar.”

Draagkracht en draaglast voor de mantelzorg en de persoon met dementie:

De zorg voor een persoon met een dementie kan voor de mantelzorg gepaard gaan met een bepaalde graad van belasting. Naarmate het dementieproces vordert, kan deze belasting voor de mantelzorg ernstiger worden. Wanneer de draaglast en draagkracht uit evenwicht is, kan dit voor overbelasting zorgen.



Draagkracht betekent 'een proces van positieve aanpassing in een context van erge tegenspoed en accentueert dat de zorgbelasting aanleiding kan zijn tot het benutten van kansen en mogelijkheden.' (Alzheimerliga.be, 2014).

Draaglast is een belastende omstandigheden waaraan je wordt blootgesteld (fit in je hoofd.be, 2015).

Overbelasting is ten gevolge van zware fysieke en psychische belasting waardoor de gezondheid van de mantelzorg in het gedrang komt (effectieveouderenzorg.nl, 2009).

Zorg in de maatschappij door de mantelzorg brengt hoge belasting mee op verschillende gebieden: (Kennispunt Mantelzorg.be (2015))

Psychosociale belasting:

De onderlinge relatie tussen de persoon met dementie en de mantelzorg wordt beïnvloed door de zorg die erbij komt kijken. Doordat de verantwoordelijkheid volledig op de mantelzorg terecht komt, verandert de liefdes- en partnerrelatie. (Thuiszorg C.M. Antwerpen (2013), *Omgaan met dementie*).

Deze veranderingen van de rollen wordt ook rolherdefiniëring genoemd. De mantelzorg is niet meer gewoon de partner of kind van de persoon met dementie, maar is eerder zorgverlener.

Naast rolomkering is er ook rolbevestiging. Dit betekent dat de posities ten opzichte van elkaar hetzelfde blijven.

Uit een bevraging bij de Vlaamse geregistreerde mantelzorgers blijkt dat meer dan de helft een emotionele belasting ervaart. Het sociaal leven van de mantelzorg en het niet goed genoeg tijd hebben voor zichzelf is een knelpunt.

De rolveranderingen kan men indelen in 3 fases:

- De beginfase of encounter stage:

De toekomstverwachtingen en het leven van de mantelzorg verandert doorgaans grondig. De mantelzorg wilt zich zo goed mogelijk aanpassen aan de nieuwe zorgsituatie. Op zoek gaan naar informatie en aanleren van zorgvaardigheden staat centraal in deze fase.

- De middenfase of enduring stage:

Door de intensiviteit van de zorg, merkt men dat de sociale relaties stuklopen. Voor buitenstaanders is een bezoek bij de zorgvrager meestal geen aangename bezigheid. Er worden, door de mantelzorg, meer taken op zich genomen: lichamelijke zorg, planning van afspraken,...

- De eindfase of exit stage:

Wanneer een persoon met dementie opgenomen wordt in een woonzorgcentrum of overlijdt, begint de eindfase voor de mantelzorg. Een aantal rollen dienen niet meer vervuld te worden door de mantelzorg. Hij/zij tracht zijn/haar vroegere leven terug op te nemen.

Er zijn ook een aantal psychosociale noden die bijdragen tot de draagkracht van de mantelzorg.

- Nood aan sociaal contact:

Een luisterend oor van een familielid, vriend of buur zorgt ervoor dat de mantelzorg even uit zijn zorgrol kan stappen. Contact met anderen kan de mantelzorg helpen op het gebied van emotionele steun, praktische ondersteuning en informatieverwerking.

Verschillende mantelzorgers hebben ook nood aan lotgenotencontacten. Deze momenten kan voor de mantelzorg een aanmoediging of een ondersteuning bieden.

- Nood aan een luisterend oor:

Mantelzorgers hebben nood aan een goed gesprek. Zij willen hun gevoelens kunnen delen. Langs de andere kant heerst er nog taboe om over “negatieve” kanten van de zorg te spreken.

Professionele hulpverleners in de thuissituaties kunnen een belangrijke rol spelen voor de mantelzorgers. Soms zijn zij de enige aanspreekpunt met de buitenwereld. Een nadeel kan zijn dat er verschillende professionele hulpverleners afwisselen waardoor de vertrouwensband minder snel wordt opgebouwd.

- Nood aan herkenning en waardering:

Mantelzorgers hebben nood aan erkenning voor de zorgtaak die zij uitvoeren. Als de mannen de zorgtaak op zich nemen, krijgen zij vaker erkenning. De erkenning die mantelzorgers willen, is niet enkel van hun directe netwerk maar ook van de professionele hulpverlening die aan huis komt.

Waardering kan geuit worden door actief luisteren, respect te hebben voor de gewoontes en de privacy van het gezin. Klachten van de mantelzorgers die ernstig genomen te worden. Mogelijks dreigt er een overbelasting.

- Nood aan aanleren van (zelf)zorg:

Mantelzorgers vergeten vaak dat zelfzorg heel belangrijk is. Hoe beter men zich zelf verzorgt, hoe langer en beter men voor een andere kan zorgen. Soms zijn mantelzorgers weerspanning als het om zelfzorg gaat. Dit vloeit voort uit schuldgevoel, angst of het niet herkennen van de nood aan ontspanning. Soms worden mantelzorg vrije dagen ingelast om even op adem te komen.

Financiële belasting:

Financieel is het voor de mantelzorg niet altijd gemakkelijk. Dit komt door de kosten van de verzorging voor de persoon met dementie. Er is vaak een verandering van het gezinsinkomen doordat men v.b.: deeltijds of niet meer gaat werken. Men bespaart op aangename dingen of ontspanning. Op langere termijn geeft dit gevolgen voor de draagkracht van de mantelzorg. Duidelijke afspraken met familieleden over de financiële regeling is belangrijk. Efficiënte informatiedoorstroming van hulpinstanties over financiële ondersteuning is belangrijk.

Belasting met betrekking tot het takenpakket:

Het takenpakket van de mantelzorgers neemt veel tijd en energie in beslag. De algemene toestand van de mantelzorgers hangt nauw samen met de belastingervaring van de zorg. Soms is de mantelzorger bejaard of heeft hij/zij gezondheidsproblemen. Volgens Buijssen & Adriaansen, "hulpverlening aan mantelzorg", 2005, is het belangrijk om vaardigheden aan mantelzorgers aan te leren. Correcte toegepaste technieken voorkomen lichamelijk letsel. Het aanleren van technische vaardigheden, zoals het geven van sondevoeding, het correct begeleiden van transfers, e.d. is eveneens belangrijk. De leefomgeving dient ook bekeken te worden met de mantelzorger en desnoods aangepast.

Het inschakelen van professionele hulp is afhankelijk van correct (h)erkennen van zijn/haar eigen noden. Vaak gebeurt het inschakelen van deze hulp te laat. Dit wordt "zorgmijders" genoemd. Als men beslist om professionele hulp in te schakelen, betekent dit vaak een belangrijke taakverlichting. De mantelzorger voelt zich vaak geruster.

"Meneer A. heeft beloofd aan het sterfbed van zijn vader om altijd voor zijn moeder met dementie te zorgen. Hij neemt de zorgtaak volledig en serieus op zich. Hij verblijft 24/7 bij zijn moeder. De moeder aanvaardt geen zorg van (vreemde) mensen. Er komt geen professionele hulp aan huis. Dit heeft geleid tot een opname in het ziekenhuis wegens "ontspoorde zorg"."

Belasting in omgang met professionele hulpverlening:

Het verschil in kennis van de mantelzorger en de professionele hulpverlener kan ook een nieuwe vorm van belasting zijn. De mantelzorg werkt vanuit een emotionele relatie van de persoon met dementie. Hun zorg is vooral gericht op het verleden en wat de persoon van dementie niet meer kan. De professionele hulpverlening werkt toekomstgericht en op wat de persoon met dementie nog wel kan.

Het in huis halen van vreemden kan voor problemen zorgen op vlak van privacy en zelfstandigheid. Het gebrek aan respect voor de thuissituatie en de hulpbehoevende kan voor de mantelzorger reden zijn om een einde te maken aan de professionele hulp. Continuïteit van de zorg is voor de mantelzorger van groot belang. Dit is belangrijk voor de structuur van de persoon met dementie. Mantelzorgers denken vaak dat ze dag en nacht kunnen bellen voor professionele hulp. Goede afspraken zijn nodig om de persoon met dementie een vertrouwensband te creëren en de mantelzorger te ontlasten.

Belasting ten gevolge van informatieverwerving:

Veel mantelzorgers geven aan dat ze problemen hebben om de juiste informatie te vinden. Deze informatie heeft betrekking tot de aandoening, mantelzorgvaardigheden, verschillende diensten, voordelen en tegemoetkomingen.

Belasting ten gevolge van de combinatie arbeid en zorg:

Door de overheid wordt er grotere druk gelegd op mantelzorgers. Ze worden geacht langer te werken waardoor de mantelzorgers minder beschikbare tijd hebben. Door de onvoldoende capaciteiten van de woonzorgcentra verwacht men ook dat de mantelzorgers de zorg van de hulpbehoevende naasten op zich neemt. (Kennispunt Mantelzorg (2015))

Tips voor mantelzorgers

Met behulp van de volgende tips kan de mantelzorger overbelasting verminderen of voorkomen:

- Neem voldoende rust.
- Vraag op tijd hulp.
- Blijf leuke en ontspannende activiteiten doen.
- Bewaak uw eigen grenzen.
- Onderhoud sociale contacten.
- Maak een vaste dagindeling.
- Sluit aan bij de beleving van uw naaste.
- Geef ruimte aan emoties.
- Maak uw huis veilig.
- Zoek contact met lotgenoten.
- Maak gebruik van informatie over dementie en mantelzorg.

Dementie online: *“Hulp voor mantelzorgers van mensen met dementie.”*, Tips en informatie (2013).

1.2 Praktisch deel

Vanuit het PWO-project “Woonwijzer Dementie” wilt men nagaan waar de noden en behoeftes zijn om personen met dementie zolang mogelijk thuis te laten wonen. In het eerste jaar van het PWO-project gaan wij de noden en behoeftes onderzoeken van de mantelzorgers van thuiswonende personen met dementie. Om het project te helpen realiseren en de theoretische kennis te toetsen in de praktijk hebben wij de vragenlijst “Zicht op mantelzorg. Gespreksleidraad voor de behoefteanalyse bij mantelzorgers van thuiswonende ouderen.” (De Vos, L. & De Koker, B. (2014) Zicht op mantelzorg.) gebruikt op onze werkplek en stageplaatsen. In het kader van vergelijkende internationalisering hebben we ook een kijkstage gevolgd in Maastricht en Heuvelland bij “Hulp bij dementie.”

Voorstelling internationaal werkveldbezoek

Internationaal werkveldbezoek: “Hulp bij dementie”, Maastricht en Heuvelland

In het kader van de BANABA-opleiding en bachelorproef werd de organisatie “Hulp bij dementie” bezocht. Alzheimer Nederland behartigt de belangen van de personen met dementie. Er is een landelijk dementieprogramma opgestart. In dit programma hebben de zorgaanbieders en zorgvragers nauw samengewerkt om de zorg zo te optimaliseren voor de persoon met dementie.

Een zorgtrajectbegeleiderster gaat maandelijks op huisbezoek bij nog thuiswonende personen met dementie. Zij biedt een luisterend oor aan de persoon met dementie en de mantelzorgers. De casemanager is ook een spilfiguur tussen de professionele hulpverleners, mantelzorgers en de persoon met dementie.

Gedurende het volledige ziekteproces blijft de zorgtrajectbegeleiderster de persoon met dementie ondersteunen. Enkel bij een opname in een verpleeghuis of het overlijden van de persoon met dementie stopt de samenwerking.

Voorstelling externe stageplaats

Onderzoeker 1: Woonzorgcentrum “De Wingerd” te Leuven

De Wingerd is een woonzorgcentrum voor personen met dementie. De personen met dementie staan centraal. De klemtoon ligt op expertise dementie, palliatie, reminiscentie, comfortzorg en zorg voor het einde van het leven.

Bij de opstart van “De Wingerd” was er plaats voor 76 bewoners. Sinds 1993 kende de organisatie een aantal uitbreidingen in haar zorgaanbod, waaronder centrum dagopvang, een centrum voor kort verblijf en 10 zorgflats.

De stage was gericht op het centrum voor dagopvang: De Bezelaer en De Wijnstok. Binnen het centrum voor dagopvang worden er maximum 24 bezoekers ontvangen. Het dagopvang streeft naar om de personen met dementie zolang mogelijk thuis te laten wonen. Dit vertaalt zich door laagdrempelig te werken en zorg op maat te bieden. Er is ook een samenwerking met de thuiszorg. Op regelmatige basis kan het dagcentrum rekenen op de neuroloog Dr. E. Triau.

Tijdens huisbezoeken werden de levensverhalen van de bewoners afgenomen en werd er geluisterd naar de noden en de behoeftes van de mantelzorgers. Vanuit de noden en de behoeftes van de mantelzorgers werd er contact opgenomen met verschillende instanties. Nieuwe bezoekers van het dagcentrum werden op hun eerste dag begeleid en geobserveerd. Op het einde van dag werd hiervan een verslag gemaakt en dit werd gebriefd aan de familie van de persoon met dementie.

Onderzoeker 2: woonzorgcentrum “Zusterhof” te Geel

Het woonzorgcentrum “Zusterhof” was vroeger gelinkt aan het oude moederhuis. In de jaren '70 werd een nieuw woonzorgcentrum gebouwd. In eerste instantie was het rusthuis enkel bedoeld voor gepensioneerde zusters. Sinds 1998 is dit ook opengesteld voor iedereen. Sinds 2000 is het woonzorgcentrum volledig vernieuwd. Er is nu plaats voor 133 bewoners. In 2015 is de capaciteit verhoogd door de bouw van een extra woonzorgcentrum.

Het “Zusterhof” is opgedeeld in “Het Park” en “Het Ven”. “Het Park” zijn zorgflats en “Het Ven” is het woonzorgcentrum. “Het Ven” is onderverdeeld in 3 afdelingen: Heide, Lisse en Brem. De stage werd gedaan op Heide. Dit is de enige gesloten afdeling binnen het woonzorgcentrum. De 34 personen, die verblijven op Heide, hebben allemaal de diagnose gekregen van dementie. De huiselijke sfeer staat centraal in de werking van het woonzorgcentrum.

Tijdens deze stageperiode werd voornamelijk de ergotherapeut gevolgd. Ze zetelt in de dementiegroep van het woonzorgcentrum. De ergotherapeut geeft relaxatiebaden aan personen met vergevorderde dementie. Er werden gesprekken gevoerd met mantelzorgers over hun ervaring bij de opname van de persoon met dementie en motiverende gesprekken met de bewoners. Binnen de werkgroep dementie zetelt er ook een kinesitherapeut. Met deze kinesitherapeut werd de dementievriendelijke benadering besproken. En met de referentiepersoon palliatieve zorg werd de vroegtijdige planning en de visie van het woonzorgcentrum grondig doorgenomen.

Voorstelling eigen werkplek

Acute Geriatrie en Geriatisch dag hospitalisatie

Wet omtrent geriatisch zorgprogramma: publicatie: 2014-04-18

“Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten”

Elke gehospitaliseerde patiënt van 75 jaar of ouder in het ziekenhuis wordt gescreend om na te gaan of hij opgenomen dient te worden in het geriatisch zorgprogramma. Het geriatisch zorgprogramma bestaat uit een afdeling geriatrie, interne liaison, consult en geriatisch dehospitalisatie. De bekomen gegevens worden genoteerd in het EPD (elektronisch patiëntendossier).

De interne liaison staat in voor het evalueren of screenen van patiënten met een geriatisch profiel. De geriatische interne liaison vervult geen zorgtaken. Ze spelen een belangrijke rol in het coachen van het verpleegkundig en paramedisch personeel.

De verantwoordelijke verpleegkundige van het zorgprogramma, de vroegere hoofdverpleegkundige, moet drager zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie. Hij/zij organiseert de verpleegkundige, paramedische en verzorgende aspecten van het zorgprogramma.

De pluridisciplinaire geriatische revalidatie is gericht op het behandelen van de moeilijkheden op vlak van cognitie, continentie, evenwicht en slikken.

Wekelijks dient er een teamvergadering plaats te vinden waarbij de verschillende disciplines aanwezig moeten zijn.

Het geriatisch team dient maximaal samen te werken met de sociale dienst om een kwaliteitsvolle terugkeer naar huis te garanderen.

De geriatisch dag hospitalisatie, het vroegere dagziekenhuis, moet toegankelijk zijn voor de geriatische patiënt. Er dient een verzorgingslokaal, rustlokaal met aangepaste zetels, eetkamer en sanitaire installatie te zijn.

Onderzoeker 1 werkt voornamelijk op de Geriatisch dag hospitalisatie en bijkomend op acute geriatrie in SFZ. Het geriatisch zorgprogramma in het SFZ omvat twee afdelingen geriatrie, geriatisch dag hospitalisatie en interne/externe liaison.

Geriatric 1 is vooral gericht op acute problematiek: patiënten met CVA, hartfalen, acute infectie en functionele achteruitgang worden op deze afdeling opgenomen. Op geriatrie 1 zijn 30 bedden beschikbaar en op geriatrie 2 zijn er 26 bedden beschikbaar.

Geriatric 2 is gericht op patiënten met dementie, valproblemen en eveneens functionele achteruitgang.

De geriatrie dag hospitalisatie is gelegen aan de afdeling geriatrie 1. Op verzoek van de huisarts, een arts-specialist of na een geriatrisch consult kunnen patiënten hier terecht voor verschillende onderzoeken of consultaties om nachthospitalisatie te vermijden. De geriatrie dag hospitalisatie is geopend op de werkdagen, 08.00u tot 16.00u.

Interne liaison: de gehospitaliseerde patiënten worden door de liaisonverpleegkundige gescreend. Deze bevindingen worden met de geriater overlegd om de afdeling waar de patiënt gehospitaliseerd is te ondersteunen. Eventueel aandachtspunten kan de liaisonverpleegkundige doorgeven aan de verpleegkundige van de afdeling.

Externe liaison: deze taak wordt vervuld door de sociale dienst.

Op de acute geriatrie AZ. Sint-Dimpna werkt onderzoeker 2 en heeft ze haar stage op de geriatrie dag hospitalisatie gedaan. In het AZ. Sint-Dimpna zijn de diensten zoals eerder beschreven, eveneens beschikbaar. Enkel beschikt het AZ. Sint-Dimpna over 1 afdeling geriatrie.

2 De onderzoeksvraag

Naarmate de dementie vordert, veranderen de behoeftes van de persoon met dementie en de mantelzorgers. Bij personen met dementie treedt er een stijgende frailty en afhankelijkheid op. De mantelzorger speelt dan een belangrijke rol in de thuisomgeving. Als de leefomgeving van de persoon met dementie aangepast is aan de noden van de persoon met dementie bevordert dit het welbevinden voor zowel de mantelzorgers als voor de persoon met dementie.

De rol van de mantelzorger mag niet onderschat worden. Als de balans van draagkracht en draaglast in evenwicht is, kan de persoon met dementie langer in zijn eigen vertrouwde thuisomgeving verblijven.

Drie ergotherapiestudenten onderzochten in functie van hun bachelorproef de woonomgeving van de personen met dementie. Ze bekeken hoe de aanpassing van de woonomgeving kan bijdragen tot het langer thuis wonen van de persoon met dementie. Hun onderzoeksvragen zijn voornamelijk gericht naar de aanpassingen, diensten en ondersteuning in de thuissituatie van persoon met dementie.

Het welbevinden van persoon met dementie is afhankelijk van de ondersteuning die hij/zij ontvangt. De ondersteuning is vaak een combinatie van professionele hulp en van mantelzorgers. Dit afstudeerproject is gericht op het in kaart brengen van de behoeften en noden van de mantelzorger. De gegevens worden verzameld door middel van een wetenschappelijke vragenlijst "Zicht op mantelzorger" Hogeschool Gent.

Onze onderzoeksvraag binnen deze studie is een antwoord te bekomen op de noden en behoeftes van de mantelzorger. Aan de hand van onze vragenlijst trachten wij een goed overzicht te krijgen op de zorgbelasting.

3 De gebruikte onderzoeksmethode

De bekomen gegevens zijn op verschillende terreinen afgenomen: binnen het geriatrisch dag hospitaal (GDH), via huisbezoeken, op de afdeling acute geriatrie en van de mantelzorgers waarvan de personen met dementie in een woonzorgcentrum (WZC) verblijven. In de periode van 1 januari 2015 tot 31 maart 2015 werden 40 mantelzorgers bevroegd.

Via een open interview werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Via een diepgaand gesprek van ongeveer 1 uur werd de vragenlijst afgenomen samen met de mantelzorger. De persoon met dementie was niet altijd aanwezig tijdens het interview. De gegevens uit de gesprekken zijn anoniem verwerkt om de privacy te garanderen.

Open interview

Om theorie en praktijk aan elkaar te koppelen, is een interview een goed werkinstrument. Een open interview wordt door de interviewer gestuurd. De vragen zijn vooraf opgesteld. Er is wel ruimte om door te vragen.

Het interview bestaat uit 3 elementen:

- Opening: uitleggen van het doel.
- Middengedeelte: effectieve bevraging.
- Afronding: samenvatting van het gesprek en afronding van het gesprek.

Het is belangrijk bij een interview om op een aantal punten te letten:

- De juiste vragen stellen: open en gesloten vragen.
- Geen suggestieve vragen stellen.
- Goed doorvragen.
- Vasthouden aan de rode draad in het gesprek: grenzen stellen en afbakenen.
- Op het juiste moment de juiste vragen stellen.
- Letten op non-verbale en verbale communicatie.

(Van Coillie, J. (2009) *Bij de tekst: schrijfboek voor sociaal werk*. Mechelen: Plantyn
Meysman, H. & Vanderhoeven; J.L. (2013) *Paper, project of scriptie: Van muisklik tot tekst*.
Leuven: Acco).

Via een open interview hebben wij de vragen van “Zicht op mantelzorg” gesteld aan 40 mantelzorgers van thuiswonende personen met dementie. Een meetinstrument om de zorgbelasting in kaart te brengen, moet aan bepaalde aantal aspecten voldoen: “verschillende domeinen van zorgbelasting”, “objectieve en subjectieve belasting”, “negatieve en positieve aspecten”.

Het is belangrijk om de gegevens objectief weer te geven en de vragenlijst dient gestandaardiseerd te zijn. De mantelzorger moet ook het gevoel hebben dat de bevraging nuttig is. Om de nodige hulp van mantelzorgers in kaart te brengen, dienen er voldoende mantelzorgers geïnterviewd te worden. (Spruytte, N., Van Audenhove, Ch., Lammertyn, F., Tjadens, F. & Pijl, M. (2000), *Consensus: ondersteuning van mantelzorgers van dementerende personen*. K.U. Leuven).

De bevragingen in deze bachelorproef zijn bekomen via: huisbezoeken kaderend binnen de stage en via de gemeente Mol, mantelzorgers van rusthuisbewoners, consultaties in het geriatrisch dag hospitaal Sint-Franciskusziekenhuis (SFZ) van Heusden en AZ St.-Dimpna van Geel, mantelzorgers van patiënten op acute geriatrie, tijdens sessies met dementiecoach en mantelzorgers.

