



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

**Welke hulp binnen gezinszorg hebben personen met Alzheimer dementie nodig om
langer thuis te kunnen blijven?**

**Door:
Brenda Ketelslegers**

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2013- 2014**

Welke hulp binnen gezinszorg hebben personen met Alzheimer dementie nodig om langer thuis te kunnen blijven?

**Door:
Brenda Ketelslegers**

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2013- 2014**

VOORWOORD

Ik ben Brenda Ketelslegers en volg de richting Social Work in Hogeschool PXL te Hasselt.

Dit eindwerk is een persoonlijk en kritisch rapport van maatschappelijke waarneming in verband met mijn stage, en vormt de afronding van mijn studie. Hier toon ik aan dat ik een maatschappelijke problematiek kan analyseren, nadenken over mogelijke oplossingen en het geheel evalueren. Ik heb de concrete feiten verwerkt en ondersteund met de theorie.

Ik heb stage gelopen bij de Thuiszorg in Tongeren. Het thema van het eindwerk is de ziekte van Alzheimer en de hulp die deze personen nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven. Ik heb dit onderwerp gekozen omdat de ziekte Alzheimer veel voorkomt en het belangrijk is voor personen met deze aandoening om in de vertrouwde omgeving te kunnen blijven.

Ik wil graag alle docenten bedanken voor hun uitleg en inzicht met betrekking tot dit onderwerp. Ook wil ik mijn begeleider bedanken voor de tijd die hij voor mij heeft uitgetrokken. Hij heeft een grote rol gespeeld bij de realisatie van dit werk. Daarnaast wil ik ook mijn stagementor bedanken voor haar hulp en ondersteuning.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	4
Inleiding	6
Deel I: De organisatie.....	8
1.1 Thuishulp Limburg VZW - De voorzorg.....	8
1.1.1 Maatschappelijke situering van Thuishulp Limburg VZW	8
1.1.2 Missie	8
1.1.3 Doelgroep.....	9
1.1.4 Aanbod	9
Deel II: De ziekte van Alzheimer	15
2.1 De ziekte van Alzheimer	15
2.1.1 Het verloop	15
2.1.2 Specifieke lichamelijke verschijnselen	16
2.1.3 De verzorging en verpleging.....	17
2.1.4 Veranderingen in het gedrag	18
2.1.5 Vormen van Alzheimer dementie.....	20
2.1.6 Omgaan met Alzheimer dementie	22
2.2 de hulpverlening	26
2.2.1 Thuiszorg	26
2.2.2 Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW	28
2.2.3 Vlaamse Alzheimer Liga	29
2.2.4 Projecten	30
Deel III: Praktijk.....	32
3.1 Toets: theoretisch kader en praktijk.....	32
3.2 Conclusies	33
3.2.1 Hulpvragen gezinszorg.....	33
3.2.2 Gedragingen	36
3.2.3 Besluit	39
3.3 Aanbevelingen.....	43
3.3.1 Cliëntgerichte zorg	43
3.3.2 Het profiel helpster	43
3.3.3 Cliëntgerichte zorg en het profiel helpster samengevoegd	44
3.3.4 Vorming.....	44
3.3.5 Takenpakket.....	44
Deel IV: Kritische visie	47
4.1 De problematiek.....	47
4.2 Het onderzoek	49
4.3 Persoonlijke mening.....	50
Het algemeen besluit	51
Bibliografie	54
Bijlage.....	56
Bijlage 1: het zorg- en bijstandsdecreet	56
bijlage 2: De enquête	69

INLEIDING

Het eindwerk gaat over de ziekte van Alzheimer en de hulp die deze personen nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven. Het onderzoek gaat over de afstemming van het takenpakket op de noden van personen met deze aandoening. Dementie is een ziekte die veel voorkomt bij ouderen. De ziekte tast het hele geheugen aan waardoor deze personen gaan vergeten. Hierdoor hebben deze personen hulp nodig, want zij zijn niet meer in staat om voor zich zelf te zorgen. Daarnaast is het belangrijk dat zij in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven. Vaak zorgen de partner of de kinderen voor de persoon met Alzheimer dementie: zij zijn de zogenoemde mantelzorgers. De persoon met Alzheimer dementie vraagt veel aandacht en tijd van de mantelzorger. Hierdoor heeft de mantelzorger minder tijd voor zichzelf en zijn gezin. Daarom is er bijkomende hulp nodig, voor zowel de persoon met Alzheimer dementie als voor de mantelzorger. Er zijn verschillende vormen van dementie: de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, dementie met Lewy-lichaampjes, parkinson dementie, persisterende dementie, fronto-temporale dementie en de ziekte van Pick. Ik heb gekozen voor de ziekte van Alzheimer omdat deze vorm het meeste voorkomt bij de bevolking in België. Wij willen weten welke hulp zij precies nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven en om de druk op de mantelzorger te verlichten.