De vragenlijsten werden naargelang de situatie op verschillende manieren ingevuld :

- De gegevens van de huisbezoeken tijdens de stageperiode werden nadien in de vragenlijst omgezet.
- De mantelzorgers, die de patiënten begeleidden via het Ge van SFZ, gaven tijdens de consultatie de verschillende problemen aan waar zij mee geconfronteerd werden bij de verzorging van de persoon met dementie.
- De dementiecoach Astrid Herman van SFZ organiseert sessies voor mantelzorgers van personen met dementie. Tijdens de stageperiode is er een sessie bijgewoond en de bekomen gegevens uit deze sessie werd achteraf in de vragenlijst verwerkt.
- De mantelzorgers van patiënten op acute geriatrie (AZ St.-Dimpna) kregen deze vragenlijst voorgelegd net voor het ontslag van de patiënt.
- In het Geriatrisch dag hospitaal kregen de mantelzorgers de vragenlijst om in te vullen terwijl de patiënt onderzoeken onderging. Een gedeelte van de ingevulde vragenlijsten zijn door de mantelzorgers alleen ingevuld. Aangezien de interviewer niet altijd aanwezig was in het Geriatrisch dag hospitaal, kreeg men de vragenlijst met een begeleidende voorblad. Bij bijkomende vragen kon men terecht bij de aanwezige verpleegkundige.
- Bij de huisbezoeken van mantelzorgers, wonende in Mol, is de vragenlijst tijdens het interview ingevuld door de interviewer.

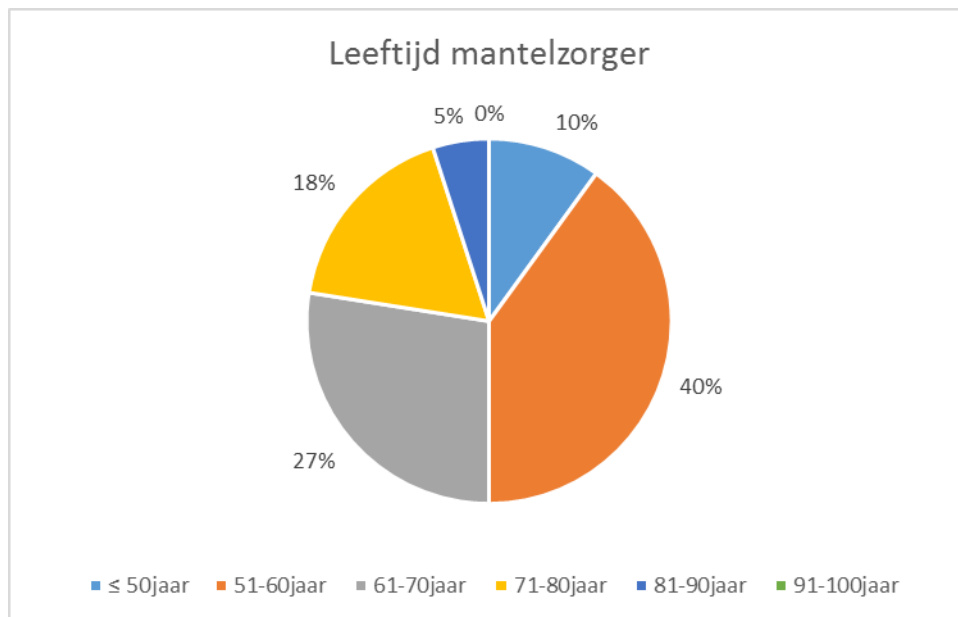
De bekomen gegevens wij vervolgens in figuren verwerkt. We hebben de volgorde van de vragenlijst “Zicht op mantelzorg” behouden. Bij de vraag in verband met de leeftijd hebben wij de leeftijd in verschillende groepen ingedeeld. Bij de vragenlijst in verband met de taken van de mantelzorgers hebben wij buiten de algemene opsplitsing, de taken opgesplitst in de huishoudelijke en logistieke taken.

4 Resultaten

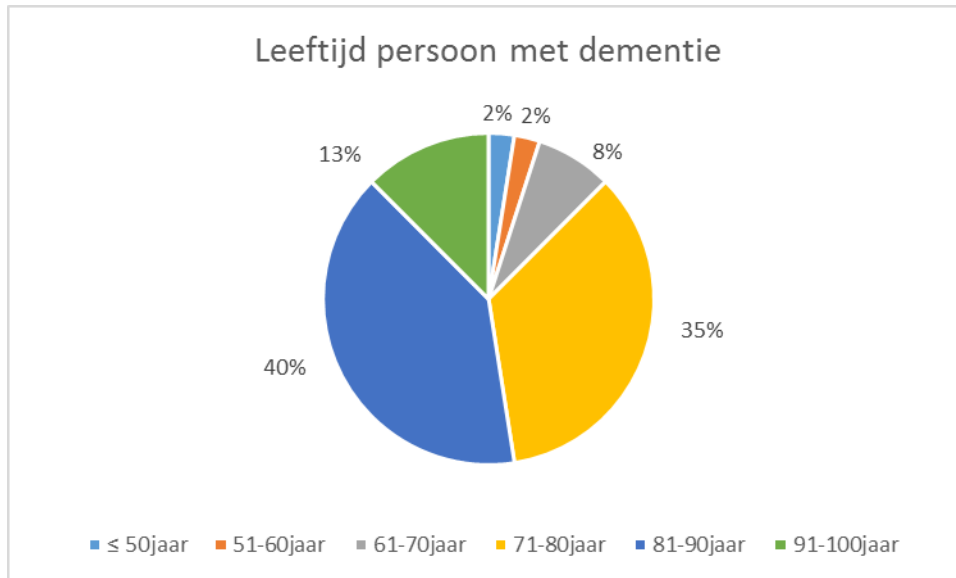
Algemene info:

In de periode van 1 januari 2015 tot 31 maart 2015 werden 40 mantelzorgers via verschillende kanalen bevroegd. Deze vragenlijsten zijn op diverse manieren afgenomen. Van de 40 ingevulde vragenlijsten zijn er 3 vragenlijsten door mantelzorgers ingevuld waarvan recent de persoon met dementie zijn opgenomen in een woonzorgcentrum. In deze periode werden 6 huisbezoeken uitgevoerd. De overige vragenlijsten zijn op het Geriatisch dag hospitaal en op de afdeling acute geriatrie ingevuld.

Het onderzoek toonde aan dat de leeftijd van de grootste groep mantelzorgers tussen de 51 en 60 jaar is (zie figuur 1). De leeftijd van de persoon met dementie waarvoor een mantelzorg zorgt is tussen 71 en 90 jaar (zie figuur 2).

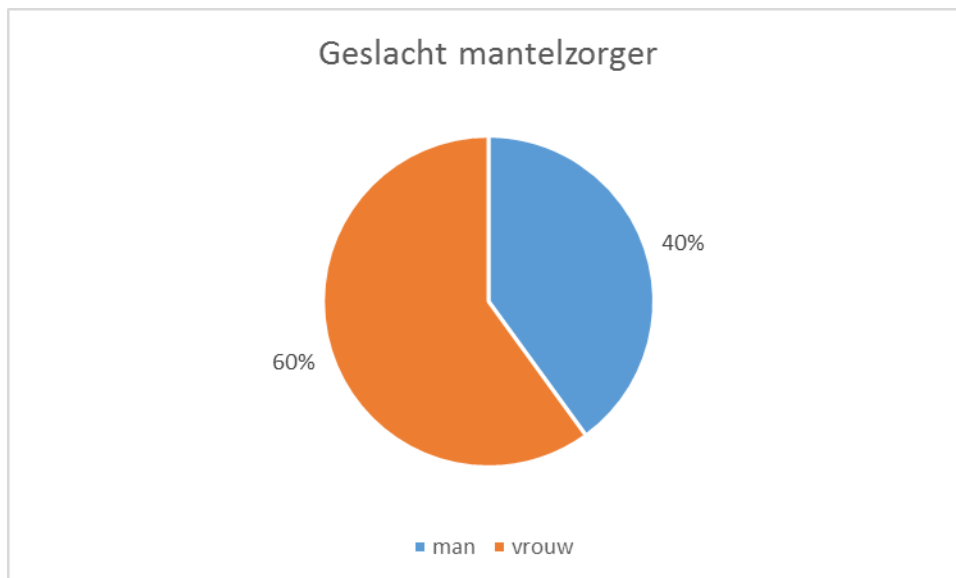


Grafiek 1: figuur van de mantelzorger

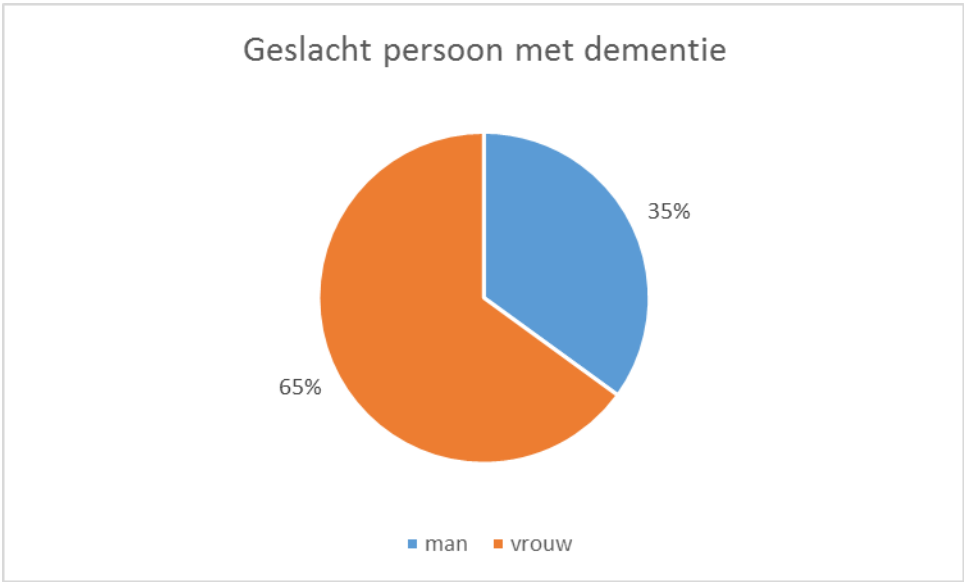


Figuur 2: leeftijd van de persoon met dementie

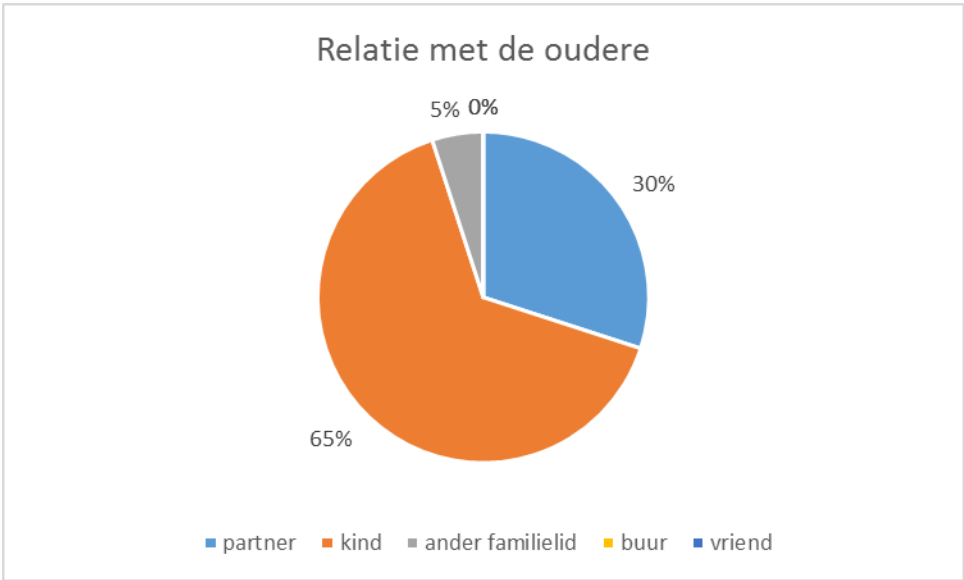
Meer dan de helft van de mantelzorgers is vrouw (zie figuur 3). Uit de relatie blijkt dat 26 van de 40 mantelzorgers kinderen zijn. De tweede grootste groep mantelzorgers zijn partners van de persoon met dementie. Uit het onderzoek blijkt dat 2 van de 40 mantelzorgers andere familieleden zijn (zie figuur 5). Het geslacht van de persoon met dementie, waarvoor een mantelzorgers de zorg opneemt, is voornamelijk een vrouw (65%) (zie figuur 4).



Figuur 3: geslacht van de mantelzorgers



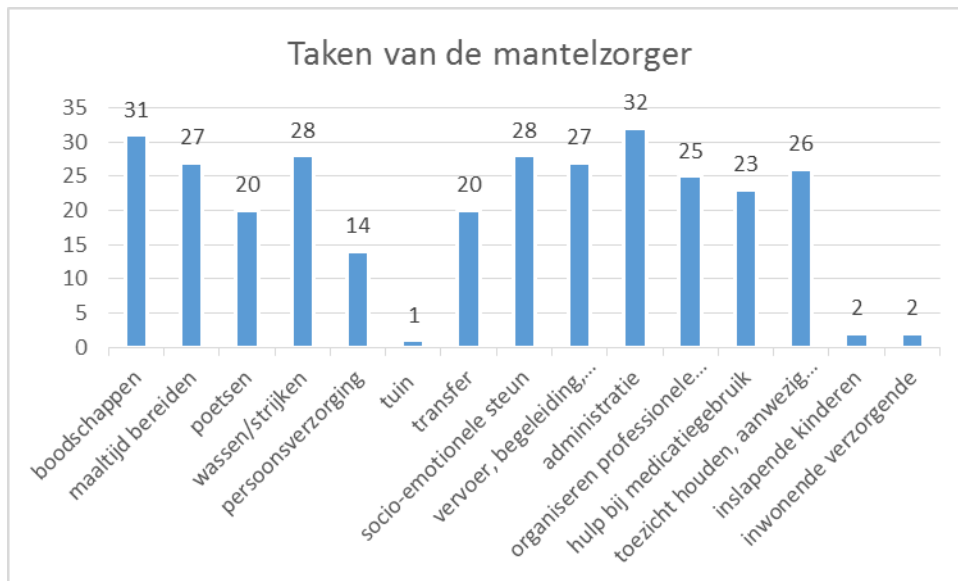
Figuur 4: geslacht van de persoon met dementie



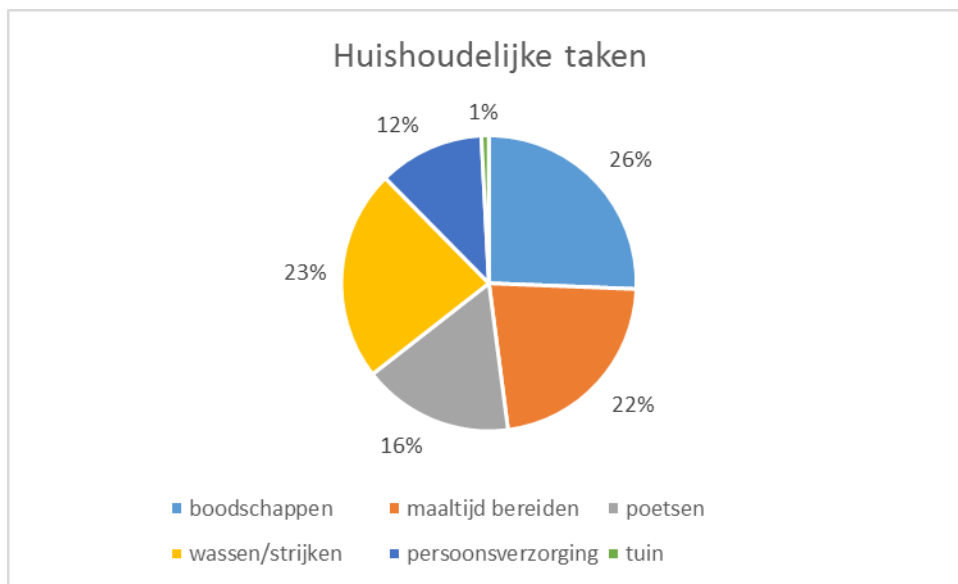
Figuur 5: relatie met de oudere

Zorgverlening:

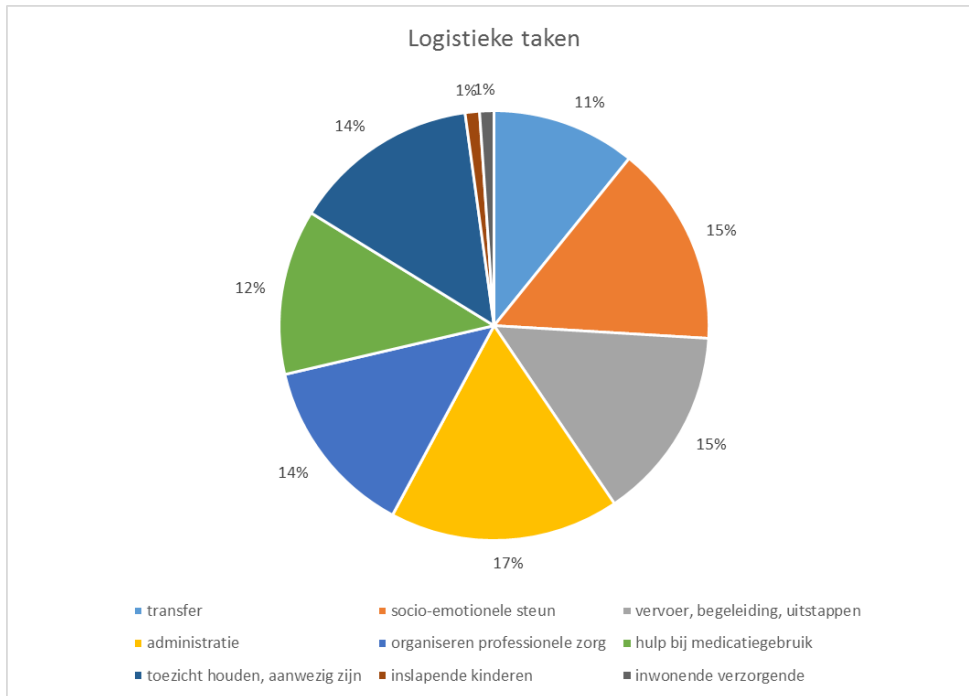
De intensiteit die de mantelzorgverlener besteedt aan de zorg voor de persoon met dementie bedraagt 47% uit dagelijkse zorg, 24/7 35% en wekelijks 18% (zie figuur 7). Buiten de intensiteit van de zorg is er ook nog een verschil in taken die de mantelzorgverlener op zich neemt (zie figuur 6). Sommige mantelzorgverleners nemen verschillende taken op zich. We hebben een onderscheid gemaakt tussen de huishoudelijke en logistieke taken om een beter overzicht te krijgen. De 3 belangrijkste huishoudelijke taken zijn: boodschappen (26%), wassen en strijken (23%) en maaltijd bereiden (22%) (zie figuur 6a). Bij de logistieke taken is er weinig verschil tussen de verschillende taken (zie figuur 6b).



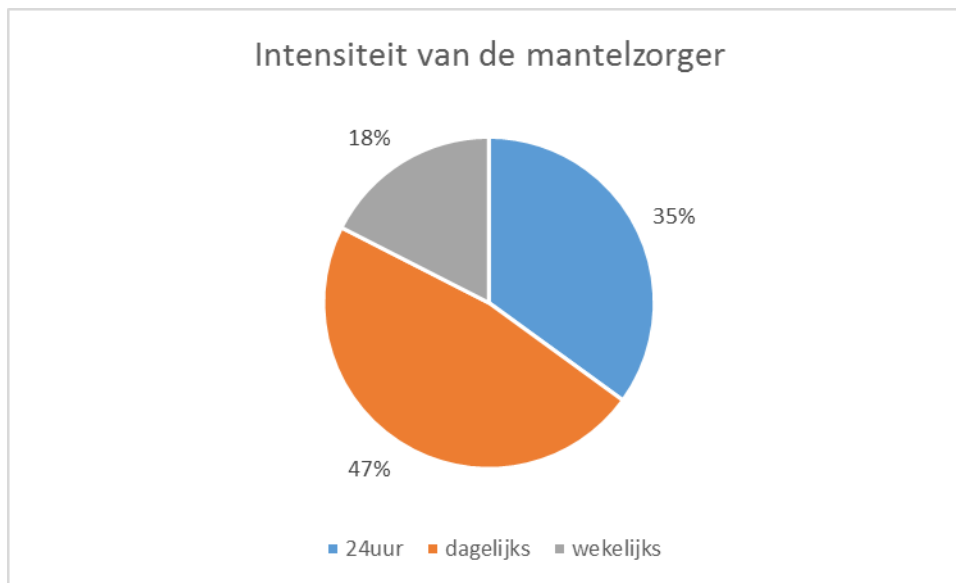
figuur 6: taken van de mantelzorgverlener



Figuur 6a: huishoudelijke taken

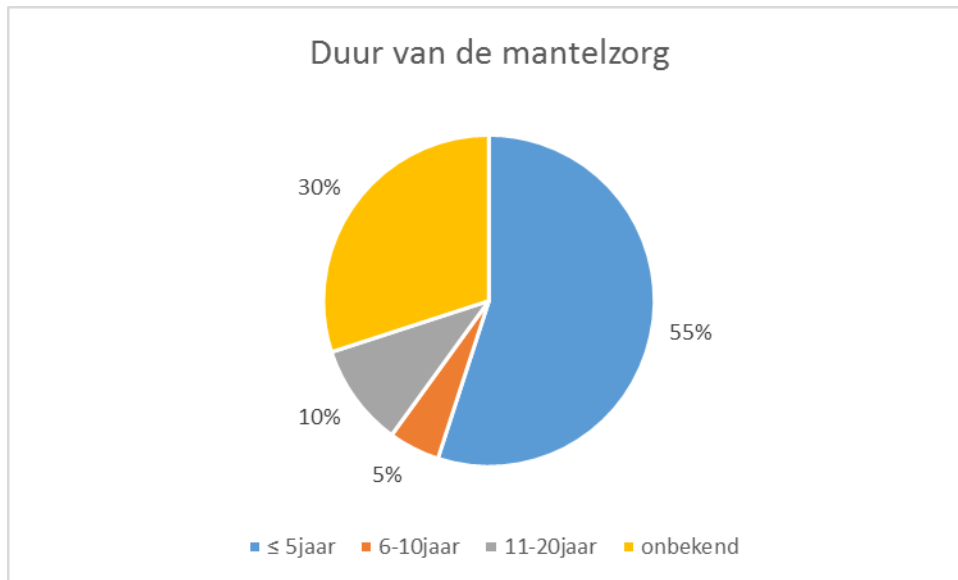


Figuur 6b: logistieke taken



Figuur 7: intensiteit van de mantelzorger

Uit het onderzoek blijkt dat merendeel van de mantelzorgers minder dan 5 jaar zorgt voor de persoon met dementie (55%). 30% kon niet aangeven hoe lang hij/zij voor de persoon met dementie zorgde (zie figuur 8).

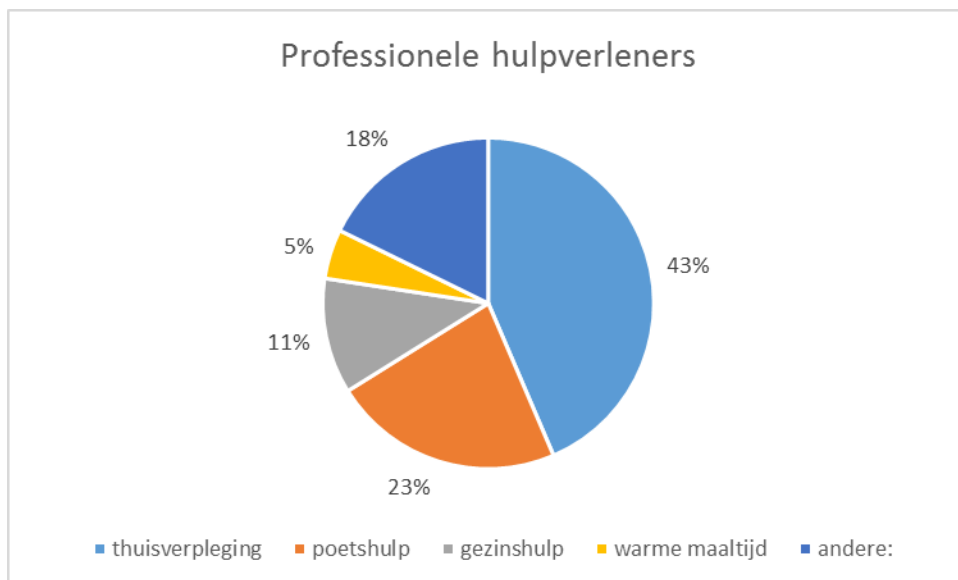


Figuur 8: duur van de mantelzorg

Bij het merendeel van de personen met dementie komt er professionele hulp aan huis (83%). De 3 voornamelijk professionele hulp aan huis zijn: thuisverpleging (43%), poetshulp (23%) en gezinshulp (11%). Bij 17% komt er geen professionele hulp aan huis (zie figuur 10 en 10a).



Figuur 10: professionele hulp



Figuur 10a: professionele hulpverleners

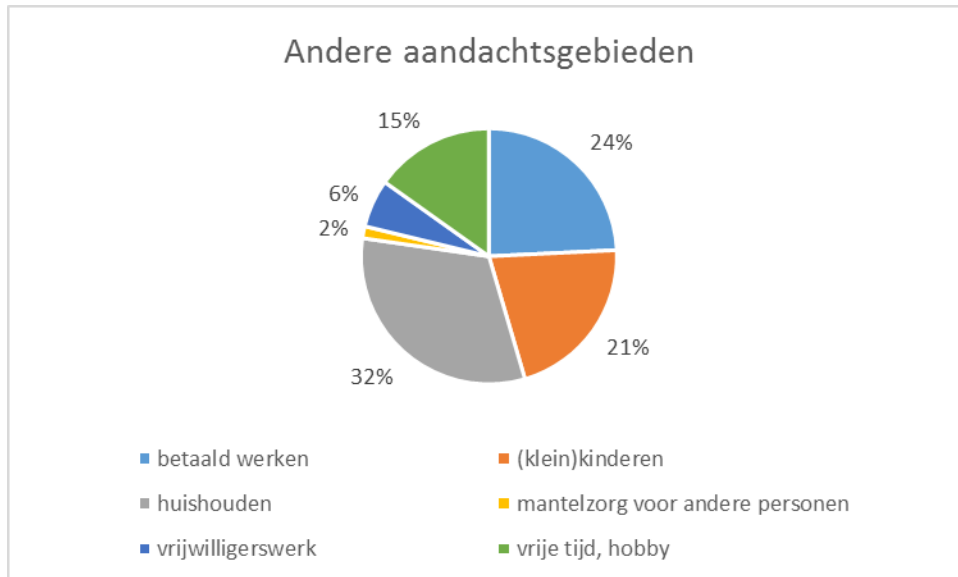
57% van de mantelzorgers geeft aan dat hij/zij niet voldoende tijd voor zichzelf heeft. Van de overige 43% geeft 30% aan dat ze wel voldoende tijd hebben voor zichzelf en 13% heeft geen antwoord gegeven op deze vraag (zie figuur 12).



Figuur 12: voldoende tijd voor zichzelf

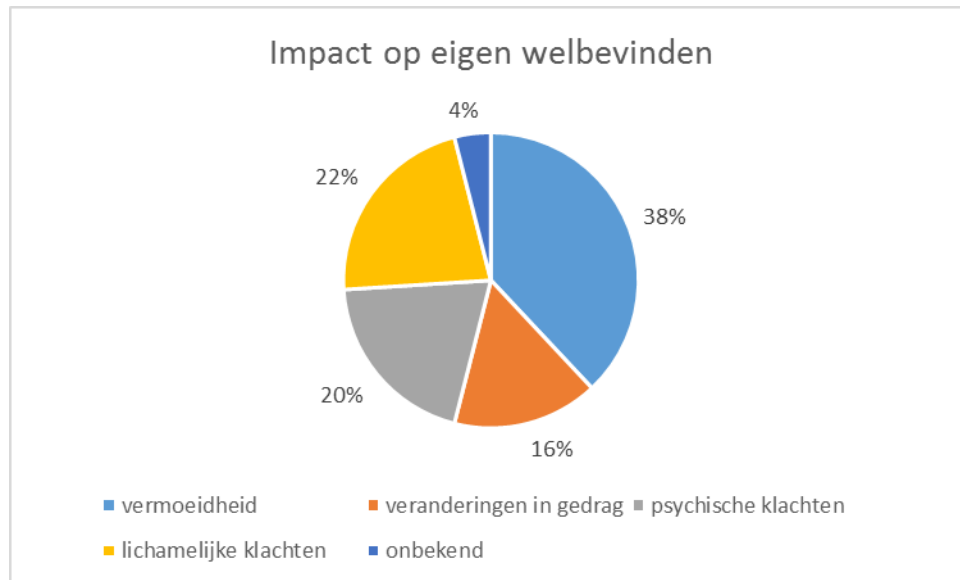
Mantelzorg:

Buiten de zorg voor de persoon met dementie zijn er andere aandachtsgebieden voor de mantelzorg: huishouden (32%), betaald werken (24%), zorgen voor (klein-)kinderen (21%), vrije tijd en hobby's (15%), 6% vrijwilligerswerk en 2% zorgt ook nog voor een andere persoon (zie figuur 11).

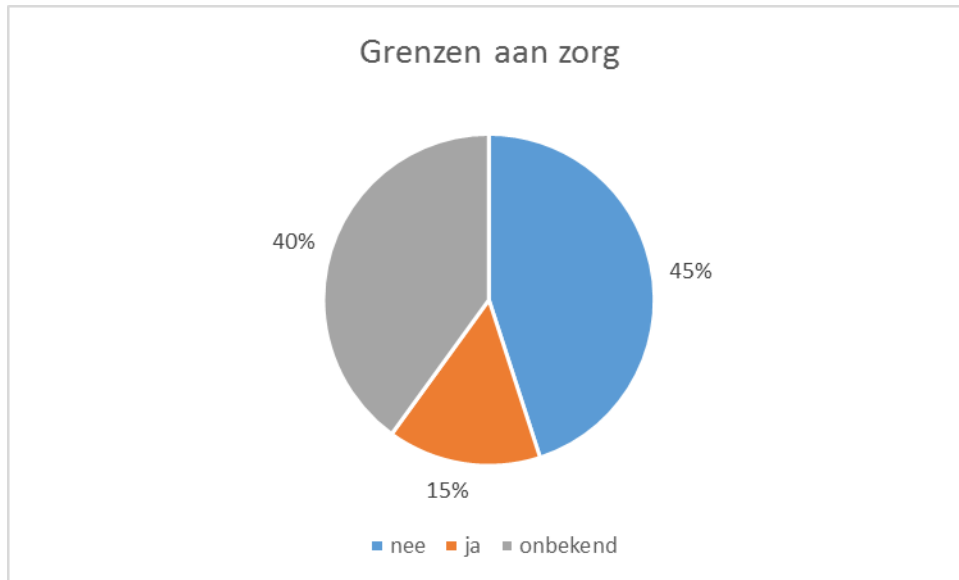


Figuur 11: andere aandachtsgebieden

De combinatie zorg voor persoon met dementie en de andere aandachtsgebieden, betaald werk, (klein)kinderen, huishouden,... heeft een impact op het eigen welbevinden van de mantelzorgers. Bij de bevraging valt vermoeidheid (38%) het meeste op. Verder hebben de mantelzorgers nog andere klachten: lichamelijke klachten (22%) en psychische klachten (20%). Tot slot ervaren 16% van de mantelzorgers veranderingen in hun eigen gedrag. 4% van de bevroagde mantelzorgers heeft hierover geen mening (zie figuur 13). In grafiek 14 kan men zien dat 45% van de mantelzorgers moeilijk een grens kan stellen aan de zorg. 15% van de mantelzorgers kan dit wel afbakenen en 40% heeft hierover geen mening.



Figuur 13: impact op eigen welbevinden

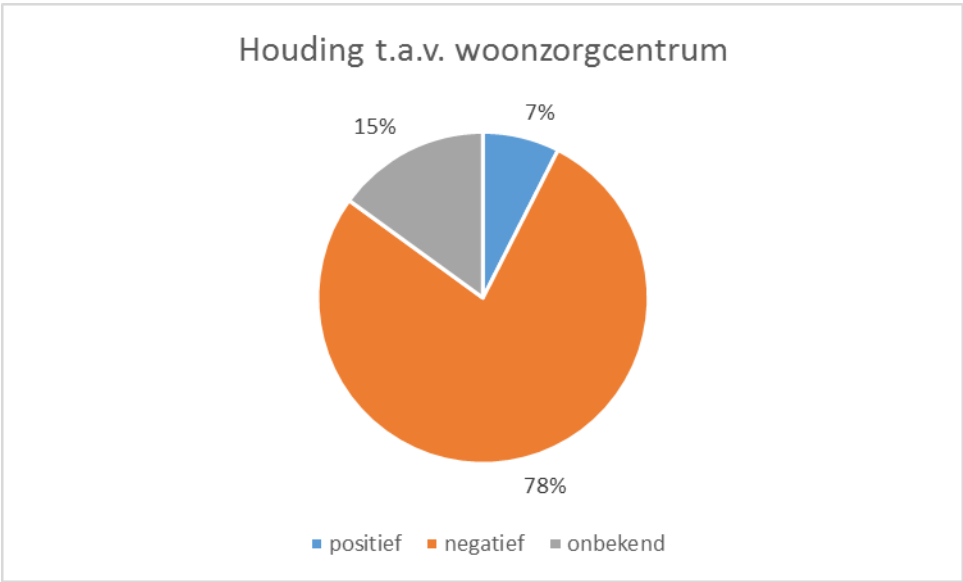


Figuur 14: grenzen aan zorg

Uit het onderzoek blijkt dat 78% van de bevroagde mantelzorgers een negatieve houding heeft ten aanzien van een woonzorgcentrum (zie figuur 15).

Meneer S.: "Zolang mogelijk thuis wonen maar het is zwaar."

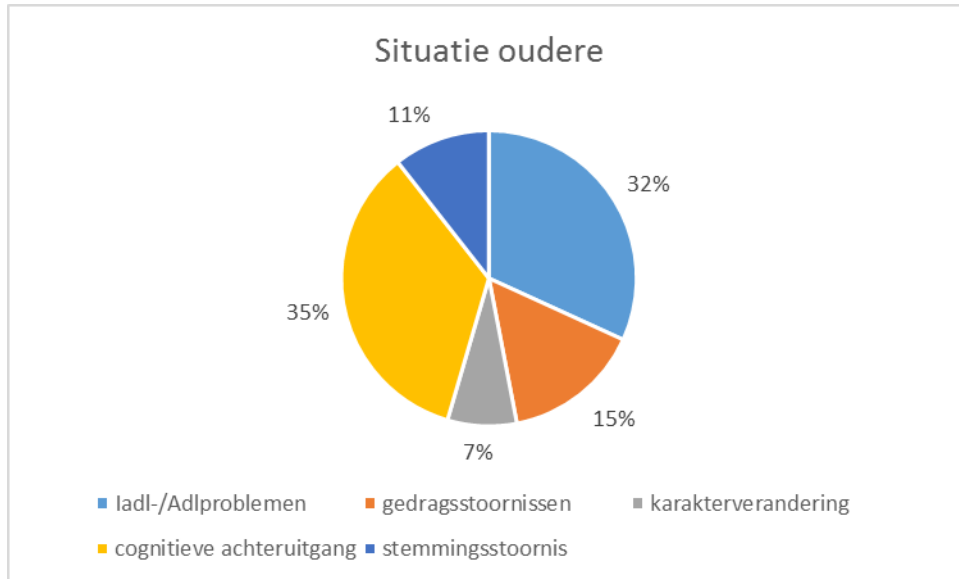
"De mantelzorger wilt dit niet tenzij samen met haar man."



Figuur 15: houding t.a.v. woonzorgcentrum

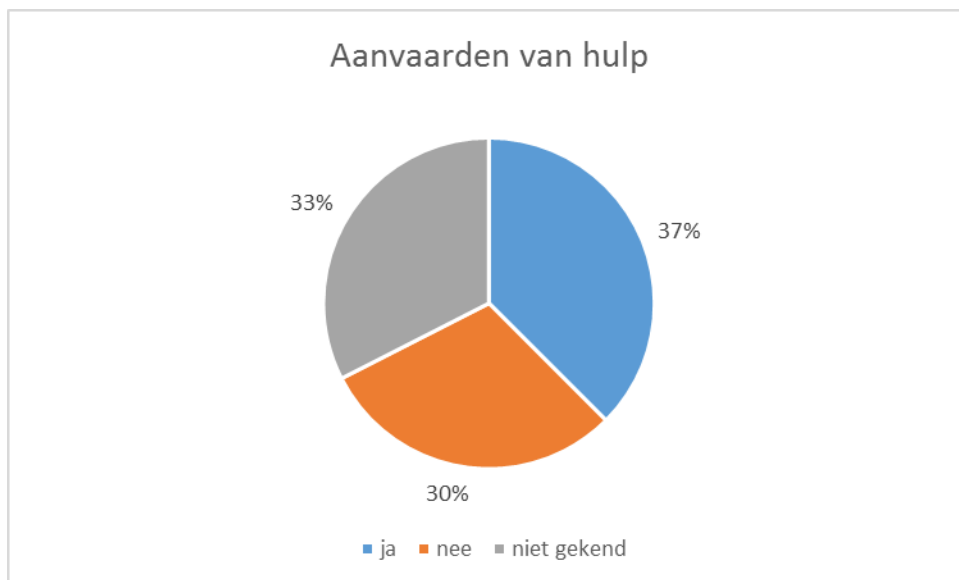
Relaties:

Sommige personen met dementie hebben problemen op verschillende gebieden.: cognitieve achteruitgang (35%) en IADL-ADL problemen (32%) zijn de meest voorkomende stoornissen (zie figuur 16).



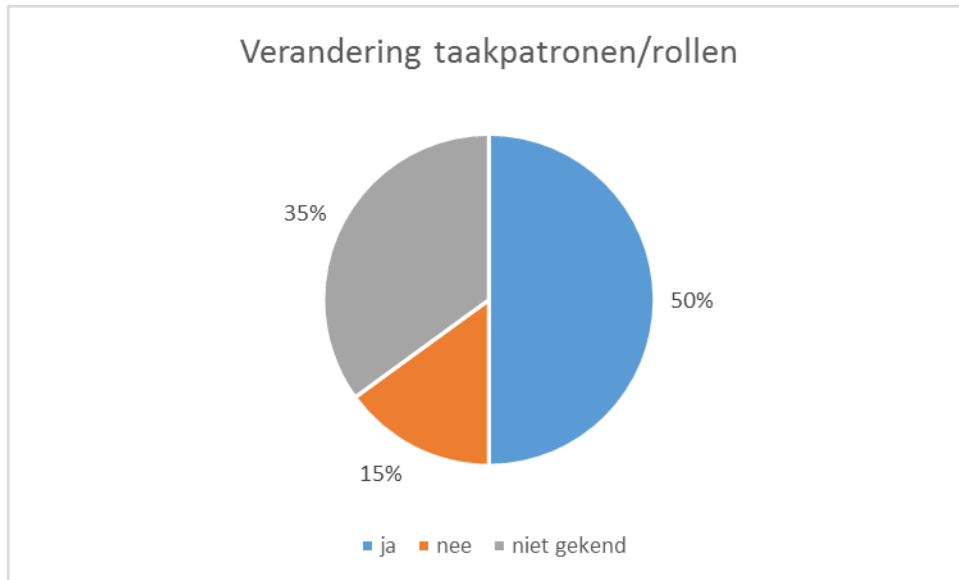
Figuur 16: situatie oudere

Slechts 37% van de personen met dementie aanvaarden hulp. De overige 63% is verdeeld in het niet aanvaarden van hulp en geen antwoord (zie figuur 17).



Figuur 17: aanvaarden van hulp

De helft van de bevroagde mantelzorgers (50%) geeft aan dat er een verandering in taakpatronen/rollen is. 15% ervaart dit niet (zie figuur 18).

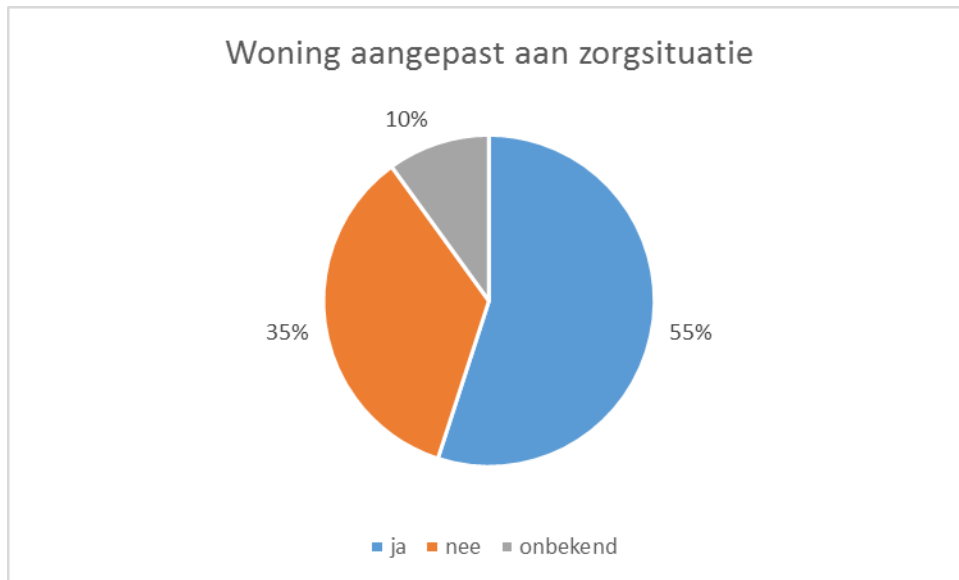


Figuur 18: verandering taakpatronen/rollen

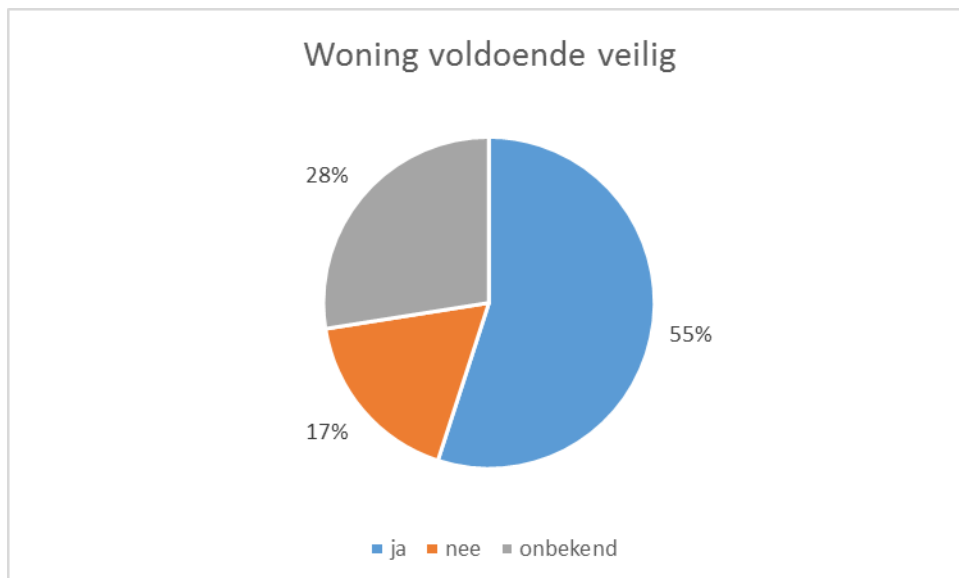
Omgeving:

Bij de vraag of de woning aan de zorgsituatie is aangepast antwoordt 55% ja. 35% vindt de woning niet aangepast aan de zorgsituatie en 10% heeft hier geen antwoord op gegeven (zie figuur 23). Sommige mantelzorgers gaven aan dat de badkamer niet was aangepast. De slaapkamer bevond zich op de bovenverdieping.

Eveneens heeft 55% van de bevroagde mantelzorgers heeft aangegeven dat de woning voldoende veilig is (zie figuur 24).

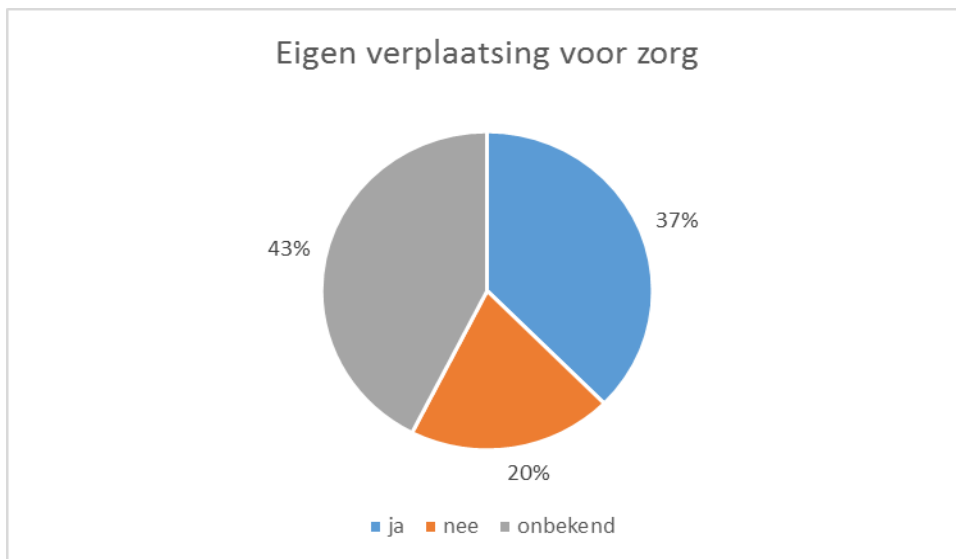


Figuur 23: woning aangepast aan zorgsituatie

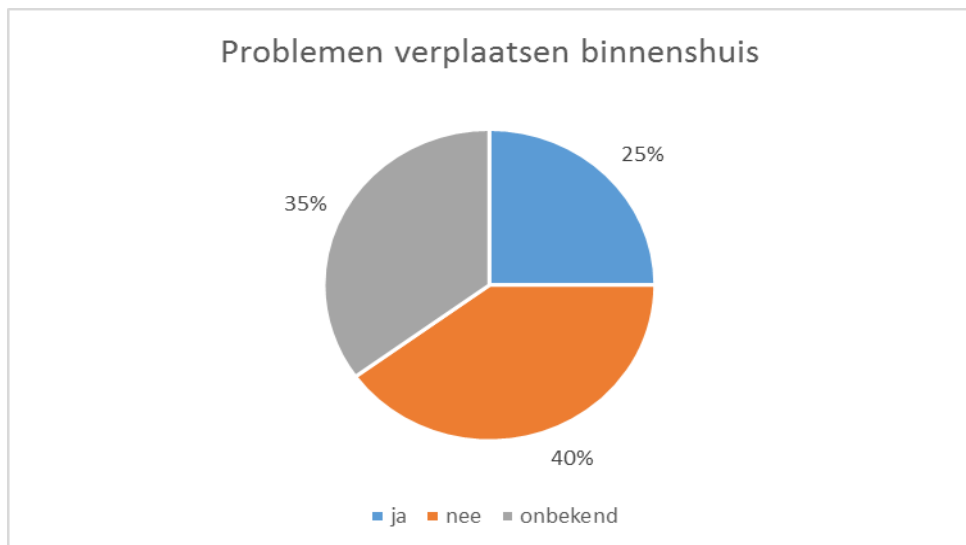


Figuur 24: woning voldoende veilig

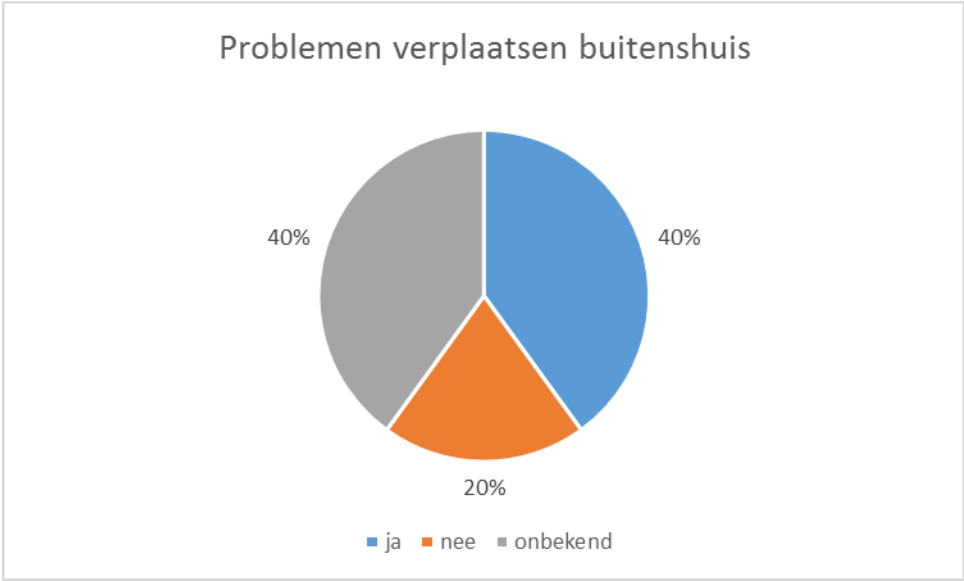
Van de bevroagde mantelzorgers geven 37% aan dat de persoon met dementie zichzelf nog kan verplaatsen voor de zorg. 20 % van de personen met dementie zou moeilijkheden ondervinden om zich te verplaatsen. Op deze vraag heeft 43% geen antwoord gegeven (zie figuur 25). Op de vragen of er volgens de mantelzorgers problemen zijn voor de verplaatsing binnen- en buitenhuis is er een groot verschil merkbaar. Om zich binnen te verplaatsen zou 40% geen problemen ondervinden. Voor 25% van de bevroagde mantelzorgers zou de persoon met dementie problemen ondervinden bij de verplaatsing in huis. Echter buitenhuis verplaatsen zou volgens 40% van de bevroagde mantelzorgers moeilijker zijn voor de persoon met dementie. De beperkte zelfstandigheid van de persoon met dementie zorgt voor verminderde mobiliteit buitenshuis. Voor 25% van de bevroagde personen zou de persoon met dementie geen problemen zijn om zich buitenshuis te verplaatsen. Verder hebben 35 en 40% niet geantwoord op deze vragen (zie figuur 26 en 27).