De ziekte van Alzheimer is de vorm van dementie die het meeste voorkomt. Momenteel zijn veel onderzoekers bezig met het in kaart brengen van het biologische proces achter de ziekte van Alzheimer. Zij willen weten wat er precies in de hersenen gebeurt wanneer de ziekte optreedt. Hoewel er al enkele oorzaken van de ziekte van Alzheimer ontdekt zijn, is het niet altijd duidelijk wat de aanleiding is voor het ontstaan van de ziekte. De voornaamste oorzaak is het eiwit amyloïde A β in de hersenen. Het eiwit komt voor in drie vormen om de ziekte te veroorzaken. De eerste vorm is plakken, een ophoping van het eiwit. De tweede vorm is kluwen, draadvormige eiwitten in de hersenen. De laatste vorm is een opstapeling van het eiwit. Het gaat om een samenspel van genetische, biologische en omgevingsfactoren, die de ziekte veroorzaken. Daarnaast zijn er nog andere factoren die de ziekte in de hand kunnen werken, zoals een schedeltrauma. Bovendien wordt er ook gezocht naar medicijnen die de ziekte kunnen afremmen, maar genezing is echter onmogelijk. Aangezien de vergrijzing toeneemt, bestaat de kans dat er steeds meer mensen de ziekte van Alzheimer zullen krijgen in de toekomst.

Door de jaren heen is er meer aandacht besteed aan dementie in het algemeen. De politici, organisaties en stichtingen van welzijn willen dat dementie niet gezien wordt als een speciaal geval dat onderscheiden wordt van andere ziektes. Ook zijn er veel projecten opgericht om te bouwen aan een betere zorg en om isolement te vermijden voor personen met dementie. Daarnaast zijn er ook leuke projecten waarbij de personen met dementie extra begeleiding krijgen om zo de mantelzorger te ontlasten.

Het eindwerk is opgebouwd uit een hoofdstuk, die bestaat uit vier onderdelen.

In deel I vind je de beschrijving van de organisatie. Wij geven uitleg over het bestaan van de organisatie en geven de missie weer. Daarnaast wordt de doelgroep vermeld omdat dit van

belang is om te weten welke personen bij deze organisatie terecht kunnen. Ook willen wij je kennis laten maken met het aanbod dat de Thuiszorg heeft om cliënten te helpen.

Het theoretisch kader vind je terug in deel II. Hierin leggen wij de ziekte van Alzheimer en de verzorging ervan uit. Ook geven wij uitleg over de omgang met personen met Alzheimer dementie. De omgang is van belang omdat je als maatschappelijk werkers en als verzorgers moet weten hoe je het best omgaat met een persoon met Alzheimer dementie en wat je kan doen in bepaalde situaties die aandacht vragen.

In deel III vind je het praktijkgedeelte met de toetsing van de onderzoeksvraag terug. Wij bespreken eerst de onderzoeksmethode en de keuze ervan. Dan vind je de conclusie van de enquête terug met een besluit. Wij vermelden wat we geleerd hebben van het onderzoek en van de theorie. Vervolgens geven wij ook enkele aanbevelingen voor de organisatie.

Tot slot is er deel IV. Hier vind je de kritische kijk terug over de problematiek en de actuele tendensen die van belang zijn voor maatschappelijk werk. Wij bespreken ook het geleverd onderzoek: wij zijn nagegaan wat goed was en wat we beter hadden kunnen doen. Om af te sluiten geven we onze visie over de conclusies.

Dit onderzoek helpt om te weten te komen welke hulp personen met Alzheimer dementie juist nodig hebben om langer in hun vertrouwde omgeving te kunnen blijven. Het geeft inzicht over de ziekte van Alzheimer en wat je kan doen bij bepaalde gedragingen. Verder zorgt het ervoor dat de kwaliteit van de hulpverlening verhoogd wordt, zodat de mantelzorger geruststellend afgelost kan worden en deze persoon tijd heeft voor zichzelf en het gezin.

DEEL I: DE ORGANISATIE

In deel I wordt informatie gegeven over de organisatie waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, namelijk wat de organisatie precies inhoudt en welke doelgroep er terecht kan. Daarnaast wordt het aanbod besproken. Thuishulp Limburg VZW heeft een ruim aanbod van diensten en deze worden kort toegelicht.

1.1 THUISHULP LIMBURG VZW - DE VOORZORG

1.1.1 Maatschappelijke situering van Thuishulp Limburg VZW¹

"VZW Thuishulp is één van de grootste thuiszorgdiensten in Vlaanderen. Voor 30.000 klanten organiseert VZW Thuishulp gezinszorg, aanvullende thuiszorg en kindzorg. Onder het huis van Socialistische Mutualiteiten organiseert Thuishulp een ruim gamma aan diensten. Met meer dan 4500 medewerkers en ruim 60 jaar ervaring in de thuiszorg staat Thuishulp klaar om elke klant een kwaliteitsvolle dienstverlening aan te bieden."

1.1.2 Missie²

1.1.2.1 "Gezinszorg en aanvullende thuiszorg"

- Thuishulp biedt zorg en dienstverlening op maat, vanuit een respectvolle houding gesteund op solidariteit en gelijkwaardigheid vanuit een socialistische ideologie.
- We focussen ons prioritair op zorgbehoevenden, met aandacht voor zelfredzaamheid en empowerment.
- Een deskundig team staat dagelijks in dialoog met de klant en andere zorgverleners om een kwaliteitsvolle en laagdrempelige zorg en dienstverlening aan te bieden.
- Dit wordt gevoed vanuit een vernieuwende bedrijfscultuur, inspeland op nieuwe noden en behoeften binnen een financieel gezond kader.

1.1.2.2 Kinderzorg

"Reddie Teddy is de kindzorgdienst van Thuishulp binnen de koepel van de socialistische mutualiteiten. Binnen de drie pijlers van Reddie Teddy, namelijk oppas en zorg, preventie en opvoedingsondersteuning en kinderopvang bieden we een laagdrempelig en kwaliteitsvol aanbod gericht naar een diverse doelgroep."

Thuishulp gaat ervan uit dat mensen meer zijn dan hun problemen of beperkingen en dat zij beschikken over mogelijkheden en krachten, die Thuishulp ten volle stimuleert. Daarnaast probeert Thuishulp de zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen. Er wordt gestreefd naar een evenwicht tussen maximale hulpverlening en zelfstandigheid van de cliënt.

¹ (Van Mossevelde, K., VZW Thuishulp: jaarverslag 2012, Brussel, De voorzorg, 2012)

² (Van Mossevelde, K., VZW Thuishulp: jaarverslag 2012, Brussel, De voorzorg, 2012)

1.1.3 Doelgroep¹

Zowel jongvolwassenen als ouderen kunnen beroep doen op thuiszorg. Iedereen kan een aanvraag indienen, ongeacht de nationaliteit. Thuishulp staat achter diversiteit.

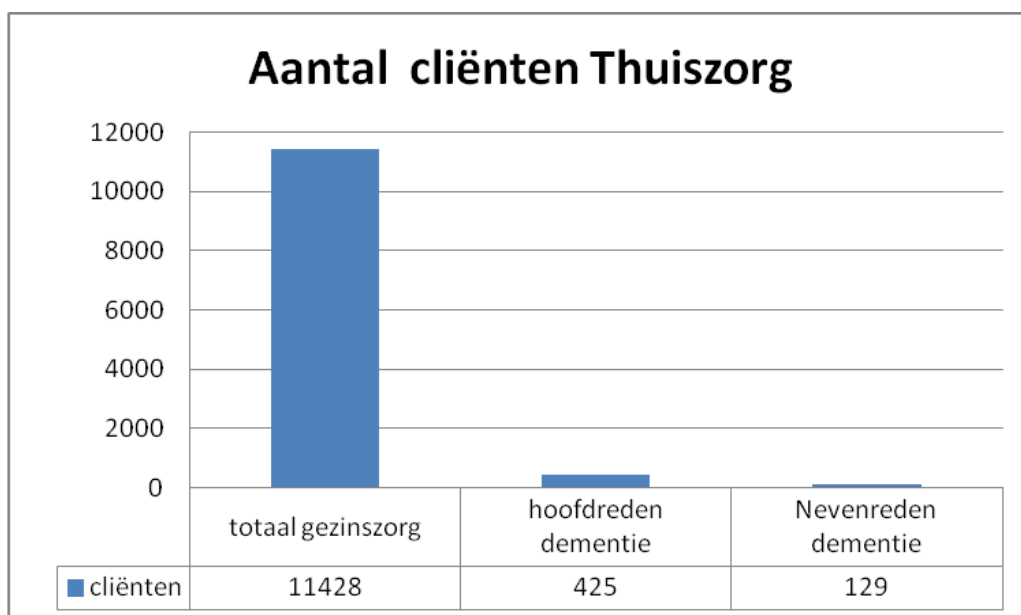
De mensen, die een aanvraag doen, kunnen een fysiek probleem hebben zoals een hartziekte, kanker,... of motorische of visuele beperkingen, maar ook een sociaal of psychiatrisch probleem. Ook dementie en palliatieve zorg kan een reden zijn voor een aanvraag bij Thuishulp.

1.1.4 Aanbod^{2 3}

1.1.4.1 Thuiszorg

De Voorzorg heeft een compleet pakket thuiszorgdiensten. Veel mensen komen vroeg of laat wel eens terecht in het ziekenhuis. Wanneer ze terug thuiskomen, hebben ze soms professionele hulp nodig.

Een enthousiaste thuishelp(st)er komt dan even de huishoudelijke taken overnemen. Ook bij dringende vragen wordt er gezorgd voor een snelle en gepaste thuishulp. De Voorzorg staat klaar om alle zorgen op zich te nemen zodat de mensen zich kunnen focussen op het genezingsproces.



Grafiek: Dit geeft het aantal zorgaanvragen binnen de gezinszorg weer. Hierbij wordt het aantal cliënten weergegeven met de zorgaanvraag met de reden dementie binnen gezinszorg en binnen aanvullende thuiszorg.