Figuur 25: eigen verplaatsing voor zorg

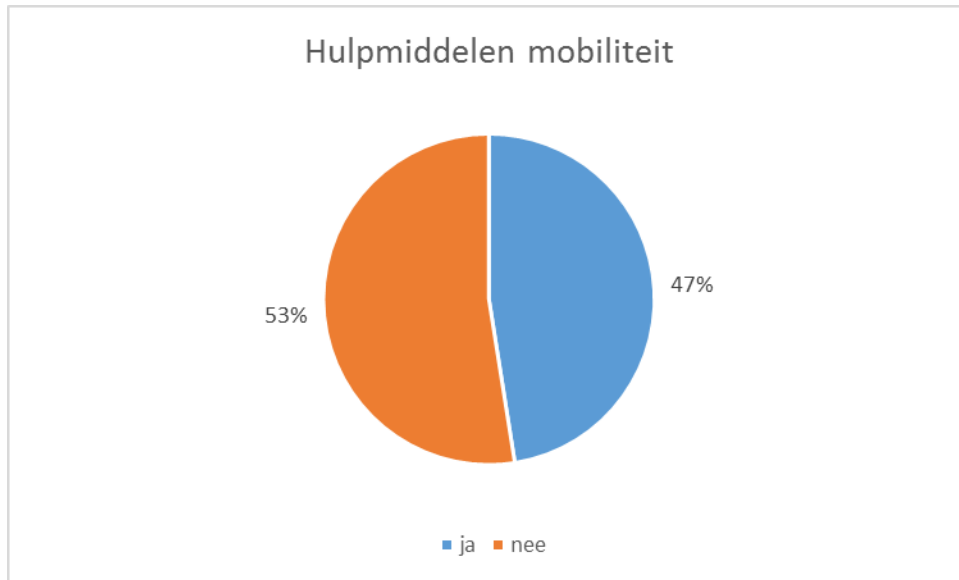


Figuur 26: problemen verplaatsen binnenshuis

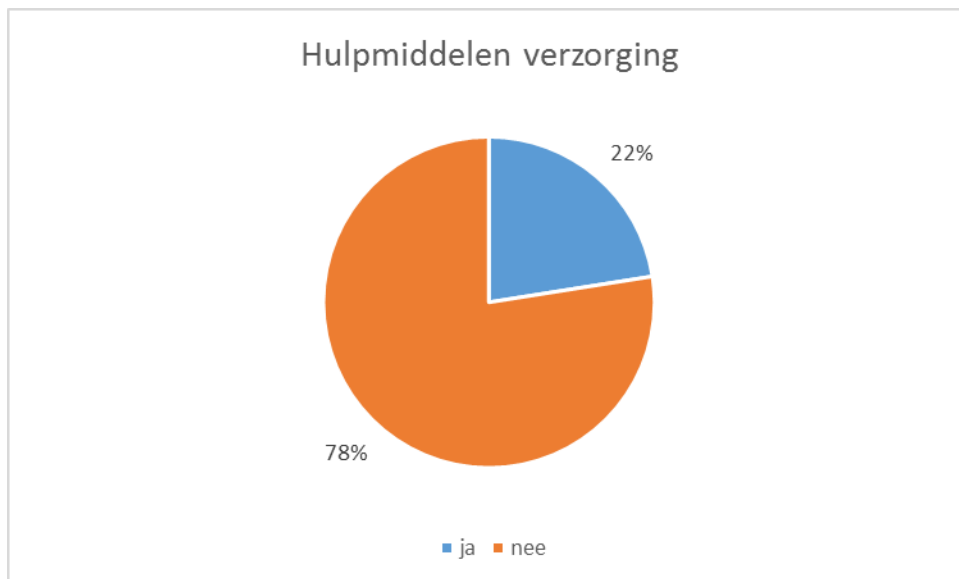


Figuur 27: problemen verplaatsen buitenshuis

Bij de vragen over hulpmiddelen is er een gelijke verdeling over het gebruik van hulpmiddelen voor mobiliteit (zie figuur 28). Verder wordt er weinig gebruik gemaakt van hulpmiddelen op andere gebieden. 22% van de personen met dementie zou over hulpmiddelen beschikken voor de verzorging (zie figuur 30)

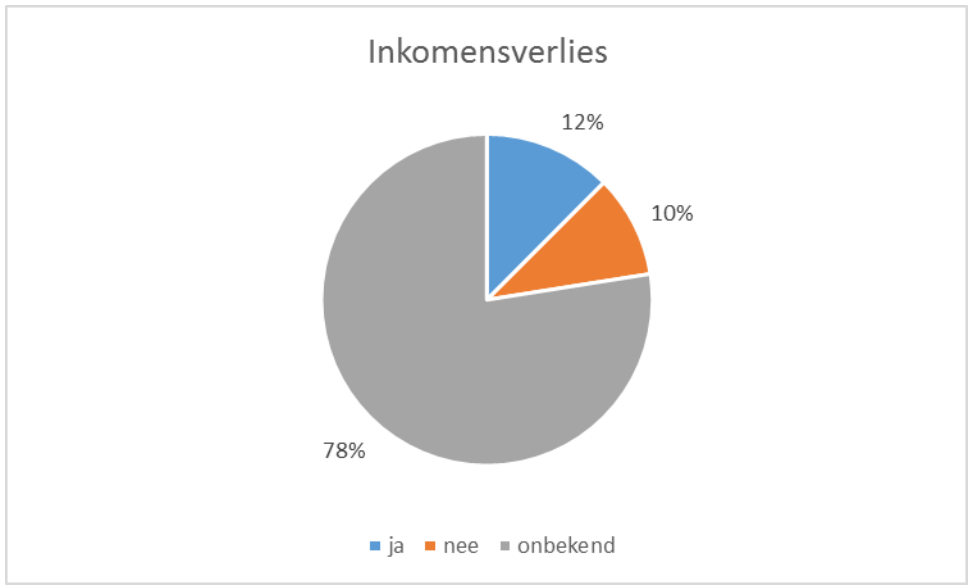


Figuur 28: hulpmiddelen mobiliteit

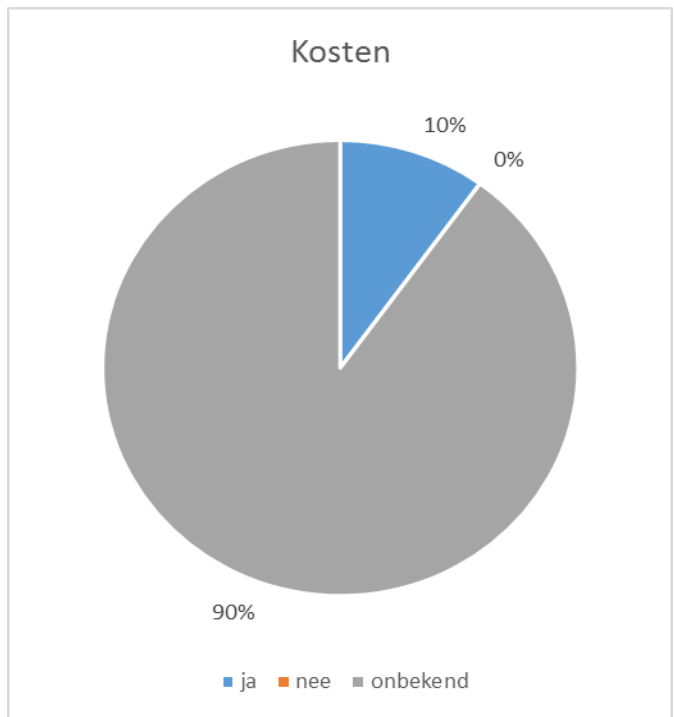


Figuur 30: hulpmiddelen verzorging

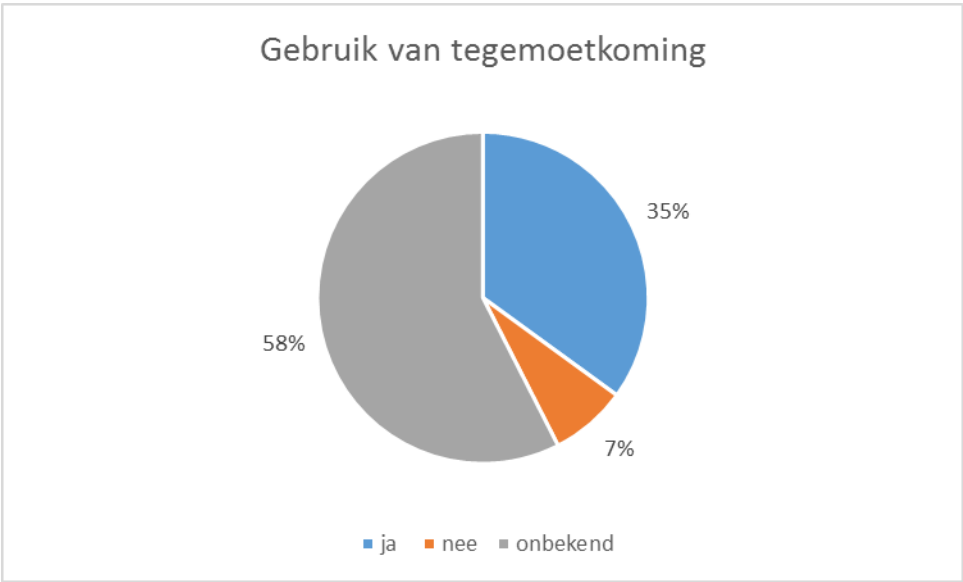
Weinig mantelzorgers hebben de vragen over de financiële situatie beantwoord. Enkel op figuur 35 ziet men dat 35% een tegemoetkoming krijgt om voor de persoon met dementie te zorgen.



Figuur 32: inkomensverlies



Figuur 34: kosten



Figuur 35: gebruik van tegemoetkoming

5 Discussie

Om een persoon met dementie langer in de thuisomgeving te laten wonen, is het belangrijk om goede en onderbouwde professionele hulp te bieden voor zowel de mantelzorgers als de persoon met dementie. Deze hulp dient op elkaar afgestemd te worden om de doelstellingen van de verschillende professionele hulpverleners te optimaliseren. Een mantelzorgers is een belangrijke schakel tussen de professionele hulpverleners en de persoon met dementie.

Het PWO-project wil een overzicht bekomen van de beschikbare informatie betreffende de dementievriendelijke thuisomgeving. Eventuele knelpunten kunnen hierbij geformuleerd worden. Later wilt men een uitbreiding bekomen van de bestaande database, screeningstool en de digitale UD Woonlabo applicatie.

Deze bachelorproef richt zich naar de mantelzorgers van personen met dementie in de thuissituatie. Door middel van de opgelegde vragenlijst “zicht op mantelzorg” werden 40 mantelzorgers bevroegd in een open interview.

“Zicht op mantelzorgers” is een vragenlijst waarbij verschillende domeinen worden besproken. De verschillende domeinen zijn: algemene informatie over de mantelzorgers en de persoon met dementie, zorgverlening, mantelzorgers, relaties en omgeving. Er is ruimte voor aanvullingen en open vragen. Als de vragenlijst ingevuld is, kan er een kort verslag ingevuld worden voor het team of voor andere professionele hulpverleners. Men kan vanuit de bekomen gegevens een actieplan opstellen. Een actieplan kan bijvoorbeeld door een casemanager waarbij deze de verschillende disciplines benadert en betreft bij het zorgplan van de persoon met dementie.

De vragenlijst is te uitgebreid om tijdens een éénmalig bezoek of interview te hanteren. De mantelzorgers wordt overdonderd met de vele vragen. Voor dit project zou een beknoptere vragenlijst handiger zijn geweest. Dan was er meer mogelijkheid om door te vragen op de domeinen van de mantelzorgers en relatie.

Op acute geriatrie en Geriatisch dag hospitalisatie is er geen mogelijkheid om deze vragenlijst dagelijks te gebruiken. Het neemt veel te veel tijd in beslag. Sommige mantelzorgers geven kort en bondig antwoord en is er te weinig tijd om door te vragen. Andere mantelzorgers breiden teveel uit en geven onbruikbare informatie. Tijdens een opname van een persoon met dementie is een mantelzorgers eerder bezorgd over de gezondheidstoestand van de persoon met dementie. De mantelzorgers staat minder stil bij de eigen noden en behoeftes. Sommige patiënten verblijven maar een korte duur op de afdeling waardoor er geen tijd en ruimte om de mantelzorgers meermaals te bevroegen. Wekelijks is er een teamvergadering van verschillende disciplines waarbij de patiënten besproken worden. De sociale assistente richt zich dan ook naar de thuissituatie en de mantelzorgers.

In het AZ-St. Dimpna is er interesse om samen met de psychologen, sociale dienst en diensthoofd van de afdeling geriatrie te bekijken hoe er meer aandacht kan besteed worden aan de mantelzorgers. Dit door bv. een link via EPD. Dit zal in de toekomst verder uitgewerkt worden.

Bij de huisbezoeken duurden de gesprekken langer en de mantelzorgers voelde zich veiliger. Tijdens een eerste huisbezoek kan men als onderzoeker de leefomgeving observeren naar veiligheid. Voor diepgaandere informatie dient men de mantelzorgers en persoon met dementie meermaals op te volgen. Op de vragenlijst “Zicht op mantelzorg” spreekt men van verschillende contactdatums. Tijdens onze stage was het niet mogelijk om de mantelzorgers nogmaals te bezoeken.

Deze vragenlijst is geschikt voor diensten zoals sociale dienst van het ziekenfonds of sociale dienst O.C.M.W. waarbij meerdere huisbezoeken mogelijk zijn. Er is dan de mogelijkheid om een vertrouwensband op te bouwen om vervolgens de vragenlijst te vervolledigen.

Als we dit onderzoek opnieuw kunnen doen dan hadden we de vragenlijst ingekort. We hadden ons dan meer gericht op de beleving van de mantelzorgers en niet zo zeer naar de vragen omtrent het financiële aspect en woonomgeving. Om de woonomgeving in kaart te brengen naar een dementievriendelijke leefomgeving is een ergotherapeut een betere geschikte persoon. Om de financiële aspecten nader onder te zoeken is een sociaal verpleegkundige of maatschappelijke assistente beter gepast voor dit domein. Als we dit op voorhand hadden geweten, hadden we de vragenlijsten samen met een ergotherapeut afgenomen. De ergotherapeut kon dan op het domein omgeving dieper op ingaan mits dat wij hier minder ervaring mee hebben.

Door de beperkte tijd en ruimte was het opbouwen van een vertrouwensband met de mantelzorger bijna niet mogelijk waardoor wij op verschillende vragen geen antwoord hebben gekregen. Dit heeft een invloed op het bekomen resultaat.

Een vervolgonderzoek is nuttig maar men dient vooraf de te onderzoeken domeinen af te bakenen. Volgens literatuurstudie is de mantelscan een vragenlijst die opgesteld is door expertisecentrum mantelzorg, Nederland. Dit is een vragenlijst die zich meer richt naar de noden en behoeftes van de mantelzorger. Deze vragenlijst is korter en overzichtelijker.

De vragenlijst is minder geschikt om te gebruiken in het ziekenhuis. Naar het vervolgonderzoek kan men zich beter richten naar de thuiszorgdiensten en hier eventueel ook een stage aankoppelen. Het ziekenhuis is een belangrijke schakel voor de begeleiding in de thuiszorg. Dit kan eventueel ondersteunt worden door een goede begeleidingstool.

6 Reflectie

Reflectie onderzoekers

Bij de opstart van het academiejaar was er voor beide onderzoekers geen mogelijkheid om een item te kiezen vanuit het werkveld. Onderzoeker 1 is mee ingestapt in het tweede jaar van de opleiding. Onderzoeker 2 was recent van werk veranderd. Dit maakte het voor beide onderzoekers onmogelijk om zelf een onderwerp naar voor te brengen.

Vanuit de opleiding is er een voorstel gekomen om mee in te stappen in het PWO-project van PXL en partners.

In begin was het onduidelijk wat de verwachting was vanuit het PWO-project, hetgeen na overleg met Carine Gielen duidelijker is.

De stuurgroepvergadering in november 2014 zorgde weer voor meer verwarring bij ons. Na een overleg met Carine zijn we overeengekomen dat we aan de hand van de vragenlijst "Zicht op mantelzorg" de belasting van de mantelzorg van een persoon met dementie in kaart zouden brengen.

Deze vragenlijst hebben we gebruikt binnen verschillende werkdomeinen. Tijdens onze stageperiode hebben wij mantelzorgers bevestigd binnen de residentiële settings, op onze eigen werkplek en huisbezoeken afgelegd.

In het begin van het project hebben we beide literatuur opgezocht, gelezen en samen overlopen. Wij hebben ons gericht op literatuurstudie over mantelzorg(ers), dementie en wetgeving. We hebben ons hierbij gefocust op de noden en behoeftes van mantelzorgers van personen met dementie in de thuissituatie.

Aan de hand van de resultaten van de literatuurstudie was snel duidelijk dat om een persoon met dementie langer thuis te kunnen laten wonen, de mantelzorg een belangrijke spilfiguur is. De noden en behoeftes van de mantelzorg mag niet onderschat worden. Aan de hand van een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst hebben wij 40 mantelzorgers geïnterviewd. De bekomen gegevens zijn nadien anoniem verwerkt om de privacy te garanderen.

Om het resultaat van deze bachelorproef te bekomen hebben wij samen een proces doorlopen. Aangezien we elkaar niet kenden voor de start van deze bachelorproef was het nog zoeken wie over welke kwaliteiten beschikte. Door goed te communiceren en regelmatig samen te komen, is er een aangename samenwerking tot stand gekomen. Er is op geen enkel moment een strubbeling of frustratie geweest ondanks dat we allebei een sterke persoonlijkheid hebben. Beiden combineren we deze opleiding met een gezin en een vaste betrekking als verpleegkundige in het ziekenhuis.

Het positieve aan deze bachelorproef is dat er een ziekenhuis getriggerd is om de begeleiding van de mantelzorg verder uit te werken, al dan niet met deze vragenlijst. In de gehanteerde vragenlijst missen we diepgang in bepaalde aspecten, zoals: relatie,...

Reflectie mantelzorgers Jacques Van Gils

Een mantelzorger staat voor veel zaken er alleen voor. De persoon die je graag ziet gaat stilletjes achteruit. De eerste tekenen dat er problemen zijn met het geheugen zijn heel subtiel. Er worden kleine dingen “vergeten” en Roza kon dit verbergen voor ons. Nu heeft ze voor heel veel hulp nodig. In huis kan ze zich nog verplaatsen, buitenhuis zit ze in een rolstoel. Maar de grotere problemen zijn dat ze elke keer vergeet hoe iets moet, zoals een glas met koud water vullen. Zo heeft ze zich al eens verbrandt aan het hete water. Constant moet ik haar corrigeren, maar toch laat ik haar zoveel mogelijk zelf doen. Dit vergt heel veel energie van mezelf.

Er komt geen professionele hulp in huis, Roza aanvaardt deze niet. Ze wordt heel onrustig en ik heb er achteraf meer werk mee. Als bv. de poetshulp hier was kon ik nog nergens heen omdat Roza dan angstig werd.

De zorg voor Roza vraagt veel energie van mij zowel mentaal als lichamelijk. Toch doe ik dit uit pure liefde en zal ik voor haar blijven zorgen zolang ik het kan. Ik heb ons al ingeschreven in een rusthuis, maar dit is enkel voor als het thuis niet meer lukt met ons tweeën.

Hoe ik de zorg vol blijf houden? Elke namiddag ga ik samen met Roza iets drinken. Daar vind ik mijn rust. Er is daar nog een koppel waar ik ondertussen een goede band mee heb opgebouwd. Dit dagelijkse ritueel is mijn uitlaatklep.

Mijn kinderen proberen te helpen waar ze kunnen, het probleem is dat 1 zoon in het buitenland woont. Mijn andere zoon in Antwerpen. De dochter woont relatief het dichtste bij, maar ook zij heeft haar leven. In geval van nood kan ik haar bellen en ook een buurvrouw heeft een sleutel van onze appartement. Ik draag een pasalarm zodat ik mocht ik iets voor hebben op kan drukken. De buurvrouw staat als eerste genoteerd om te contacteren, zij kan hier zijn binnen een paar minuten.

In het begin was het voor mij moeilijk te aanvaarden dat Roza steeds meer hulp zou nodig hebben. Ik heb daar enorm mee geworsteld, met die gevoelens. Op een bepaald moment ben ik langs de dokter gegaan en gezegd, geef me iets dat ik terug goed kan zorgen voor Roza. Ik neem nu antidepressiva en slaapmedicatie om de situatie te baas te blijven. Toch zie ik Roza zo graag en wil ik niet dat iemand anders de zorg van me over neemt.

Zou hulp voor de mantelzorger nodig zijn en mij hebben geholpen?

Persoonlijk denk ik dat er op dit moment geen geschikte hulp is. Wat zou mij wel geholpen hebben? Iemand die zegt waar ik alle informatie kan vinden, iemand die me in het begin kon vertellen wat ik misschien kon verwachten. Iemand die me een beetje ondersteunt als ik het moeilijk heb. Zelf ben ik door mijn beroepsverleden goed met computers en heb ik zelf veel opgezocht. Maar ik kan inkomen dat niet iedereen dit kan en dan met veel vragen zit. Jullie halen aan dat in Nederland iemand je opvolgt van het begin tot het einde. Dit zou niet slecht zijn mocht at hier ook zo zijn. Want geen enkele persoon met dementie is hetzelfde en geen enkele mantelzorger is hetzelfde. Je kan niet een situatie in kaart brengen in 1 bezoekje, er is meer tijd nodig om een volledig plaatje te bekomen van de situatie.