¹ (Van Mossevelde, K., VZW Thuishulp: jaarverslag 2012, Brussel, De voorzorg, 2012)

² (Van Mossevelde, K., VZW Thuishulp: jaarverslag 2012, Brussel, De voorzorg, 2012)

³ (De voorzorg, Zorg en comfort, internet, 2014)

- *Gezinszorg*

Voor de volgende taken staan de verzorgenden van thuishulp op een professionele manier in:

- persoonlijke verzorging
- huishoudelijke verzorging
- psychosociale ondersteuning

Gezins hulp ondersteunt je bij de persoonlijke verzorging van het lichaam, haar- en nagelverzorging, en biedt hulp bij het nemen van medicatie en het rechtstaan en stappen.

Daarnaast worden ook je huishoudelijke taken verlicht. De verzorgenden doen boodschappen, wassen en strijken, bereiden maaltijden en helpen met eten. Verder doen ze ook een licht onderhoud van de woning zoals het stof afnemen, stofzuigen en dweilen.

Hierbij zorgen de medewerkers met een aangename babbel en gezelschap voor een sociale ondersteuning, een luisterend oor waar je in alle vertrouwen terecht kan. De verzorgenden zijn namelijk gebonden aan beroepsgeheim. Daarnaast helpt gezins hulp met de administratie indien dit nodig is en bij de ondersteuning, verzorging en opvoeding van de kinderen.

- *Poets hulp*

De medewerkers van onze poetsdienst worden ingeschakeld voor het normale (twee-) wekelijkse onderhoud van de woning. Voor deze dienstverlening kan de klant gebruikmaken van dienstencheques.

De poetsdienst ondersteunt de klant met het dagelijkse onderhoud van de woning wanneer die moeilijkheden ondervindt. Het is de keuze van de klant of hij een wekelijkse of tweewekelijkse hulp wil krijgen. Daarnaast zijn de medewerkers van de poetsdienst gebonden aan beroepsgeheim.

De klant stelt zelf het poetsmateriaal ter beschikking, de poets hulp zorgt voor de rest: bijvoorbeeld stofzuigen, stof afnemen, dweilen, ramen schoonmaken, keuken en badkamer onderhouden,...

- *Klusjeshulp*

De klusjesmannen en -vrouwen worden ingeschakeld voor kleine herstellingen of woonaanpassingen. Schilderwerk, behangwerk en tuinonderhoud zijn beperkt. De medewerkers zijn gebonden aan beroepsgeheim.

De klusjeshulp brengt zelf gereedschap mee. De klant zorgt enkel voor de benodigdheden.

Er worden geen herstellingen gedaan aan leidingen van elektriciteit, gas en water. Er worden bijvoorbeeld:

- herstellingen gedaan die de woning verbeteren zoals plaatsen van een handgreep in de badkamer, lamp vervangen, losliggende tegels vastleggen,...
- onderhoud van de woning gedaan zoals het afwassen van de rolluiken, plafonds schoonmaken en behang- en schilderwerken.
- kleine sanitaire herstellingen gedaan zoals lekkende kranen.
- tuinonderhoud
- snoeiwerken
- ...

Bij grotere werken kunnen de klanten nog steeds terecht bij de klusjesdienst. Men geeft advies over de werken en brengt de klant in contact met gespecialiseerde firma's.

- *Oppas*

De oppashulp houdt toezicht en biedt gezelschap aan bejaarden, zieke volwassenen en mensen met een handicap. De oppashulpverleners zijn gebonden aan beroepsgeheim.

De klanten worden geholpen in het dagelijks thuis wonen. Het gezelschap vormt een bijzonder pluspunt, naast het toezicht en de ondersteuning. De taken van een oppashulp zijn gezelschap en toezicht, opwarmen en toedienen van een warme maaltijd, hygiëne en orde van de kamer, samen boodschappen doen, mobiliteit in en rond de kamer, ondersteuning bij administratieve taken,...

De oppashulp neemt het onderhoud van de woning niet op zich. Daarnaast mag de oppashulp geen verzorgende of verpleegkundige handelingen stellen. Dan moet er beroep gedaan worden op professionele medewerkers en vrijwilligers.

1.1.4.2 Thuisverpleging

Er kan beroep gedaan worden op de dienst thuisverpleging voor verpleegkundige hulp. De medewerkers bieden zorg en comfort in de eigen omgeving. Ook zijn de medewerkers gebonden aan het beroepsgeheim.

Een klein aantal verpleegkundigen komt aan huis. Zij bieden hulp voor persoonlijke verzorging, wondverzorging, insputingen, diabeteseducatie, ondersteunen bij het rechtstaan en stappen en familiale, psychologische en sociale ondersteuning. De dienst beschikt over verschillende gespecialiseerde verpleegkundigen zoals wondzorg, psychiatrie, diabetes, ...

1.1.4.3 Verhuur en verkoop van materialen

Je kan er terecht voor een aangepast hulpmiddel of product om de levenskwaliteit te verbeteren. Het bevat:

- Medicotheek

De klanten kunnen medische hulpmiddelen en toestellen aankopen of ontlenen aan een voordelige prijs. Dit kunnen bijvoorbeeld krukken, een rolstoel, materiaal voor revalidatie en behandelingen,... zijn.

- Personalarms

Het alarmtoestel en een draagbaar zendertje stellen de persoon in staat om 24u op 24u in contact te treden en een gesprek te voeren met het team van de alarmcentrale.