7 Besluit

Tegen 2020 zal het aantal personen met dementie in Vlaanderen met 30% stijgen. Op dit moment zijn ruim 100.000 personen in Vlaanderen die de diagnose van de dementie hebben gekregen. Ongeveer 35% van personen met dementie wonen nog thuis en willen ook zolang mogelijk thuis blijven wonen. Om dit te verwezenlijken heeft de persoon met dementie de nodige ondersteuning nodig.

Mantelzorgers zijn een belangrijke schakel in de thuissituatie voor de persoon met dementie. Ongeveer 2/3^{de} van de bevraagde mantelzorgers is een vrouw. 40% van de mantelzorgers is tussen de 51 en 60 jaar. Uit het onderzoek blijkt dat de kinderen de voornaamste mantelzorgers (65%) zijn. Vaak nemen zij de zorg op voor hun moeder waarbij de leeftijd van de persoon met dementie bevindt tussen 71 en 90 jaar.

De zorgtaak die de mantelzorgers op zich neemt is vrij uitgebreid en belastend. Om een beter beeld te krijgen van de taken die de mantelzorgers uitvoert, hebben wij een onderverdeling gemaakt tussen huishoudelijke taken en logistieke taken. Mantelzorgers nemen vaak verschillende taken op zich. Dit doen ze in combinatie met andere aandachtsgebieden zoals betaald werk, huishouden, (klein)-kinderen,...

Bij de bevraagde mantelzorgers blijkt dat minder dan 5 jaar de zorg voor de persoon met dementie op zich neemt. Dit bedraagt 55%. Echter 30% kon niet aangeven hoelang ze exact al zorgen voor hun naasten.

Mantelzorgers worden ondersteund door professionele hulpverlening (82%). De grootste groep van de professionele hulpverlening zijn thuisverpleegkundige (43%) en poetshulp (23%).

Uit het onderzoek is gebleken 57% van de mantelzorgers aangeeft dat hij/zij niet voldoende tijd voor zichzelf hebben. 45% van de mantelzorgers kunnen moeilijk de grenzen stellen aan de zorg voor de persoon met dementie. Dit heeft een grote impact op het eigen welbevinden. Dit uit zich voornamelijk in vermoeidheid (38%), lichamelijke klachten (22%) en psychische klachten (20%).

Er moet meer aandacht komen voor de mantelzorgers van personen met dementie zowel door thuiszorgdiensten en de sociale dienst van een ziekenhuis. Tijdens onze internationale werkveldbezoek hebben we een kijkstage gedaan met een casemanager. De samenwerking komt vanuit de huisarts. Elke patiënt, waarbij dementie wordt vastgesteld, werd doorverwezen naar een casemanager. Deze begeleidt de mantelzorgers en de persoon met dementie van de beginfase van de dementie tot een definitieve opname in een woonzorgcentrum of een overlijden. Het maandelijks contact met de casemanager zorgt voor vertrouwensband. Door de casemanager is de drempel lager voor de mantelzorgers voor een hulpvraag te stellen. Een casemanager kan naar alternatieve oplossingen zoeken om de zorgtaak te verlichten.

Wat ons is opgevallen bij de verwerking van de gegevens is dat 78% van de mantelzorgers een negatieve houding heeft ten aanzien van een woonzorgcentrum. Terwijl de mantelzorgers toch aangeven dat ze weinig tijd hebben voor zichzelf en hun eigen welbevinden er onder lijdt. De mantelzorgers hebben vaak beloofd aan hun ouders om voor hun te zorgen tot het einde. Een opname in het woonzorgcentrum wordt vaak als falen gezien.

De vragenlijst was dermate uitgebreid dat op bepaalde gebieden de mantelzorgers geen antwoorden hebben gegeven. Vermoedelijk heeft dit te maken met de vertrouwensband die nog niet was opgebouwd. Voornamelijk op het gebied van de financiële situatie hebben de

mantelzorgers weinig antwoord gegeven. 78% heeft niet geantwoord op de vraag in verband met inkomstenverlies, 90% in verband met de koppeling van de zorg en 58% in verband met gebruik van de tegemoetkoming. Binnen deze bachelorproef is het financiële aspect minder belangrijk.

Tijdens de huisbezoeken hebben de mantelzorgers meer en diepgaander antwoorden gegeven. Dit kwam vermoedelijk doordat de mantelzorgers zich op hun gemak voelden in hun veilige omgeving.

Bij een opname in een ziekenhuis hebben de mantelzorgers nog een extra belasting. Buiten de zorg die ze al op zich namen, moesten ze ook regelmatig naar het ziekenhuis. Ze maakten zich ook nog zorgen om de gezondheidstoestand van hun dierbare.

Onze conclusie is dat deze vragenlijst eerder geschikt is bij huisbezoeken dan bij een ziekenhuisopname. Met de bekomen gegevens hebben we geen volledig beeld gekregen over de draagkracht en draaglast van de mantelzorgers. We hebben geen vertrouwensband kunnen opbouwen met de mantelzorgers van een persoon met dementie.

Ons voorstel is om dit project verder uit te werken in de thuissituatie waarbij specifiek wordt gekeken wat de noden en behoeftes van de mantelzorgers zijn. Er dient een vertrouwensband te worden opgebouwd alvorens men alle gegevens kan bekomen. Daarbij is het nuttig om op regelmatige basis bij de mantelzorgers langs te gaan.

Een antwoord op onze onderzoeksvraag van deze bachelorproef bevat sterktes en werkpunten. Het is een uitgebreide screeningstool maar door deze uitgebreide vragenlijst kunnen we moeilijker doorvragen bij een eenmalige interview.

Bij onze literatuurstudie was de vragenlijst "Mantelscan" ons opgevallen. Deze vragenlijst is specifiek gericht naar mantelzorgers. De vragen zijn beknopter en duidelijker. Ze zijn meer gericht op de noden en behoeftes van de mantelzorgers en niet op de andere domeinen zoals mobiliteit, huisvesting,... De mantelscan is een instrument voor professionals in de zorg. Er is aandacht voor de kracht en de risico voor de mantelzorgernetwerk. Er wordt vooral perspectief geboden aan de positieve ervaringen en niet alleen de nadruk op overbelasting van de mantelzorgers. Hierbij is een begeleidende bundel om deze vragenlijst te hanteren. (Mantelscan, Expertise centrum mantelzorg (2012)).

Vanuit de opleiding was gevraagd om de doelgroep te betrekken doorheen het proces. Bij dit project was dit voor ons niet mogelijk om mantelzorgers mee naar de overlegmomenten te krijgen. De mantelzorgers kon de persoon met dementie niet alleen thuis laten. Er is wel een reflectieverslag van de mantelzorgers bijgevoegd in onze bachelorproef.

8 bibliografie

Boeken

1. Van Coillie, J. (2009) *Bij de tekst: schrijfboek voor sociaal werk*. Mechelen: Plantyn
2. Meysman, H. & Vanderhoeven; J.L. (2013) *Paper, project of scriptie: Van muisklik tot tekst*. Leuven: Acco

Tijdschriften

3. Zwaanswijk, M., van Beek, A.P.A., Peeters, J., Meerveld, J. & Francke, A.L. (2010).
4. "Problems and needs of informal caregivers of persons with dementia: a comparison between the initial stage and subsequent stages of the illness process", *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie jaargang 41, nummer 4*, 162-171

Elektronische bronnen

5. Alzheimer-Nederland. Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/wat-is-dementie.aspx>
6. Alzheimer liga, België (2014). Geraadpleegd op 19 mei 2015 via <http://www.alzheimerliga.be/gallery/documents/nieuws/vormingen/chantal-van-audenhove-vlaamse-alzheimer-liga-20-09-draagkracht-mantelzorgers-website.pdf>
7. BTSG bibliotheek (2015). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.btsq.nl/infobulletin/differentiatie-ik-beleving.html>
8. Dementie online: "Hulp voor mantelzorgers van mensen met dementie.", Tips en informatie (2013). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via http://www.dementieijsselvecht.nl/user/file/dementieonline_informatie.pdf
9. De Vos, L. & De Koker, B. (2014) *Zicht op mantelzorg*. Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.zichtopmantelzorg.be/instrument-zicht-op-mantelzorg>
10. Effectieve ouderenzorg, 2009. Geraadpleegd op 19 mei 2015 via <http://www.effectieveouderenzorg.nl/Toolkit/Sociaal/Inzetmantelzorg/Achtergrond/Definitieve.aspx>
11. Expertisecentrum dementie Vlaanderen. Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.dementie.be>
12. Fit in je hoofd, 2015. Geraadpleegd op 19 mei 2015 via, http://www.fitinjehoofd.be/uploadedFiles/Fit_in_je_Hoofd/Goed_gevoel_stoel/Draaglast%20O.pdf
13. "Hulp voor mantelzorgers van personen met dementie, alzheimer Nederland, Stichting Geriant"



14. Kennispunt mantelzorg.be (2015). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.mantelluisteren.be/>
15. Mantelzorg Liberale mutualiteit. Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.lieverthuislm.be/watismantelzorg.htm>
16. Ontwerp van woonzorgdecreet Vlaams Parlement (2009). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.vvsg.be/Welzijnsvoorzieningen/woonzorg/Documents/Woonzorgdecreet/Ontwerp%20van%20woonzorgdecreet.pdf>
17. Mantelscan, Expertise centrum mantelzorg (2012). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://expertisecentrummantelzorg.nl>
18. Mens en samenleving (2012). Geraadpleegd op 19 mei 2015 via <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/sociaal/102768-mantelzorgdag-ieder-jaar-op-10-november.html>
19. Schema van mantelzorger, ziekenzorg cm, (2015). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.ziekenzorg.be/cmz/nl/100/mantelzorg/definitie/schemamantelzorg.jsp>
20. Stichting Alzheimer Onderzoek (2015). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.alzh.org/nl/ziekte-van-alzheimer/dementie-belgi%C3%AB>
21. Spreekuurhuis (2008). Geraadpleegd op 19 mei 2015 via http://www.spreekuurhuis.nl/themas/dementie/informatie/wat_is_dementie%3F
22. Van Dale (2015). Dementie. Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.vandale.nl>
23. Wet betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat. Federale overheidsdienst sociale zekerheid (06/06/2014). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.vlaamse-ouderenraad.be/beleid/welzijn/12%2005%202014%20Wet%20betreffende%20de%20erkenning%20van%20de%20mantelzorger.pdf>
24. Woorden.org Nederlands woordenboek (2015). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.woorden.org>
25. Ziekenzorg cm (2015). Geraadpleegd op 2 mei 2015 via <http://www.ziekenzorg.be/cmz/nl/100/index.jsp>

Gepubliceerde bronnen

26. De Coster, I., Prof. dr. Declercq, A. & Prof. dr. Van Audenhove, C. (2007), *Mantelzorg in Vlaanderen*. K.U. Leuven
27. Cuypers, K. (2015), *De zondagskrant*, regio Mol
28. Rome, M., (2015), *Rondom*, regio Mol
29. Spruytte, N., Van Audenhove, Ch., Lammertyn, F., Tjadens, F. & Pijl, M. (2000), *Consensus: ondersteuning van mantelzorgers van dementerende personen*. K.U. Leuven
30. Thuiszorg C.M. Antwerpen (2013), *Omgaan met dementie*. Geraadpleegd op 2 mei 2015.

9 Bijlage

Bijlage 1: PXL Woonwijzer Dementie

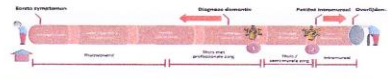



WOONWIJZER DEMENTIE

Van de Moortel Elke, Hogeschool PXL
Gielen Carine, Hogeschool PXL

Probleemstelling /context

Anno 2014 schat men het aantal personen met dementie in Vlaanderen op 100.000. De verwachting is dat hun aantal met 30 % zal stijgen tegen 2020. Vandaag woont meer dan 65 % van deze personen met dementie thuis. Onderzoek heeft uitgewezen dat de meeste mensen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen.

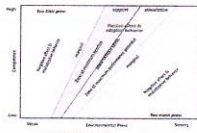


Naarmate de dementie vordert, veranderen echter ook de behoeftes. De **stijgende kwetsbaarheid** van personen met dementie vereist bijzondere aandacht voor een optimale person-environment fit, waarbij de thuisomgeving het functioneren en welbevinden van de persoon met dementie optimaal ondersteunt. Op die manier kan een thuisomgeving dementievriendelijk worden.

Op basis daarvan worden volgende problemen gedetecteerd:
Welke informatie over een dementievriendelijke omgeving in het thuismilieu is reeds beschikbaar? Welke nood ervaart het werkveld en het thuisfront met betrekking tot een dementievriendelijke thuisomgeving? Biedt het reeds beschikbare materiaal daar al dan niet een antwoord op?

Doelstellingen

1. Inventarisatie maken van al de **bestaande informatie** over een dementievriendelijke omgeving in het thuismilieu.
2. Inventariseren welke **nood het werkveld** (thuisverzorgers + thuiszorgorganisaties) en het **thuisfront** (persoon met dementie + MZ) ervaart met betrekking tot de dementievriendelijkheid van de thuisomgeving.
3. Analyseren of het **beschikbare materiaal** met betrekking tot een dementievriendelijke thuisomgeving een **antwoord** biedt op de uitdaging om een optimale person-environment fit te bereiken.




Larsen & Mahoney, 2003

Methodologie

1. **Literatuuronderzoek** en analyse **good practices** in situ om de **bestaande informatie**
 - op te sporen
 - te toetsen op evidentie (met behulp van experts en ervaringsdeskundigen)
2. **Behoeftenonderzoek** (met betrekking tot een dementievriendelijke thuisomgeving) van
 - het **werkveld** (individuele zorgverlener en zorgorganisatie)
 - het **thuisfront** (persoon met dementie en de mantelzorgers)
 - door middel van **gestandaardiseerd behoeftenonderzoek, focusgroepen en participerende observatie**
3. **Kwalitatieve bevraging** en analyse van de vraag of het **beschikbare materiaal** al dan niet een **antwoord** biedt op de behoeften van het werkveld en het thuisfront met betrekking tot een dementievriendelijke thuisomgeving en het bereiken van een optimale person-environment fit

(Te verwachten) Resultaat



1. Een **overzicht van de beschikbare informatie** (literatuur en good practices) betreffende de dementievriendelijke thuisomgeving **getoetst** bij personen met dementie, mantelzorgers, werkveld en experts.
2. Een **overzicht van eventuele knelpunten** wordt geformuleerd.

In een latere fase

- Uitbreiding van de bestaande database E-Opp
- Uitbreiding van de bestaande screeningstool Obstade
- Uitbreiding van de digitale UD Woonlabo applicatie

Foto: Theodor & Michel de Boer

PWO-PROJECT - WOONWIJZER DEMENTIE

Expertisecel Healthcare—Research | Contact: E. Van de Moortel | tel.: +32 11 775020 | www.pxl.be |
Hogeschool PXL | Guffenslaan 39—3500 Hasselt

Bijlage 2: Ethische commissie



Ethische Commissie

Erkenningsnummer: EC OG 099

Kenmerk Bio-ethiek : 709

Raadgevend comité

Leden: Dr. A. Bogaerts, Dr. H. Coppens, Dr. G. De Mûelenaere, Dr. H. De Samblanx, Mevr. M. Gillis, Dr. L. Janssen, Dr. H. Loos, Dr. J. Schurmans, Mevr. G. Raeymaekers, Mevr. G. Sterckx, Dr. K. Valgaeren, Dr. M. Van den Heuvel, Mevr. G. Wouters, Mevr. E. Wellens

Betreft: Gunstig advies van de Ethische Commissie A.Z. St.-Dimpna voor uw onderzoek Woonwijzer Dementie

Aanvrager: Mevr. Paula Van der Steen

Geel, 3 maart 2015

Geachte Mevrouw Van der Steen,

Wij hebben uw aanvraag tot goedkeuring van uw onderzoek 'woonwijzer dementie' goed ontvangen. Hiervoor kreeg u reeds een voorlopige goedkeuring van de Ethische Commissie.

Op de vergadering van de Ethische Commissie van 10 februari 2015 werd uw onderzoek besproken en toegelicht door mevr. M. Gillis. De leden van de Ethische Commissie verlenen u een definitief positief advies voor de uitvoering van uw onderzoek binnen het A.Z. St.-Dimpna.

We wensen u veel succes.

Hoogachtend,

Griet Wouters
i.o. van Dr. Jef Schurmans
Voorzitter Ethische Commissie
A.Z. St.-Dimpna

Bijlage 3: wetbetreffende erkenning van de mantelzorg die de persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat

Publicatie : 2014-06-06

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

12 MEI 2014. - Wet betreffende de erkenning van de mantelzorg die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

HOOFDSTUK 1. - Algemene bepaling

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2. - Definities

Art. 2

Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1° geholpen persoon : de als zwaar zorgbehoevende erkende persoon.

Voor de uitvoering van het 1° bepaalt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, specifieke categorieën van geholpen personen en de woonplaatsvoorwaarden;

2° professionele zorgverlener : iedere persoon die op basis van een diploma of een wettelijke erkenning gemachtigd is om tegen betaling zorg of advies over zorg of thuishulp te verlenen;

3° bijstand en hulp : respectievelijk de tijdsinvestering op psychologisch, sociaal of moreel vlak en de tijdsinvestering op fysiek of materieel vlak die een invloed hebben op de beroeps- of familiale situatie van de mantelzorger.

Voor de uitvoering van het 3° bepaalt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de types en nadere regels van bijstand en hulp en tevens de nadere berekeningsregels van de nodige tijdsinvestering;

4° doorlopend : de bijstand en hulp die langdurig worden verleend;

5° regelmatig : de bijstand en hulp verleend tijdens verschillende periodes die overeenstemmen met de cyclische of gefaseerde evolutie van bepaalde pathologieën of de evolutie van de zorgafhankelijkheid.

Voor de uitvoering van het 5° bepaalt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de pathologieën;

6° levensproject : het eerbiedigen van de vrije keuze van de geholpen persoon, zoals bepaald bij artikel 19 van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap aangenomen te New York op 13 december 2006 en goedgekeurd bij de instemmingswet van 13 mei 2009.

HOOFDSTUK 3. - Erkenning

Art. 3

§ 1. De mantelzorger is de persoon die doorlopende of regelmatige hulp en bijstand verleent aan de geholpen persoon.

§ 2. Om de erkenning te verkrijgen, vervult de mantelzorger tegelijkertijd de volgende voorwaarden :

1° meerderjarig of een ontvoogde minderjarige zijn;

2° een vertrouwensrelatie of een nauwe, affectieve of geografische relatie opgebouwd hebben met de geholpen persoon.

§ 3. Daarnaast moeten de volgende uitoefeningsvoorwaarden vervuld zijn :

1° de bijstand en hulp niet beroepshalve, kosteloos en in samenwerking met ten minste een professionele zorgverlener verstrekken;

2° rekening houden met het levensproject van de geholpen persoon.

§ 4. Per geholpen persoon kan of kunnen de mantelzorger(s), met het akkoord van de geholpen persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger, een erkenningsaanvraag indienen door middel van een verklaring op erewoord bij het ziekenfonds van de mantelzorger(s). Deze aanvraag moet jaarlijks hernieuwd worden.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, voor elke maatregel van inwerkingstelling van bescherming van deze doelgroep die valt onder de bevoegdheid van de federale overheid, het maximumaantal personen van wie de hoedanigheid van mantelzorger kan erkend worden per geholpen persoon.

Art. 4

De erkenning van de hoedanigheid van mantelzorger wordt beëindigd :

- op verzoek van de mantelzorger of de geholpen persoon;
- bij overlijden van de geholpen persoon;
- wanneer de zware zorgafhankelijkheid beëindigd wordt;
- wanneer de geholpen persoon permanent opgenomen wordt in een dienst voor dag- of nachtopvang;
- wanneer de mantelzorger niet meer voldoet aan de erkenningsvoorwaarden;
- bij veroordeling van de mantelzorger voor geweld, mishandeling, oplichting of verwaarlozing.

HOOFDSTUK 4. - Evaluatie

Art. 5

Deze wet, in het bijzonder artikel 3, § 4 en zijn uitvoeringsbesluiten, zal worden geëvalueerd. Deze evaluatie zal aan de Wetgevende Kamers worden voorgelegd vóór het einde van het tweede jaar volgend op de dag van de bekendmaking van deze wet in het Belgisch Staatsblad.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgische Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 12 mei 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

Mevr. L. ONKELINX

De Staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen

en Personen met een handicap, belast met Beroepsrisico's,

Ph. COURARD

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,

Mevr. A. TURTELBOOM

Nota

(1) Zie :

Kamer van volksvertegenwoordigers (www.dekamer.be) :

Stukken : 53-3439 - (2013/2014) : 001 : Wetsontwerp. 002 : Verslag. 003 : Tekst verbeterd door de commissie voor de sociale zaken. 004 : Amendementen. 005 : Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat. Integraal verslag : 2 en 3 april 2014.

Senaat (www.senaat.be) Stukken : 5-2833 - 2013/2014 : Nr. 1 : Ontwerp niet geëvoceerd door de Senaat.

Bijlage 4: informed consent

Beste mantelzorgers,

Ik ben werkzaam op deze afdeling als verpleegkundige en volg nog een bachelor na bachelor opleiding interdisciplinaire ouderenzorg. Binnen deze opleiding dien ik een bachelor-proef (eindwerk) te maken.

Mijn proef gaat over mantelzorgers die voor een persoon met dementie of geheugenproblemen zorgen in de thuissituatie. U als mantelzorgers staat dicht bij de zorgbehoevende persoon en u weet als geen ander wat er nodig is om de persoon waarvoor u zorgt zo lang en comfortabel mogelijk thuis te laten wonen.

Via deze proef wil ik proberen te weten te komen wat er nodig is om een persoon met dementie zo comfortabel mogelijk nog thuis te verzorgen. U als mantelzorgers speelt hierbij een grote rol. Uw taak mag niet onderschat worden, u bent de expert binnen uw situatie.

Het zou fijn zijn mocht eventjes tijd willen maken om deze vragenlijst in te vullen. Wat u niet weet of niet wilt invullen mag u openlaten. De bekomen gegevens worden volledig anoniem verwerkt, uw naam of adres (deze dient u ook niet in te vullen) zal nergens vermeld worden.

Indien u de vragenlijst invult, wilt u dan onderstaande ondertekenen.

Alvast bedankt voor de medewerking.

Paula van der Steen, verpleegkundige geriatrie AZ St. Dimpna

Ondergetekende geeft hierbij Paula van der Steen de toestemming om de bekomen gegevens anoniem te verwerken in functie van haar eindwerk, mantelzorgers die voor een persoon met dementie zorgen in de thuissituatie.

Naam+handtekening

datum

Bijlage 5: "Zicht op mantelzorger"

ZICHT OP MANTELZORG
GESPREKSLEIDRAAD VOOR DE BEHOEFTEANALYSE
BIJ MANTELZORGERS VAN THUISWONENDE OUDEREN

Hulpverlener (naam):

Organisatie:

Mantelzorger (naam):

Adres:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Geslacht: Vrouw Man Leeftijd:

Relatie met oudere: Partner Kind Ander familielid: Vriend Buur

Oudere (naam):

Adres: Idem mantelzorger
 Ander:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Geslacht: Vrouw Man Leeftijd:

Diagnose:

Contact 1 mantelzorger: Huisbezoek Kantoor Telefonisch

Datum: / / 20.....

Afspraken:

Contact 2 mantelzorger: Huisbezoek Kantoor Telefonisch

Datum: / / 20.....

Afspraken:

Contact 3 mantelzorger: Huisbezoek Kantoor Telefonisch

Datum: / / 20.....