- Hartprothesen en orthopedische schoenen

- Bandigisterie

Hiermee bedoelt men ondersteunend materiaal zoals steunzolen, bandages, korsetten, stoma, borstprothesen, ... die gebruikt worden wanneer bepaalde ledematen niet meer functioneren.

- Woningaanpassing

In sommige gebeurtenissen kun je een aanpassing vragen voor je woonsituatie. Bijvoorbeeld: het stappen gaat moeilijker en je hebt een rolstoel nodig, ...

1.1.4.4 Kinderzorg

Hier kan je terecht voor opvang en ondersteuning.

- *Thuisoppas*

- Oppas zieke kinderen

Ouders met zieke kinderen kunnen een beroep doen op deze dienst. De opvang gebeurt door speciaal opgeleide medewerkers en in de vertrouwde thuisomgeving.

De thuisoppas zieke kinderen neemt de zorg tijdelijk over zodat de ouders kunnen gaan werken. De taken van een thuisoppas zijn maaltijden bereiden, spelen, voorlezen, medicatie toedienen, verzorging,... De thuisoppas neemt geen huishoudelijke taken op zich.

- Babysitdienst

Als je opvang zoekt voor je kinderen, kun je beroep doen op de babysitdienst. De babysitter komt aan huis en past op je kinderen. De taak bestaat uit toezicht houden, in bed stoppen, spelen, voorlezen,...

- Oppas kinderen met specifieke zorgbehoefte

De zorg van de ouders wordt even overgenomen door een ervaren verzorgende. De dienstverlening is gericht op kinderen met een handicap, chronisch en langdurig zieke kinderen en jongeren van 0 tot 21 jaar.

- *Kraamzorg*
Tijdens de zwangerschap en de eerste dagen na de bevalling komen kraamverzorgers thuis helpen en ondersteuning bieden. Er wordt een volwaardige pre- en postnatale begeleiding aangeboden. De klanten kunnen beroep doen op twee diensten:
 - Medische verzorging – vroedvrouw
De vroedvrouw verleent de nodige medische verzorging aan huis. Bij de vroedvrouw kunnen pas bevallen moeders terecht. Dit houdt in dat de moeder en de baby gedurende 7 dagen medisch worden begeleid. Verdere opvolging kan verkregen worden en kan verspreid lopen.
 - Kraamzorg
Het gaat om de verzorging van de moeder en de baby. Daarnaast is er ook nog een lichte ondersteuning in het huishouden.
- *Kinderopvang*
Thuishulp heeft verschillende kinderdagverblijven waar ouders terecht kunnen. Een opvang bij een onthaalmoeder is ook mogelijk. Dit gebeurt in samenwerking met Reddie Teddy.
- *Preventieve gezinsondersteuning*
In samenwerking met Kind & Gezin runt Thuishulp als organiserend bestuur 56 consultatiebureaus in Vlaanderen. Ouders kunnen er terecht voor vaccinaties van hun kinderen. Thuishulp investeert daarnaast in opvoedingondersteuning, met een uitgebreid informatieaanbod, gratis opvoedingsadvies via e-mail en een brochurereeks voor jonge ouders.

Consultatiebureaus staan in voor vragen die je hebt over de opvoeding, motoriek, vaccinaties,... Dit gebeurt door een ervaren team dat bestaat uit een kinderarts, een verpleegster en één vrijwilliger.
- *Babybabbel*
Dit is een ontmoetingsmoment voor ouders en kinderen. Het is een moment waar je in een gezellige sfeer contacten kan leggen en ervaringen kan delen over opvoeding en gezondheid van de kinderen. De infosessie wordt begeleid door een deskundige.

1.1.4.5 Dienstencheques

Poetshulp kan je ook betalen met dienstencheques. Dit kan je aftrekken van de belastingen. De klant stelt het materiaal ter beschikking en de poetshulp zorgt voor de rest. De dienst staat in voor dweilen, boodschappen doen, ramen schoonmaken, stofzuigen, stof afnemen, maaltijden bereiden, en het onderhoud van de badkamer en keuken. Naar jouw keuze komen ze wekelijks of tweewekelijks langs.

1.1.4.6 Mantelzorg

Het ziekenfonds wil mantelzorgers ondersteunen bij de zorgtaak. Mantelzorgers zijn mensen die zorgen voor een dierbaar persoon die omwille van een ziekte, handicap of ouderdom hulp nodig heeft. Zij kunnen terecht bij het steunpunt voor mantelzorgers.

Dit kan zowel in de thuiszorg als in de residentiële zorg. Daarnaast informeert het steunpunt jou als je in een zorgsituatie terechtkomt.

1.1.4.7 Herstelcentrum

Je krijgt een aangepaste zorg in het herstelcentrum in een rustige omgeving voor je revalidatie na een ziekenhuisopname. De klanten kunnen genieten van de gezonde buitenlucht en de talrijke creatieve mogelijkheden. Er kan beroep gedaan worden op uitstekende medische en verplegende zorgen.