Afspraken:

HoGent

A. ZORGVERLENING

Taken mantelzorger:

- Boodschappen
- Maaltijden bereiden
- Poetsen
- Kledij wassen / strijken
- Persoonsverzorging
- Transfers
- Socio-emotionele steun
- Vervoer, begeleiding uitstappen
- Administratie
- Organiseren professionele zorg
- Hulp bij medicatiegebruik
- Toezicht houden, aanwezig zijn
- Andere:

Intensiteit mantelzorg:

24u - dagelijks uur - wekelijks uur

Duur van de mantelzorg: jaar maand

Andere mantelzorgers of vrijwilligers: N / J

Welke hulp?

Professionele hulp aanwezig: N / J

Welke hulp?

Relatie met professionele hulp:

- ? Samenwerking: laag – midden – hoog
- ? Ondersteuning: laag – midden – hoog
- ? Afstemming: laag – midden – hoog
- ? Faciliteren relatie: laag – midden – hoog

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over zorgverlening:

zeer ontevreden

ontevreden

matig tevreden

tevreden

zeer tevreden

B. MANTELZORGER

Andere aandachtsgebieden:

- Betaald werk
- (Klein)kinderen
- Huishouden
- Mantelzorg voor andere personen
- Vrijwilligerswerk
- Vrije tijd, hobby's

Voldoende tijd voor zichzelf: N / J

Impact zorg op eigen welbevinden:

- Vermoeidheid, slaapproblemen
- Veranderingen in gedrag
- Psychische klachten
- Lichamelijke klachten

Omgang met zorgsituatie:

- ? Acceptatie: laag – midden – hoog
- ? Hantering: laag – midden – hoog
- ? Motivatie: laag – midden – hoog

Toekomstperspectief:

- ? Grenzen aan zorg
- ? Houding t.a.v. Woonzorgcentrum

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over persoonlijke situatie:

zeer ontevreden

ontevreden

matig tevreden

tevreden

zeer tevreden

C. RELATIES

Situatie oudere:

- IADL-/ ADL-problemen
- Gedragsstoornissen
- Karakterveranderingen
- Cognitieve achteruitgang
- Stemmingstoornissen

? Aanvaarden van hulp: N / J

Veranderingen in relatie met oudere:

? Verandering taakpatronen, rollen: N / J

? Ruimte voor activiteiten samen: N / J

Kwaliteit relatie met oudere:

? Wederkerigheid: laag – midden – hoog

? Mate van conflict: laag – midden – hoog

? Mate van affectie: laag – midden – hoog

Sociaal netwerk:

? Veranderingen in sociale relaties: N / J

? Sociale steun: laag – midden – hoog

? Mate van conflict: laag – midden – hoog

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over de relaties:

zeer ontevreden

ontevreden

matig tevreden

tevreden

zeer tevreden

D. OMGEVING

Huisvesting:

? Woning aangepast aan zorgsituatie: N / J

? Woning voldoende veilig? N / J

Mobiliteit:

? Eigen verplaatsingen voor zorg: N / J

? Problemen verplaatsen binnenshuis: N / J

? Problemen verplaatsen buitenshuis: N / J

Hulpmiddelen:

- Mobiliteit
- Eetsituatie
- Verzorging
- Communicatie
- Veiligheid

Financiële situatie:

? Inkomensverlies door zorg: N / J
...../€ maand

? Kosten door zorg: N / J
...../€ maand

? Gebruik tegemoetkomingen: N / J

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over omgeving:

zeer ontevreden

ontevreden

matig tevreden

tevreden

zeer tevreden

INFORMATIE VOOR OVERDRACHT BINNEN TEAM

OVERZICHT BELEVING MANTELZORGER

A. Zorgverlening

zeer ontevreden
ontevreden
matig tevreden
tevreden
zeer tevreden

B. Mantelzorger

zeer ontevreden
ontevreden
matig tevreden
tevreden
zeer tevreden

C. Relaties

zeer ontevreden
ontevreden
matig tevreden
tevreden
zeer tevreden

D. Omgeving

zeer ontevreden
ontevreden
matig tevreden
tevreden
zeer tevreden

Algemene inschatting beleving zorgsituatie

zeer zwaar
zwaar
matig zwaar
niet zwaar
helemaal niet zwaar

PRIORITAIRE AANDACHTSPUNTEN

Omschrijving	Acties	Verantwoordelijke(n)
1.		
2.		
3.		

AANVULLENDE NOTITIES

Bijlage 6: Het zorgprogramma voor de Geriatrische patiënt

Het zorgprogramma voor de Geriatrische Patiënt

Het AZ Sint Dimpna beschikt over een zorgprogramma voor de Geriatrische Patiënt.

Dit bestaat uit :

1. Erkende Dienst Geriatrie
2. Geriatrische raadpleging
3. Geriatrisch dagziekenhuis
4. Interne Liaison
5. Externe Liaison

Doelgroep

Definitie van geriatrische patiënt :

iemand met een complex ziektebeeld, als gevolg van stoornissen op lichamelijk, geestelijk en/of sociaal gebied waardoor zelfstandig functioneren en de kwaliteit van het leven negatief beïnvloed wordt.

Kenmerken van de geriatrische patiënt :

Als leeftijdsgrens wordt meestal 75 jaar genomen

Geriatrische patiënten onderscheiden zich van jongere volwassenen en vitale ouderen doordat zij naast hun leeftijd ook de volgende kenmerken vertonen:

- fragiliteit
- multipele pathologie of verschillende ziekten of aandoeningen tegelijk
- polyfarmacie : inname van meer dan 5 verschillende medicaties
- atypische presentatie van ziekten
- Gevaar voor functionele achteruitgang of afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijkse leven waardoor toegenomen risico op opname in een instelling
- Gevaar voor onvoldoende voedselinname
- Neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid,
- Psychosociale problemen

Geriatrische zorg is :

- Multidisciplinair, diagnostisch, therapeutisch, een revalidatieproces en opvolging

- Opsporen van de geriatrische patiënten en het waarborgen van de continuïteit van de zorg, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers
- Hoofddoel: met multidisciplinaire aanpak streven naar optimaal herstel van het functioneren en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon

Verantwoordelijken zorgprogramma

- Geneesheer-geriaters : Dr Verbiest en Dr Helsen
- Hoofdverpleegkundige: An Smaers.
- Verpleegkundigen geriatrisch dagziekenhuis en geriatrie
- Sociaal verpleegkundigen
- Kinesisten
- Ergotherapeuten
- Logopedisten
- Diëtisten
- Psychologen

1. De afdeling Geriatrie:

De dienst geriatrie is onderverdeeld in 2 delen :

- Er is een acute geriatrie waar mensen met verschillende ziekten en problemen worden opgenomen zoals hart – en ademhalingsproblemen, infecties, dementie, wondproblemen, nierziekten...
- Daarnaast is er een revalidatiegedeelte waar mensen komen met o.a. een hersenbloeding, een heupfractuur enz...

Doelstelling :

- de bejaarde zo gezond mogelijk te maken en zo veel mogelijk zelfstandigheid terug te geven.
- Dit gebeurt door teamwerk van de geriater, de verpleegkundigen, kinesisten, logopedisten, diëtisten, psychologe en sociale verpleegkundigen.
- De behandeling start bij een grondige observatie en het stellen van een juiste diagnose.

De verblijfsduur op de dienst geriatrie is beperkt en afhankelijk van de diagnose. Indien ontslag naar huis moeilijk is, dan wordt vanuit de dienst de nodige thuiszorg georganiseerd of wordt samen met de familie naar andere oplossingen gezocht.

Een opname wordt best gepland via de huisarts in overleg met de geriater. In dringende gevallen kan men op dienst spoedgevallen terecht.

2. De geriatrische raadpleging

Op woensdag en vrijdag kan de patiënt in de namiddag in het ziekenhuis op raadpleging komen bij de geriater voor eenvoudige geriatrie problemen, osteoporose behandeling, geriatrie advies en follow-up

- Telefoonnummer voor afspraken voor de geriatrie raadpleging: 014/57 70 33 (secretariaat)

3. Het Geriatrie dagziekenhuis:

- Aanmelding gebeurt op vraag van huisarts of geneesheer specialist of na raadpleging van de geriater
- Doel: diagnose (assessment), therapie en/of revalidatie op multidisciplinaire basis.
- Specifiek aanbod:
 - ambulante diagnostische programma:
 - bv * geheugenkliniek
 - * valrisico-scherming
 - * gecombineerde onderzoeken
 - therapeutische programma:
 - bv * bloedtransfusie
 - * IV medicatievoeding
 - * osteoporosebehandeling
 - revalidatieprogramma:
 - bv * na een beroerte
- Afspraken kunnen telefonisch gemaakt worden via het telefoonnummer 014/57.75.01

4. Interne Liaison

Doel is: alle in het ziekenhuis opgenomen geriatrie patiënten een multidisciplinaire geriatrie aanbod bezorgen.

Dit gebeurt door geriatrie geschoolde verpleegkundigen die de geriatrie patiënten op de andere afdelingen bezoeken, de problemen opsporen en met de overige teamleden, de geriater, verpleging, sociale dienst en familie naar oplossingen zoeken of raad geven.

5. Externe Liaison

Doel is : de continuïteit van de zorg te garanderen, samen te werken rond het ontslag van de bejaarde patiënt en onnodige ziekenhuisopnames te vermijden . Deze zorg behoort in samenwerking met het team tot de taak van de sociaal verpleegkundige.

Handreiking Mantelscan

Samenstelling, organisatie en risicofactoren
van een zorgnetwerk in kaart



expertisecentrum
mantelzorg

Mantelscan

Datum:

Naam organisatie:

Naam medewerker:

Naam cliënt:

Naam/namen aanwezige mantelzorg(er)s:

.....

.....

.....

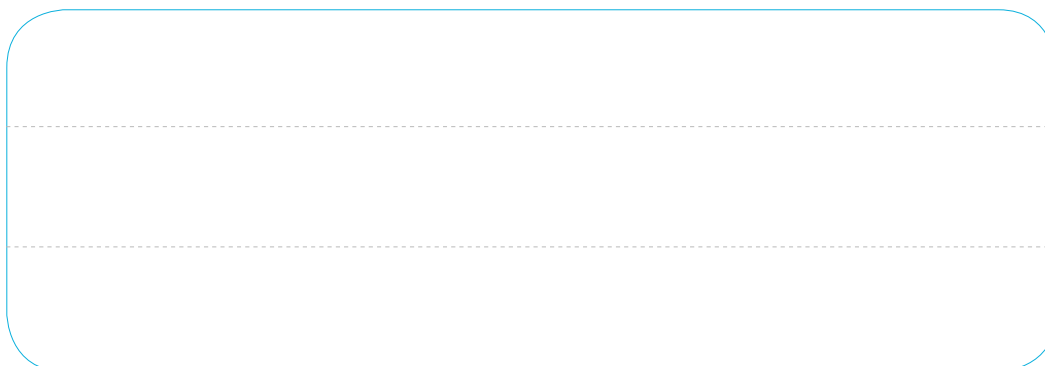
.....

.....

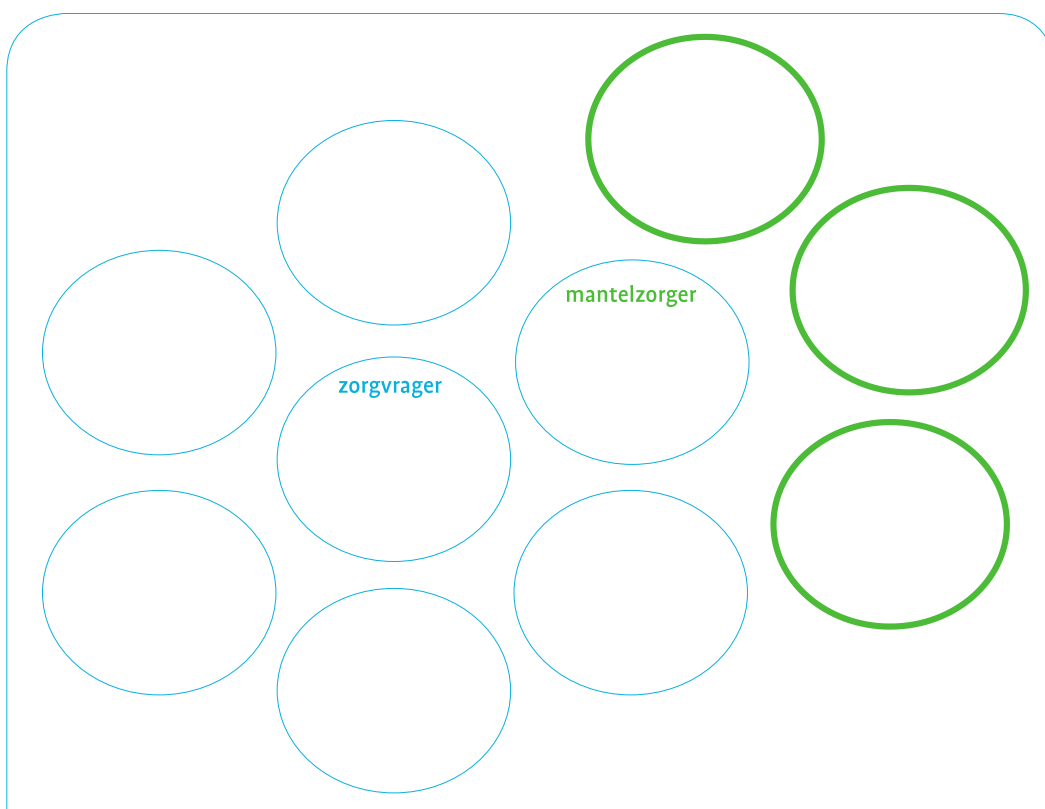
.....

www.expertisecentrummantelzorg.nl

Genogram



Ecomap - het zorgnetwerk



Soort netwerk	Legenda	
<input type="radio"/> gemengd	(ES) Emotionele steun	(PH) Praktische hulp
<input type="radio"/> familie	(BE) Begeleiding (bij bezoeken)	(PV) Persoonlijke verzorging
<input type="radio"/> professioneel	(HH) Huishoudelijke hulp	(VP) Verpleegkundige hulp
<input type="radio"/> spilzorg	(TRB) Therapie, revalidatie of behandeling	(TC) Toezicht en controle

1. De aard van de zorgvraag

A. Waar is de zorgvrager?

- Thuis
- Langdurig in een zorginstelling
- Kortdurend in ziekenhuis/ revalidatie
- Anders, nl

B. Hoe vaak is er zorg nodig?

- Af en toe overdag
- Regelmatig overdag
- Continu overdag
- Dag en nacht

C. Welke zorg wordt verleend?

- Emotionele steun
- Begeleiding (bij bezoeken)
- Huishoudelijke hulp
- Praktische hulp
- Persoonlijke verzorging
- Verpleegkundige hulp
- Toezicht en controle
- Therapie, revalidatie of behandeling

D. Van welke aandoening of ziekte is sprake?

.....

E. Is er een inschatting te maken over de duur van de zorgvraag?

- Enkele dagen of weken
- Maanden
- Jaar of langer
- Zonder zicht op eindpunt

F. Hoe is de verwachting over het ziekteproces?

- Herstel verwacht
- Stabiel
- Wisselende goede en slechte periodes
- Progressief
- Terminaal

G. Hoe voorspelbaar is het ziekteverloop?

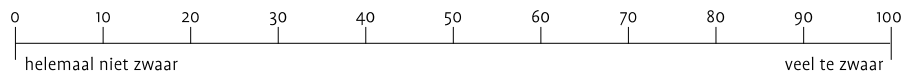
- Redelijk voorspelbaar
- Onzeker verloop
- Onplanbare crisissituaties

H. Hoe is de zorgvrager onder zijn ziekte/aandoening?

.....

2. De mantelzorg

A. Self-rated burden scale:



B. Ervaren druk door informele zorg (EDIZ – dr. A.M. Pot (1995))

1. Door de situatie van mijn kom ik weinig aan mijn eigen leven toe	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
2. Het combineren van de verantwoordelijkheid van mijn en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
3. Door de betrokkenheid bij mijn ... doe ik anderen tekort	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
4. Ik moet altijd klaarstaan voor mijn	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
5. Mijn zelfstandigheid komt in de knel.	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
6. De situatie van mijn eist voortdurend de aandacht	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
7. Door mijn betrokkenheid bij mijn krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
8. De situatie van mijn laat mij nooit los.	Nee! Nee min-of-meer ja ja!
9. Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn	Nee! Nee min-of-meer ja ja!

Score:

C. Zijn er veranderingen in uw inkomsten en uitgaven, omdat u zorgt?

.....

.....

.....

D. Wat kost u energie en waar haalt u energie uit?

Opmerking: Denk bij wat energie kost aan tijds-, ontwikkelings-, fysieke, sociale en emotionele belasting. Denk bij wat energie oplevert aan goede vrienden, ondersteuning van collega's, sport en hobby's.

.....

.....

.....

.....

.....

Vul de drie belangrijkste uitkomsten in op de Ecomap in elk van de drie groene dikomlijnde cirkels rechtsboven.

3. Ecomap - het zorgnetwerk

Gebruik de antwoorden van A, B en C voor het invullen van de Ecomap.

Samenstelling van het netwerk

A. Hoeveel mensen zijn er bij betrokken?

- Flexibel naar behoefte
- 5 of meer vaste mensen
- ca. 3 vaste mensen
- 1 persoon

B. Hoe is de samenstelling van het netwerk?

- Naaste familie
- Vrienden, buren, kennissen, (oud)collega's
- Vrijwilligers
- Professionals

Wie doet wat? En hoe veel/vaak?

C. Ga na wie in het netwerk wat doet en vul in op de Ecomap

Samenhang en competenties

D. Hoe is de samenwerking in het netwerk?

- Het bespreken van moeilijke zaken is mogelijk
- Bespreken van moeilijke zaken wordt vermeden
- Er zijn irritaties en conflicten

E. Beschikt de familie over voldoende bureaucratische vaardigheden? Denk aan: kennis van regelingen, ondersteuning, taal beheersing (anderstaligen, ambtelijke taal, sociale vaardigheden (assertiviteit)

- Bij meerdere leden
- Bij één lid
- Te weinig

4. Conclusie en advies

Denk aan: advies aan individuele mantelzorger(s) en advies ter versterking van het netwerk.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Catharijnesingel 47 • 3511 GC Utrecht
Postbus 8228 • 3503 RE Utrecht
telefoon 030 789 20 00
www.expertisecentrummantelzorg.nl



BUURTWERK

RONDOM 13



De Bib van Geel is een van de veertig bibliotheken in de provincie Antwerpen die een infostand rond dementie heeft. Foto: mto

Speciale EHBD-rugzak vol info over dementie

GEEL Veertig bibliotheken in de provincie Antwerpen werken samen met het provinciebestuur om mensen beter te informeren over en bewust te maken van dementie. Zo heeft de bib van Geel naast een infostand ook een *Eerste Hulp bij Dementie*-rugzak vol nuttige info. *Tommy Maes*

De bibliotheek van Geel werkt al jaren rond dementie. Minstens één keer per jaar wordt er dieper ingegaan op het thema. 'Geel staat al jaren bekend als dementievriendelijke gemeente', zegt Marleen Rome, zakelijk beheerder van de bibliotheek. 'De stad en diverse sociale organisaties werken veel rond deze problematiek. Als bibliotheek dragen we ons steentje bij. Vorig jaar was er zelfs een maand rond dementie, met infosessies en andere activiteiten rond het thema. We willen zo veel mogelijk mensen bewust maken van dementie. Daarnaast willen we ook mensen die in contact komen met dementie, zo goed mogelijk informeren. Zo

bib een EHBD-rugzak ontleenen, met daarin een groot aanbod aan informatie rond dementie', zegt Rome. 'De rugzak bevat diverse boeken en ander materiaal die diverse facetten van dementie belichten. De bedoeling is dat mensen die op een of andere manier te maken krijgen met dementie, zo'n rugzak kunnen lenen. Niet alleen mensen met dementie, maar ook kinderen, kleinkinderen, mantelzorgers en anderen kunnen gebruik maken van de informatie. Er zitten onder meer informatieve boeken in voor kinderen en volwassenen en boeken met getuigenissen.' Omdat de twee EHBD-rugzakken voortdurend uitgeleend werden, zorgde de bibliotheek deze maand voor een derde rugzak met hetzelfde materiaal.'

INFO
Bibliotheek Geel
 Werft 30, Geel, tel. 014-56.67.50

MEERHOUT
Eva Peeters en mme Zsazsa stellen boek voor
 Naar aanleiding van de Week van de Bibliotheek nodigt de Meerhoutse bibliotheek op donderdag 16 oktober om 19.45 uur Eva Peeters & Mme Zsazsa uit. Zij vertellen over hun boek *Groeten uit Transitie* en brengen duurzame ideeën voor het dagelijkse leven, zonder dat u aan kwaliteit moet inboeten. De schrijvers willen aantonen dat groener gewoonweg plezierig, creatief en gezond is. Het is trouwens ook helemaal niet zo moeilijk: sober of net geurend naar seintangehakt. De lezing is gratis. Reserveren via bibliotheek@meerhout.be (mto)

• Bibliotheek Meerhout, Gasthuisstraat 29, Meerhout

STUUR UW NIEUWS NAAR EDITIE.GEELMOL@RONDOM.BE

MOL/BALEN/DESSEL/GEEL
Fakkeltochten tegen armoede en uitsluiting
 Vrijdag 17 oktober is de *Dag van het verzet tegen armoede*. Dan vinden er in veel gemeenten fakkeltochten plaats tegen armoede en sociale uitsluiting. Zo is er ook een fakkeltocht door het centrum van Mol. Deze fakkeltocht is een samenwerking tussen de OCMW's van Balen, Dessel, Mol en Retie, Ons Huis, KWB, CAW, KSOM, Netwerk tegen armoede en de derde wereldraad Mol. In Geel vindt eveneens een fakkeltocht plaats door het stadscentrum. Dan wordt ook het vijftienjarig bestaan gevierd van vzw Al-arm. Als afsluiter volgt er in Geel nog een muzikaal optreden. (mto)

• Fakkeltocht tegen armoede en sociale uitsluiting, vrijdag 17 oktober om 19 uur. De fakkeltocht in Mol vertrekt aan de Rozenbergschool in Mol. In Geel vertrekt de fakkeltocht aan het stadhuis.

Langer thuis wonen: geen utopie meer

We worden met zijn allen ouder en wonen ook langer thuis. Er zijn dan ook genoeg mogelijkheden voorhanden om thuis onze oude dag te slijten. "Een goede zorg kortbij, sociale contacten en een ergonomische woning zijn noodzakelijk", stelt Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen (CD&V).

Vandaag wordt een man gemiddeld 78 jaar oud, een vrouw 83 jaar. De levensverwachting stijgt tot 86 jaar voor mannen en 89 jaar voor vrouwen in 2060. Wanneer mensen ouder worden, kan de vraag naar zorg of ondersteuning zoals in het huishouden toenemen. De Vlaamse overheid heeft de afgelopen jaren het zorg- en ondersteuningsaanbod uitgebreid, zodat het aan de toenemende vraag een passend antwoord op maat kan bieden. "We zetten hierbij volop in op het principe van de vermaatschappelijking van de zorg. De zorgvermaatschappelijke betekent dat we de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving, en dus bij de mensen thuis of in hun thuis vervangend milieu, verstreken", zegt minister Vandeurzen.



Door het uitgebreide zorg- en ondersteuningsaanbod kunnen mensen veel langer thuis blijven.

Mantelzorgers

Maar ook alternatieve woonwonen voor mensen met een zorgnood zijn een optie: groepen van assistentiewoningen, kleinschalige dagopvangcentra, aangepaste sociale huisvesting en beschermde woonvormen. "Ook het aantal mantelzorgers stijgt sterk. Hun bijdrage is van onschatbare waarde. Men moeten we emotionele, praktische en materiële ondersteuning bieden", stelt de minister. "Ageing in place" (ouder worden in de vertrouwde omgeving, red.) is een

Hoe je woning veilig en ergonomisch maken?