DEEL II: DE ZIEKTE VAN ALZHEIMER

In dit deel wordt informatie gegeven over de ziekte van Alzheimer en hoe er het best mee omgegaan wordt. Daarnaast staan we stil bij het woonzorgdecreet, het zorg- en bijstandsdecreet, organisaties en projecten dementie.

2.1 DE ZIEKTE VAN ALZHEIMER

2.1.1 Het verloop^{1 2}

De ziekte van Alzheimer is een ziekte van de hersenen. De vernietigende werking treedt eerst op in de psychische functies, en dan in de lichaamsfuncties. Het ziekteproces leidt tot het verloren gaan van de geestelijke functies, gepaard met een verlies van persoonlijkheid en eindigt in invaliditeit. De persoonlijkheid en de kleine veranderingen van het herinneringsvermogen zijn moeilijk waar te nemen in het begin, maar de achteruitgang van de functies van het geestelijk vermogen zet zich geleidelijk door.

Het zelfstandig functioneren in de gemeenschap wordt langzaam onmogelijk. De persoon trekt zich steeds meer terug en vertoont minder initiatief. De vage angstgevoelens, die het beginnend geheugenverlies begeleiden, maken plaats voor moedeloosheid en emotionele onevenwichtigheid. Na twee jaar zijn eenvoudige beslissingen niet meer mogelijk. Het volgende stadium is bereikt. De persoon accepteert het verlies van de persoonlijkheid niet en ontkent dit waardoor het verlies van realiteitsbesef en inzicht wordt versterkt. De allereerste verschijnselen leiden het verlies van praktische kennis en vaardigheden, van kennen en kunnen, tot moeilijkheden met de dagdagelijkse routineactiviteiten na 10 jaar. Uiteindelijk wordt de persoon incontinent. Voor de verzorgende is dit het moeilijkste stadium omdat er 24u per dag verzorging nodig is en de persoon dit niet wilt inzien vanwege de geestelijke vermogens die verstoord zijn.

De functies van het gevoel zijn aanwezig, maar ze worden niet meer beheerst door het verstand en de wil. Dit leidt tot eigenzinnig gedrag. De stemmingsveranderingen maken het de verzorgende moeilijk omdat het gedrag minder voorspelbaar wordt. De bewegingen worden minder vloeiend en een verhoogde spierspanning treedt op als de persoon met Alzheimer dementie aangeraakt en misleid wordt. "De mate van de verhoogde spierspanning is sterk afhankelijk van de wijze waarop er met de persoon wordt omgegaan. Verstijving treedt op bij ruwe of plotselinge wijze van vastpakken."

In de laatste fase zijn de geestelijke functies heel afgestompt. De houding bij het lopen en staan is voorovergebogen en wordt geleidelijk aan onmogelijk. Het gezicht is zonder

¹ (Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel I - Ontstaan en verloop, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasserdam, 1993)

² (Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel II - Praktische richtlijnen voor het omgaan met de Alzheimerpatiënt, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasserdam, 1993)

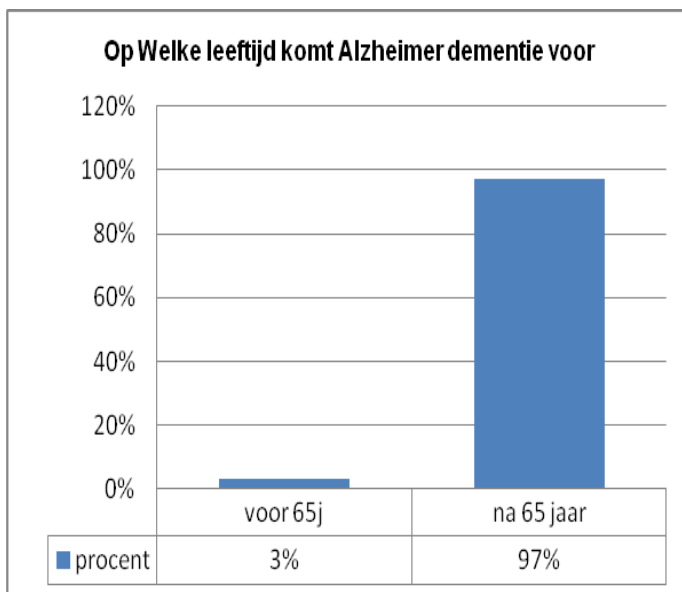
uitdrukking, maar wel met een glimlach of een boze blik. De weerstand is kort en de persoon is minder emotioneel. De personen kunnen urenlang gedachteloos in een stoel zitten. Er kunnen ook perioden zijn van kreunen of schreeuwen, die uitingen kunnen zijn van vage, onbewuste lustgevoelens. De toegenomen spierspanning van de buigspieren leidt tot spiersamentrekkingen van ellebogen, polsen, vingers, heupen en knieën. Bij een lang leven neemt het lichaam de houding aan van een foetus in de baarmoeder.

2.1.2 Specifieke lichamelijke verschijnselen¹

De ziekte van Alzheimer is een ziekte van oudere mensen. Buiten de verschijnselen van de ziekte zelf, zijn er algemene veranderingen. De functionele toestand kan door beide processen gelijktijdig beïnvloed worden. Het functieverlies treedt op volgens een bepaald patroon: de laatst aangeleerde functies gaan eerst verloren.

Een persoon met Alzheimer dementie is gevoeliger voor delier. Delier is een acute verwardheid met rusteloosheid en wisselend bewustzijn. De persoon moet nog kunnen lopen zolang de persoon nog verstaanbaar spreekt en zinnen vormt. Als dit niet zo is, dan liggen de redenen buiten de ziekte, zoals een te grote overdosis medicatie. Mondinfecties, tandaandoeningen of problemen bij het slikken kunnen redenen zijn dat de persoon weigert te eten. Bij vroegtijdig een maagsonde geven wordt er een stuk afhankelijkheid ontnomen, maar ook het genieten van voedsel en het contact met de verzorgende.

Er treden verhoogde spierspanningen op in de benen en de armen bij pijnprikkels. Bij het vorderen van de ziekte neemt de spierspanning toe, de pijnprikkels verergeren en het kan leiden tot vroegtijdige samentrekking van de gewrichten. In het laatste stadium is het optreden van blijvende spierversijving van gewrichten nog uit te stellen door langzame en voorzichtige passieve bewegingstherapie. Op deze manier voorkom je dat de persoon voor langere periode in een vastgelegde houding moet zitten of liggen.



¹ (Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel I - Ontstaan en verloop, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasterdam, 1993)

2.1.3 De verzorging en verpleging^{1 2}

De verpleegkundige zorg vereist speciale vaardigheden. Een essentieel onderdeel is een uitgebreide kennis van de ziekte. De ziekteverschijnselen mogen niet enkel gezien worden als het verlies van functies, maar ook als een poging tot het herstellen van de schade. De ziekte brengt een totale geestelijke en lichamelijke onduidelijkheid en aftakeling teweeg. De persoon probeert steeds het evenwicht te herstellen waarbij de persoon zich tracht aan te passen aan de geestelijke aftakeling met de beschikbare middelen. De cliënt probeert zijn verstoorde geestelijk evenwicht te herstellen met gedragsveranderingen, die optreden en wisselen met het voortschrijden van de ziekte.

De hulpverleners zijn belast met het verzorgen en verplegen van personen met Alzheimer dementie. De hulpverleners moeten de juiste voorwaarden creëren voor een omgeving waarin het verstoorde evenwicht bewaard kan worden. Het moet een omgeving zijn waarin de cliënt de kans krijgt om de medemens te blijven. Centraal bij het verzorgen en het verplegen staat de wisselwerking tussen de cliënt, de partners, zijn verzorgenden en alle andere betrokken hulpverleners.

Het uitgangspunt is de observatie. Dit leidt tot herkenning en inzicht van het probleem. Er worden voorwaarden gecreëerd vanuit dit standpunt voor een betere verpleegkundige zorg. De verpleging en de verzorging vragen speciale aandacht door enkele factoren.

De essentie van de ziekte is het geleidelijke verlies van de wereld. De persoon met Alzheimer dementie heeft er een leven lang over gedaan om een wereld op te bouwen en moet dit nu noodgedwongen afgeven. De persoon probeert de oprechtheid van zichzelf te bewaren en menswaardig te blijven, met alle beschikbare middelen. De taak van de verzorgende is de cliënt hierin bij te staan, te erkennen in zijn menselijke waarde en te bevestigen. Inzicht in wat er in de persoon omgaat is nodig om de taak goed te volbrengen. Het functieverlies verloopt geleidelijk en via een bepaald patroon. De verzorgende moet proberen de cliënt te laten functioneren met de beschikbare middelen.

Het verlies van de eigen wereld betekent voor de cliënt een toenemend verlies van structuur en een toenemende chaos. De verzorgende moet structuur aanbrengen in de omgeving. Het verlies van structuur is groot omdat het beleven van tijd en ruimte geleidelijk verdwijnt. Bewijzen van affectie en genegenheid, het niet-materiële en niet-tijdgebonden blijven behouden. De ziekte is een langdurige aandoening waarbij er alleen verslechtering optreedt en het einde steeds fataal is. Het wordt moeilijker om contact te leggen met de cliënt en zijn belevingswereld. De persoon heeft aanhoudende aandacht nodig en kan niets meer verwoorden waardoor ze ondankbaar en koppig lijken.

¹ (Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel I - Ontstaan en verloop, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasserdam, 1993)

² (Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel II - Praktische richtlijnen voor het omgaan met de Alzheimerpatiënt, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasserdam, 1993)

2.1.4 Veranderingen in het gedrag^{1 2}

2.1.4.1 Verlies van decorum

"Decorum is het geheel van formaliteiten en regels, een gedragscode die voor een belangrijk deel cultuurgebonden is. Ook is het voor een deel verbonden aan de sociale status." Onder bepaalde omstandigheden kan op enkele regels een inbreuk gemaakt worden zonder dat dit leidt tot afkeuring. Als de persoon zich niet aan de regels houdt, wordt de persoon met minder respect behandeld. Het gevolg is dat het gedrag kan leiden tot een opname in de psychiatrische afdeling. Dit is één van de opvallendste aspecten die gepaard gaan met het verlies van de geestelijke vermogens. De persoon met Alzheimer dementie heeft er minder last van dan zijn omgeving.