Een eigen woning waar je zolang als mogelijk kunt verblijven, is vaak de belangrijkste investering in een mensenleven. Van bij de bouw van een woning is het raadzaam meegroeiwonen in het achterhoofd te houden. Een veilige woning voor de senior is een woning waar geen gevaar loert.

- Heb je bouwplannen en wil je de woning voorzien op later? Voorzie dan een goede technische installatie met stopcontacten op comfortabele hoogte, voorzie wachtledingen voor een ruimte op de gelijkvloerse verdieping die later tot badkamer kan omgevormd worden.
- Ook in de badkamer kun je niet voorzichtig genoeg zijn. Een gladde vloer vervang je best, een moeilijk in te stappen bad door een instapbad of inloofdouche.

(ke foto gff)

Info: www.dezilveren sleutel.be,
www.entervzw.be en
www.meegroeiwonen.info

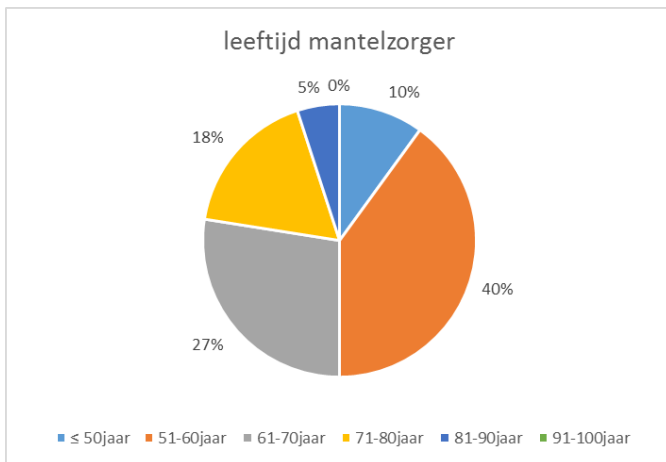


Een zetelfij bij een trap is een gemakkelijke oplossing.

Bijlage 10: resultaten vragenlijst

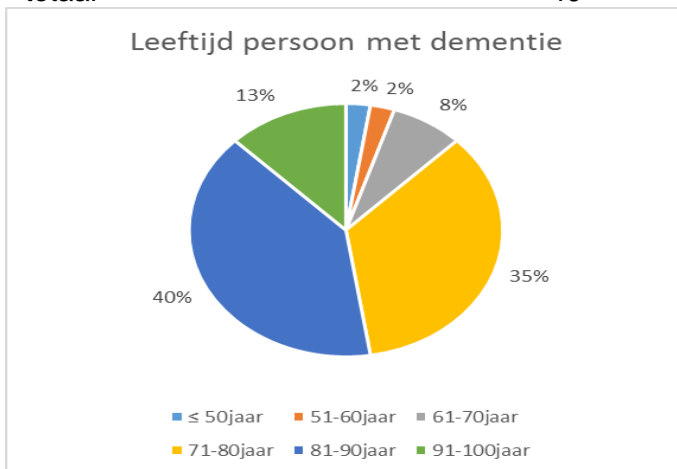
leeftijd van de mantelzorger

≤ 50jaar	4
51-60jaar	16
61-70jaar	11
71-80jaar	7
81-90jaar	2
91-100jaar	0
totaal	40



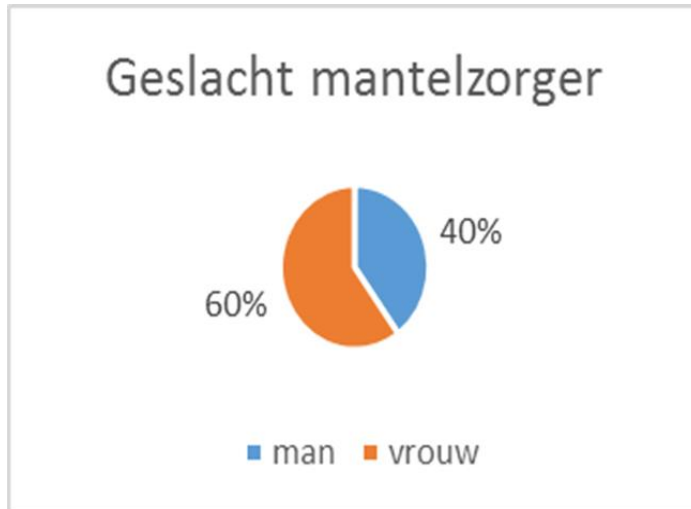
leeftijd van de persoon met dementie

≤ 50jaar	1
51-60jaar	1
61-70jaar	3
71-80jaar	14
81-90jaar	16
91-100jaar	5
totaal	40



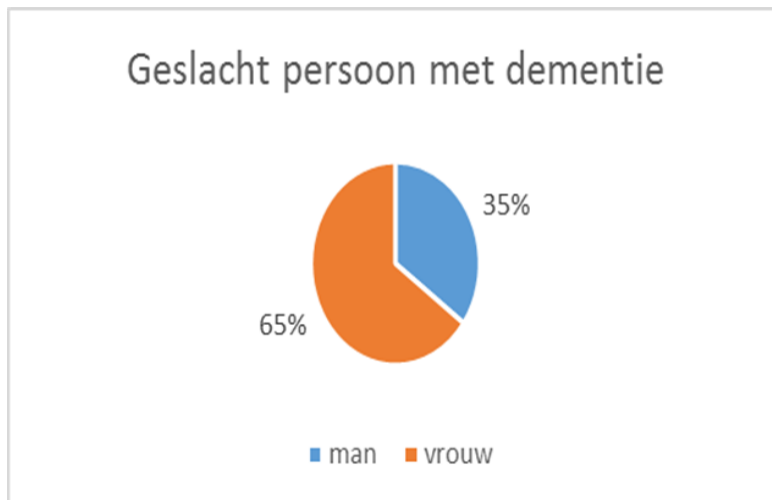
geslacht van de mantelzorger

man	16
vrouw	24
totaal	40



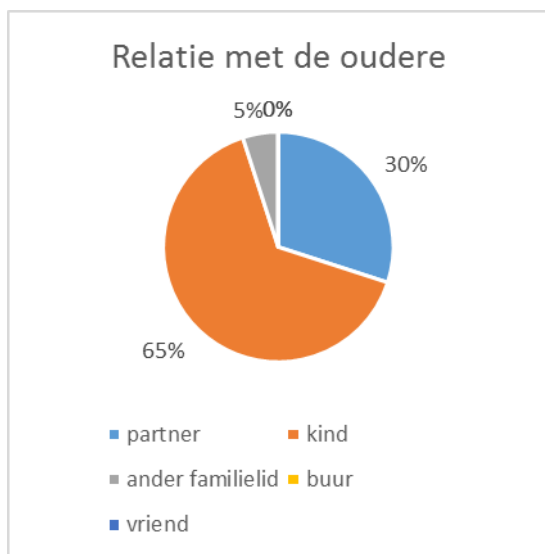
geslacht van de persoon met dementie

man	14
vrouw	26
totaal	40



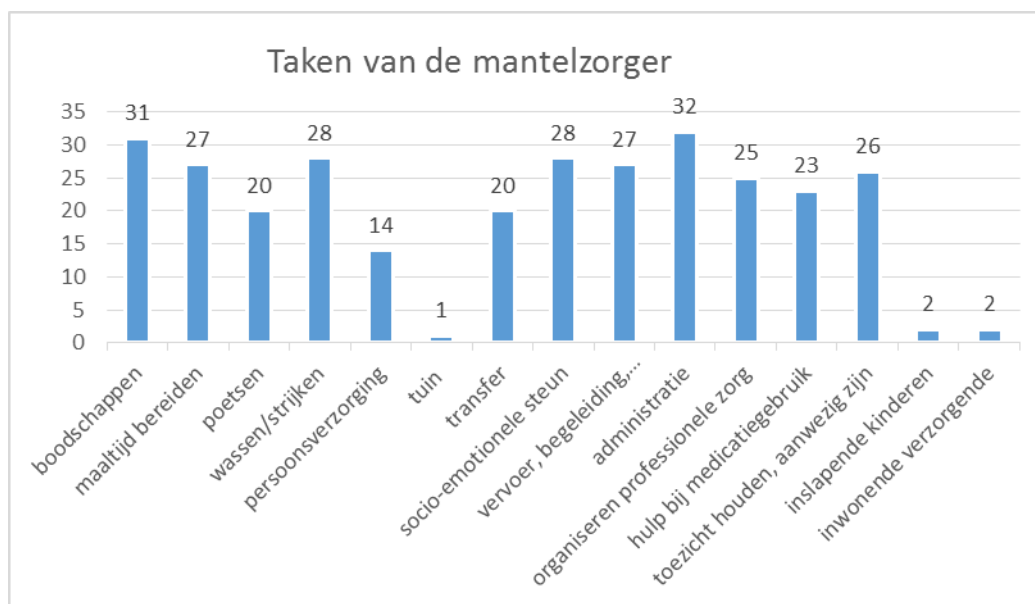
relatie met de oudere

partner	12
kind	26
ander familielid	2
buur	0
vriend	0
totaal	40

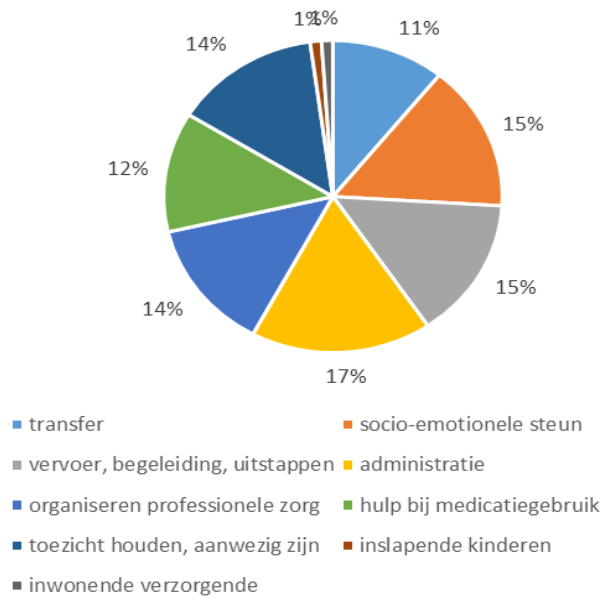


taken van de mantelzorger

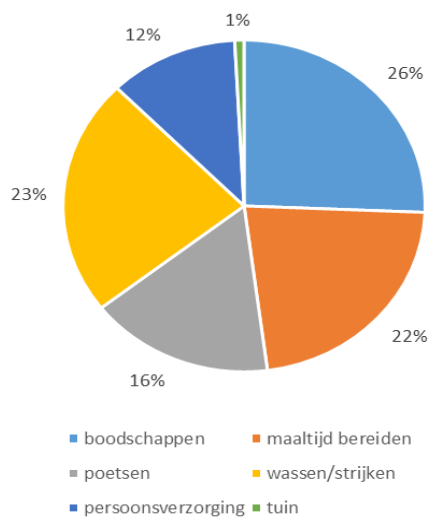
boodschappen	31
maaltijd bereiden	27
poetsen	20
wassen/strijken	28
persoonsverzorging	14
tuin	1
transfer	20
socio-emotionele steun	28
vervoer, begeleiding,	
uitstappen	27
administratie	32
organiseren professionele	
zorg	25
hulp bij medicatiegebruik	23
toezicht houden, aanwezig	
zijn	26
inlapende kinderen	2
inwonende verzorgende	2
totaal	306



Logistieke taken

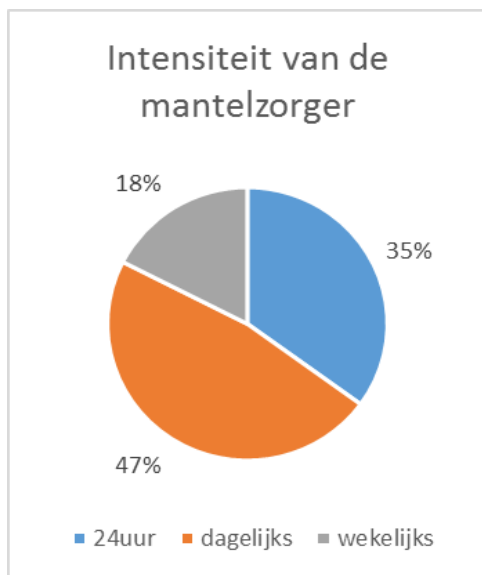


Huishoudelijke taken



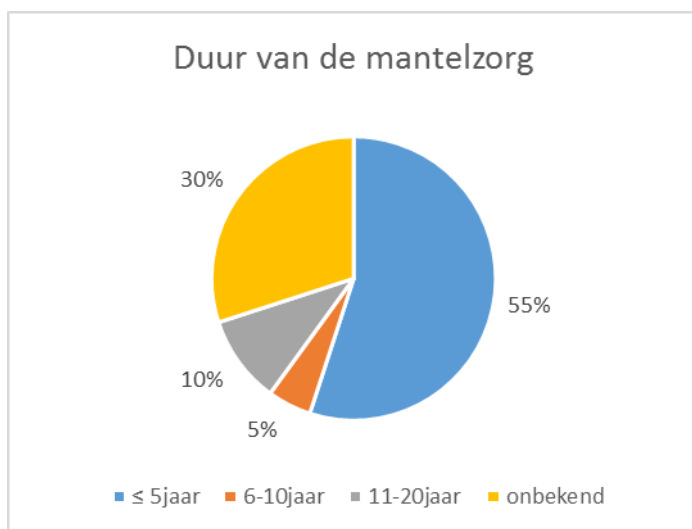
intensiteit van de mantelzorger

24uur	14
dagelijks	19
wekelijks	7
totaal	40



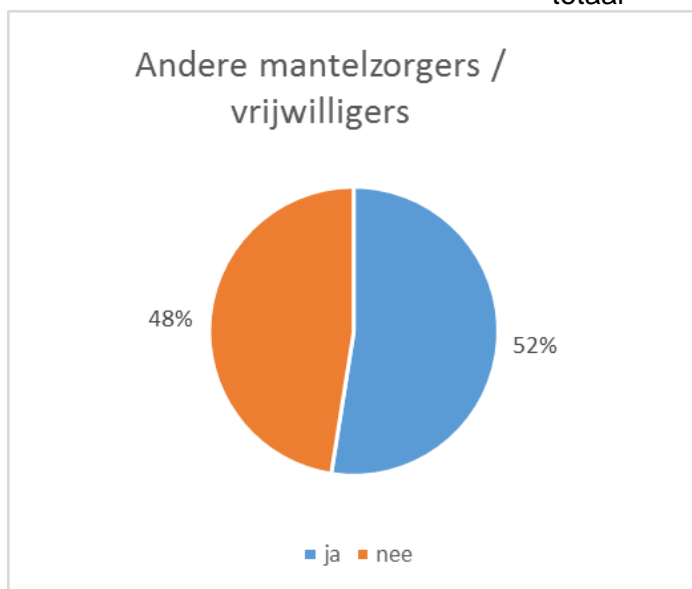
duur van de mantelzorg

≤ 5jaar	22
6-10jaar	2
11-20jaar	4
onbekend	12
totaal	40



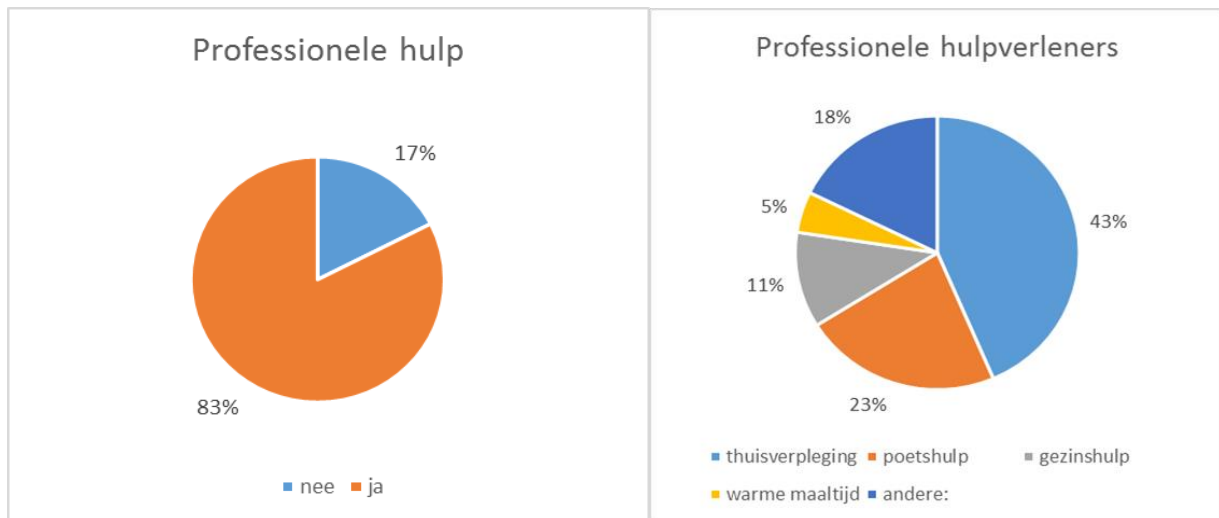
andere mantelzorgers / vrijwilligers

ja	21
nee	19
totaal	40



professionele hulp

nee	7	
ja	33	
thuisverpleging	27	
poetshulp	14	
gezinshulp	7	
warme maaltijd	3	
andere:	11	
		dagopvang 6
		inwonende verzorgende 2
		huisarts 2
		pedicure 1
totaal	40	



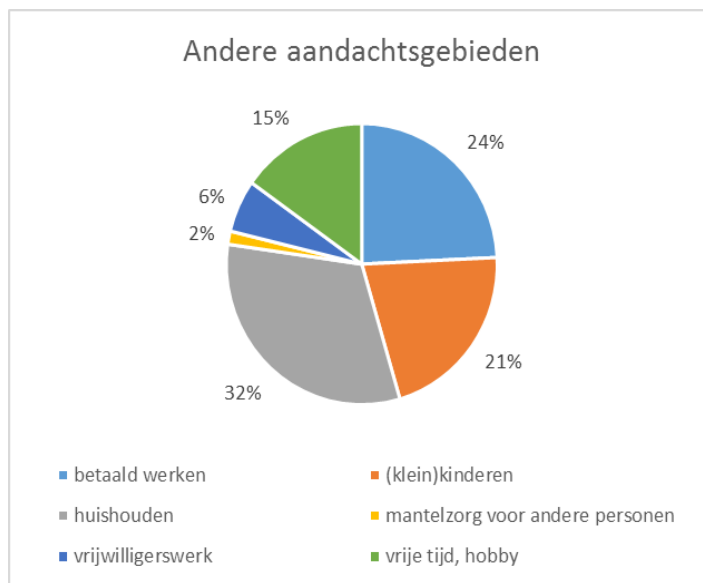
**relatie met professionele
hulp 19**

samenwerking		
laag		4
midden		11
hoog		7
onbekend		18
totaal		40
ondersteuning		
laag		5
midden		8
hoog		6
onbekend		21
totaal		40
afstemming		
laag		6
midden		5
hoog		5
onbekend		24
totaal		40
facilliteren relatie		
laag		2
midden		3
hoog		3
onbekend		32
totaal		40
geen antwoord		21

mantelzorger

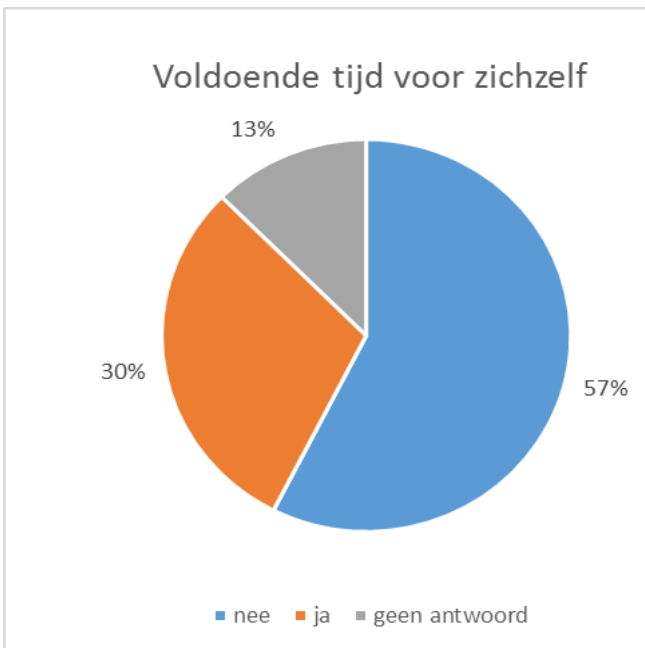
andere aandachtsgebieden

betaald werken	16
(klein)kinderen	14
huishouden	21
mantelzorg voor andere personen	1
vrijwilligerswerk	4
vrije tijd, hobby	10
totaal	66



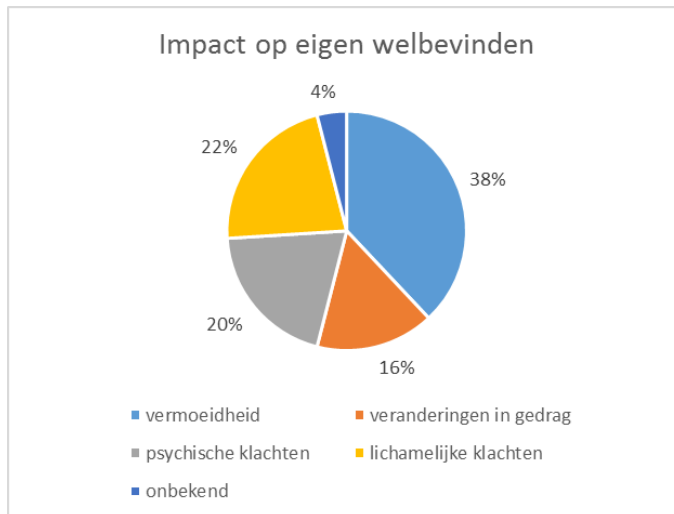
voldoende tijd voor zichzelf

nee	23
ja	12
geen antwoord	5
totaal	40



impact op eigen welbevinden

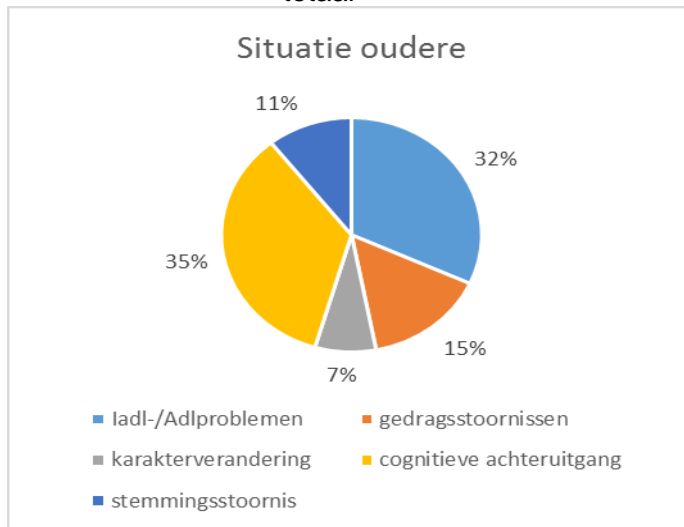
vermoeidheid	19
veranderingen in gedrag	8
psychische klachten	10
lichamelijke klachten	11
onbekend	2
totaal	50



relatie

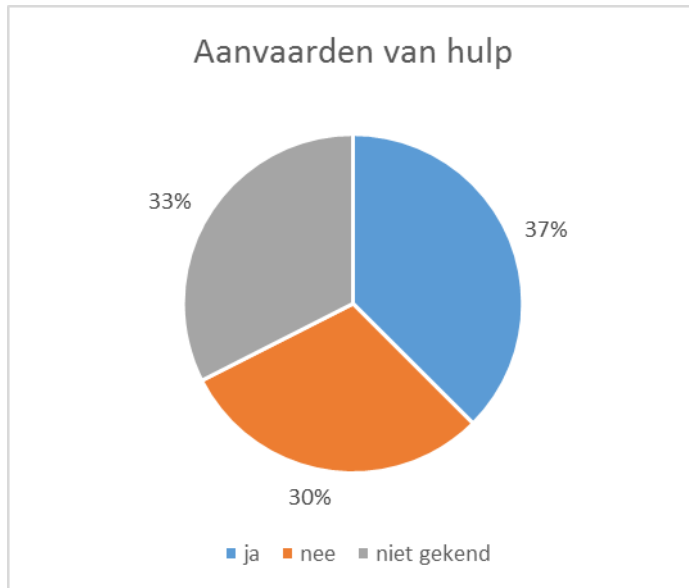
situatie oudere

lidl-/Adlproblemen	21
gedragsstoornissen	10
karakterverandering	5
cognitieve achteruitgang	23
stemmingsstoornis	7
totaal	66



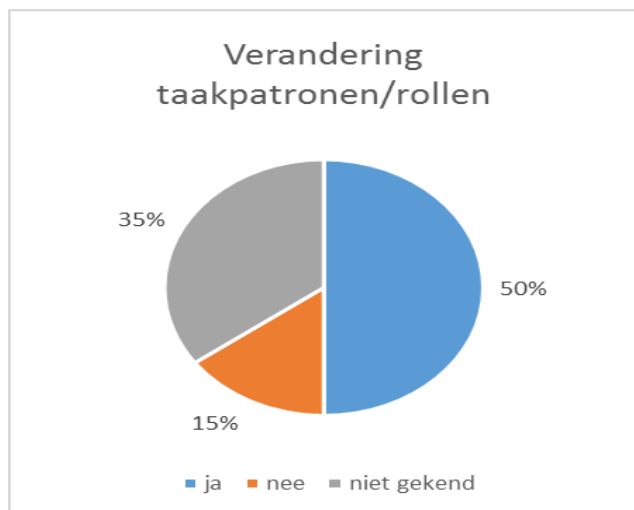
aanvaarden van hulp

ja	15
nee	12
niet	
gekend	13
totaal	40



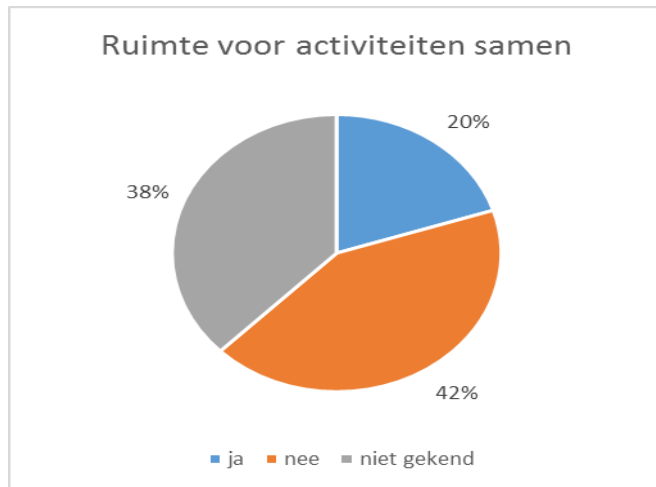
**verandering in relatie met oudere
verandering taakpatronen/rollen**

Ja	20
Nee	6
niet gekend	14
totaal	40



ruimte voor activiteiten samen

ja	8
nee	17
niet gekend	15
totaal	40



kwaliteit relatie met oudere wederkerigheid

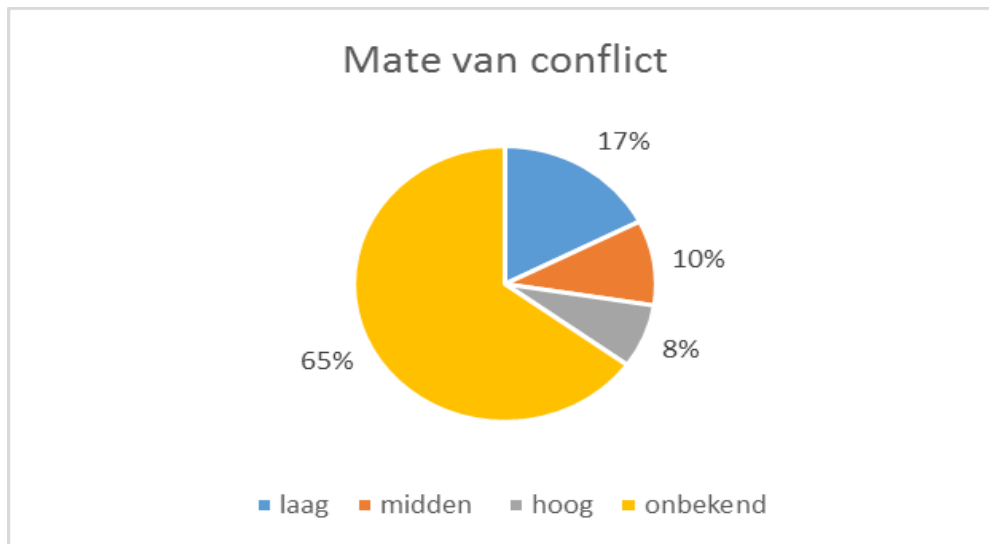
laag	8
midden	4
hoog	6
onbekend	22
totaal	40

mate van affectie

laag	10
midden	6
hoog	6
onbekend	18
totaal	40

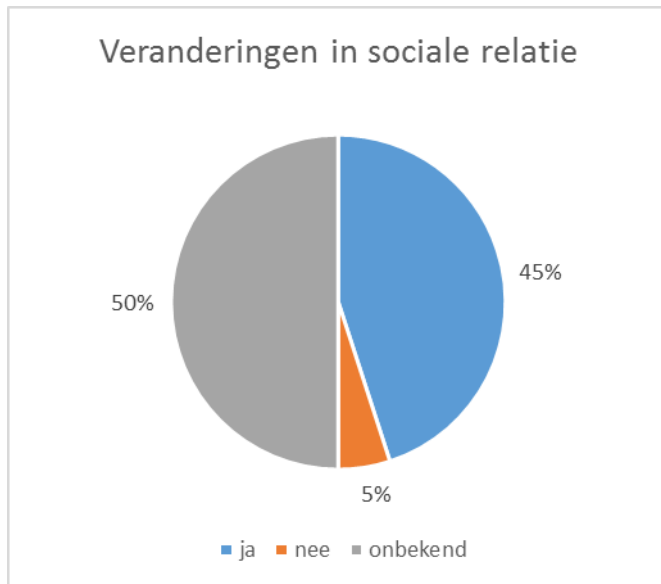
mate van conflict

laag	11
midden	7
hoog	11
onbekend	11
totaal	40



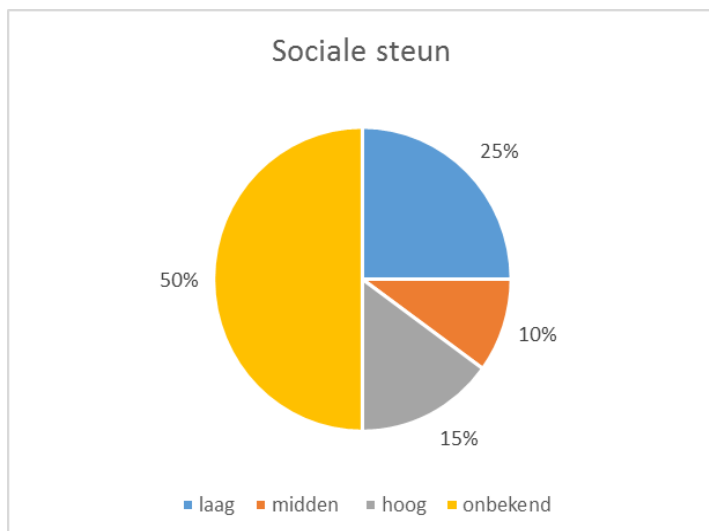
**sociaal netwerk
veranderingen in sociale
relaties**

ja	18
nee	2
onbekend	20
totaal	40



sociale steun

laag	10
midden	4
hoog	6
onbekend	20
totaal	40



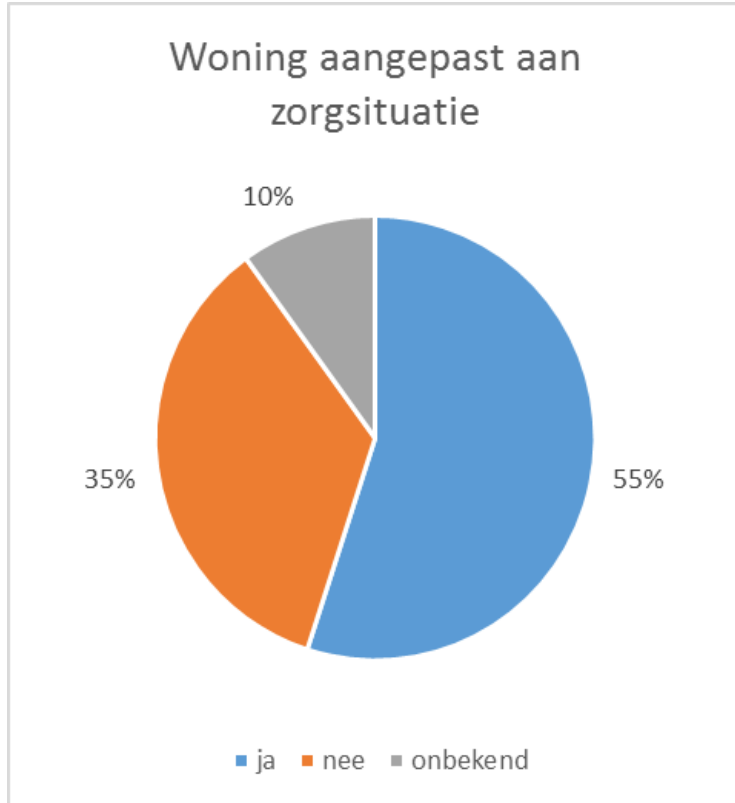
mate van conflict

laag	7
midden	4
hoog	3
onbekend	26
totaal	40

**omgeving
huisvestiging**

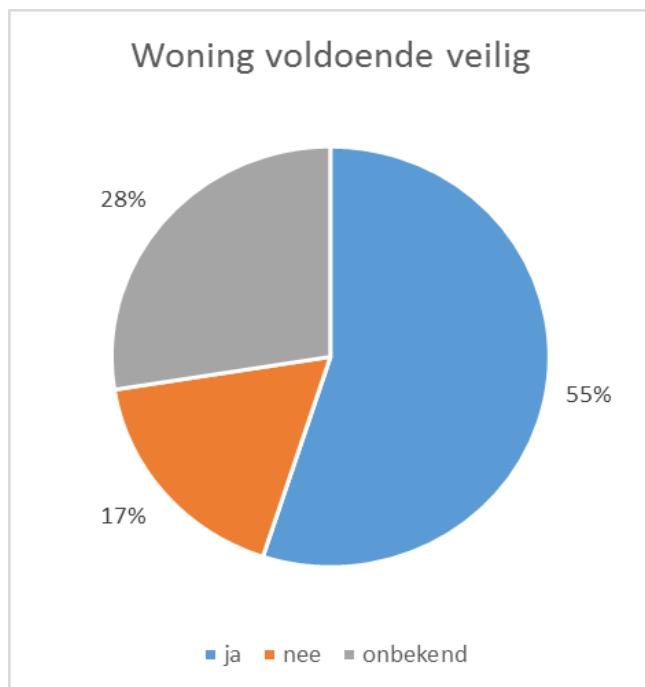
**woning aangepast aan
zorgsituatie**

ja	22
nee	14
onbekend	4
totaal	40



woning voldoende veilig

ja	22
nee	7
onbekend	11
totaal	40



mobiliteit

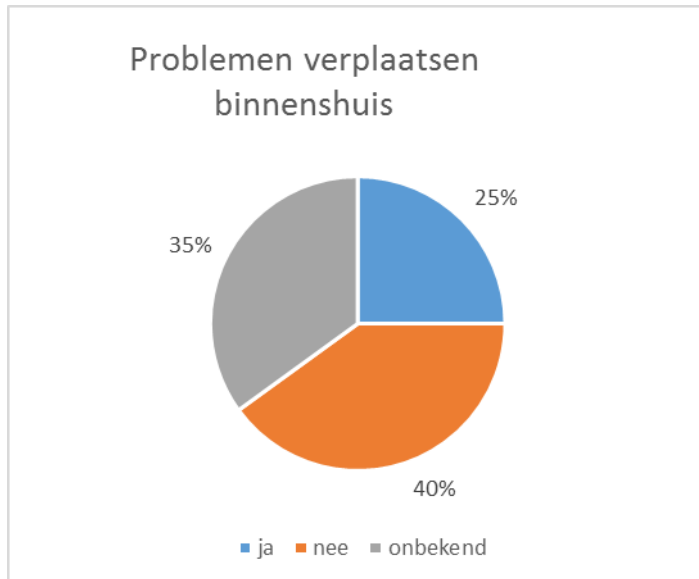
eigen verplaatsing voor zorg

ja	15
nee	8
onbekend	17
totaal	40



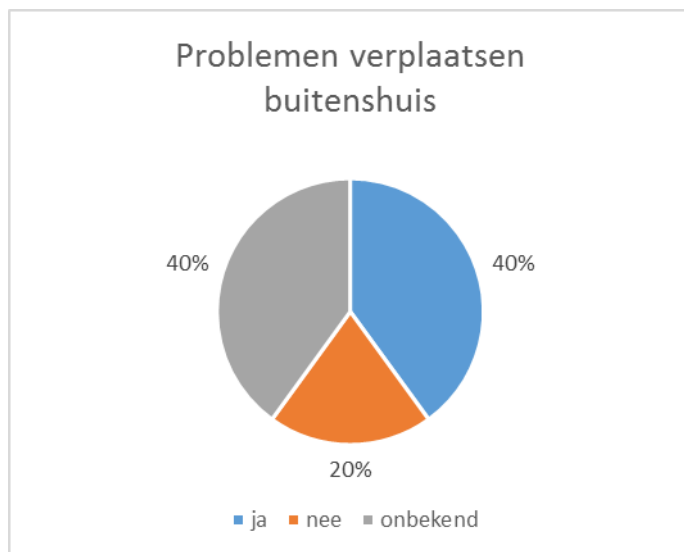
problemen verplaatsen binnenshuis

ja	10
nee	16
onbekend	14
totaal	40



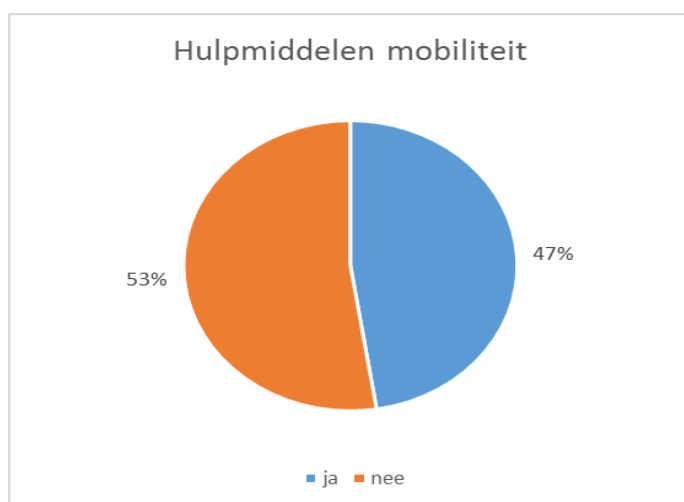
problemen verplaatsen buitenshuis

ja	16
nee	8
onbekend	16
totaal	40



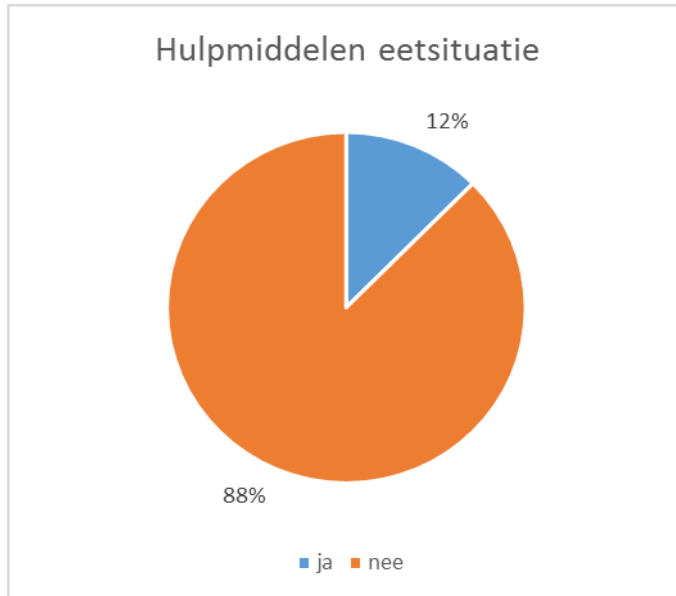
hulpmiddelen mobiliteit

ja	19
nee	21
totaal	40



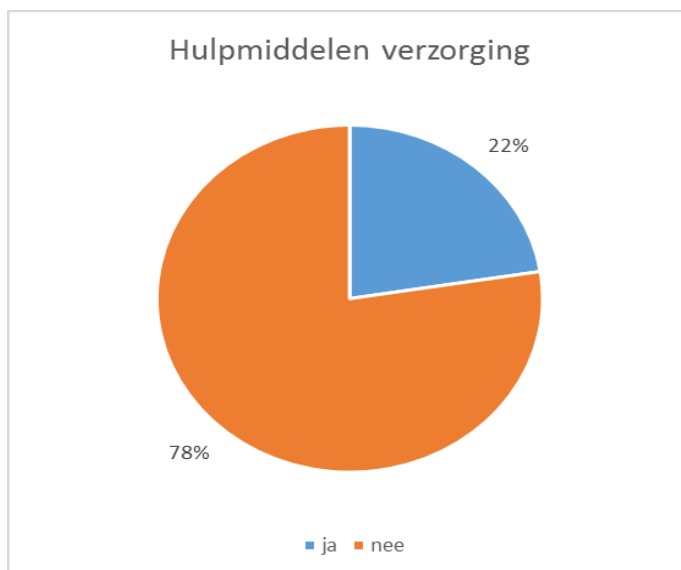
eetsituatie

ja	5
nee	35
totaal	40



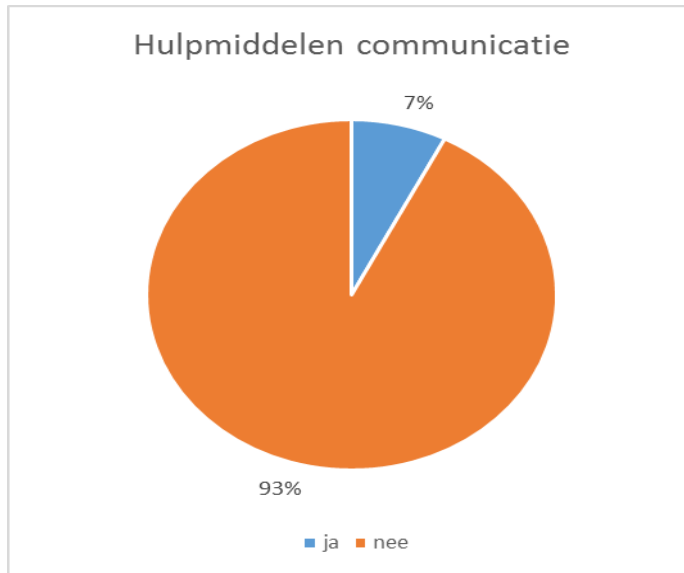
verzorging

ja	9
nee	31
totaal	40



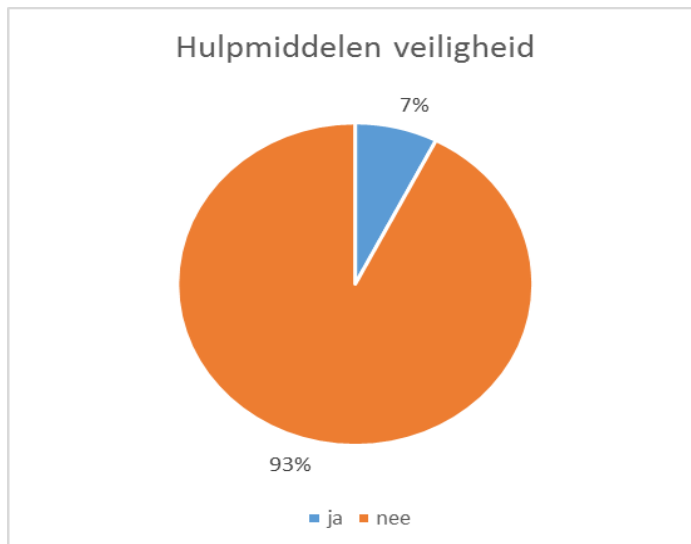
communicatie

ja	3
nee	37
totaal	40



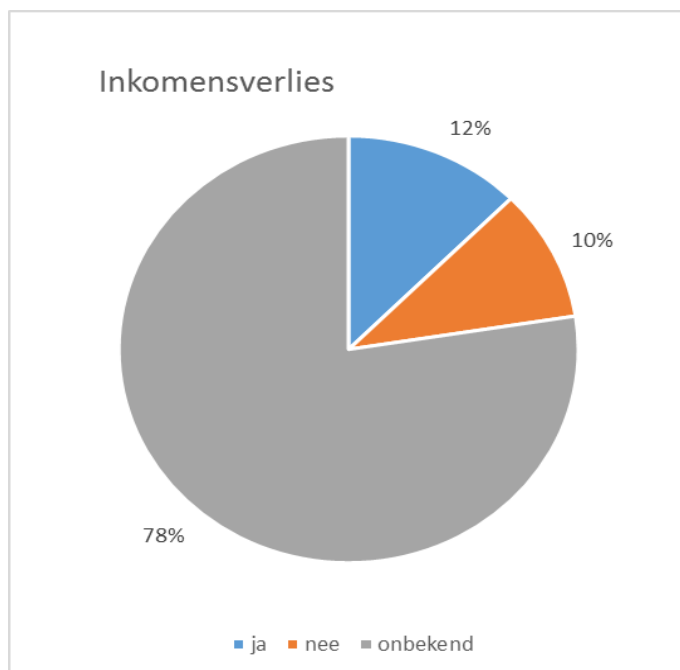
veiligheid

ja	3
nee	37
totaal	40



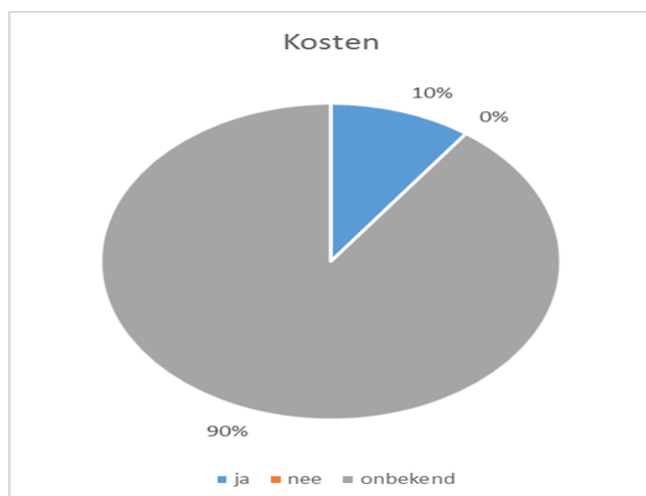
**financiële situatie
inkomensverlies**

ja	5
nee	4
onbekend	31
totaal	40



kosten

ja	4
nee	0
onbekend	36
totaal	40



gebruik van tegemoetkoming

ja	14
nee	3
onbekend	23
totaal	40