De persoon met Alzheimer dementie heeft weet van de veranderde houding en kan zich hierdoor beschaamd voelen. Naarmate de ziekte vordert, neemt de zelfkritiek af. Het zijn vooral de familieleden die lijden. De persoon is zich niet bewust van het decorumverlies. Er bestaat een samenspel van het decorumverlies en een waardige en hoffelijke houding. Dit laatste blijft lang bewaard en doet vergeten dat de persoon Alzheimer heeft.

2.1.4.2 Belevingswereld

- *Waarnemen en zin verlenen*

De hersenfuncties en het waarnemen zijn onevenwichtig bij de ziekte van Alzheimer. Er zijn momenten dat de naaste omgeving niet meer herkend wordt. De persoon met Alzheimer dementie beseft niet dat zijn waarnemen verandert: dit is een waandenkbeeld. Bovendien probeert de persoon op een eigen manier zin te geven aan een anders geworden wereld. De persoon kan het niet geloven thuis te zijn omdat het eigen huis niet meer herkend wordt. Om die reden gaat hij rondwalen opzoek naar het vertrouwde huis. Bij verandering raakt de persoon in paniek.

Angst is één van de belangrijkste oorzaken van gestoord gedrag. De grootste angst is zichzelf verliezen. Gestoord waarnemen leidt tot het niet herkennen van familieleden. Daarnaast kan de persoon geen onderscheid maken tussen de realiteit en wat op het televisiescherm te zien is. De cliënt denkt dat de personen van op het televisiescherm echt aanwezig zijn. Bijgevolg kunnen geweldscènes de persoon angstig maken.

¹ (Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel I - Ontstaan en verloop, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasterdam, 1993)

² (Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel II - Praktische richtlijnen voor het omgaan met de Alzheimerpatiënt, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasterdam, 1993)

- *Waandenkbeelden, illusies en hallucinaties*

Waandenkbeelden zijn stoornissen in het denken. In het waandenkbeeld worden er gebeurtenissen verklaard op een wijze die niet overeenstemt met de werkelijkheid. Enkele waandenkbeelden komen vaak voor: zoals het denken dat anderen geld of eigendommen stelen, ontrouw van de partner,...

Het gestoorde waarnemen kan ook leiden tot illusies of een valse voorstelling op grond van zintuiglijke waarneming. De handelingen, zoals kammen en scheren, worden gedaan door de hulpverlener waardoor de persoon niet meer in de spiegel kijkt. In de laatste fase herkent de persoon zijn eigen spiegelbeeld niet meer en wordt er een vreemde gezien. Door de persoon vanaf het begin te confronteren met zijn spiegelbeeld, blijft het eigen spiegelbeeld langer een vertrouwd beeld.

"Hallucinaties zijn ook een vorm van gestoord waarnemen. Hallucineren is dingen zien, horen of voelen die er in werkelijkheid niet zijn." Het kan lijken dat de persoon met Alzheimer dementie met iemand aan het praten is, terwijl er niemand aanwezig is. Als de persoon de realiteit niet meer kan beleven, is het mogelijk dat beelden uit het verleden zich sterk opdringen en dat ze het karakter krijgen van de werkelijkheid. Waandenkbeelden, illusies en hallucinaties zijn nauw met elkaar verbonden en zijn moeilijk te herkennen. Het zijn pogingen van de zieke om met de beperkte middelen toch een verklaring te vinden voor wat er rond en met zichzelf gebeurt.

- *Desoriëntatie in tijd*

De tijd wordt anders beleefd bij het ouder worden. In werkelijkheid komen het heden en het verleden verder uit elkaar te liggen, maar in de beleving van de zieke komen ze dicht bij elkaar. Bij de oudere mens verlopen het denken en enkele andere levensprocessen langzamer waardoor de tijd sneller lijkt te gaan. De emotionele herinneringen en belevenissen vanuit het verleden blijven toegankelijk. Dit kan nog zin verlenen en inhoud geven aan het bestaan van het hier en nu. Het heden en het verleden gaan elkaar steeds overlappen. Belevissen uit het verleden worden opgevat alsof ze nu plaatsvinden.

Illusies kunnen de persoon met Alzheimer dementie beschermen tegen de onbegrijpelijk geworden realiteit en een gevoel van veiligheid geven. De persoon terug trachten te brengen naar de werkelijkheid, is hem terug proberen te brengen naar een situatie waarin de persoon geen zin kan verlenen en volledig machteloos is. Het is van belang dat de hulpverlener de cliënt evenwichtig houdt. Voor de cliënt is de illusie de enige mogelijkheid om de gebeurtenissen een zin te geven. Door in het gesprek mee te gaan in de illusie, kan er contact gelegd worden en is er geen weerstand. Bepaalde illusies, zoals angstige en pijnlijke, zijn schadelijk. In zo'n geval gaat de hulpverlener best niet mee in deze illusie. Deze gebeurtenissen kunnen met grote levendigheid opnieuw beleefd worden.

- *Desoriëntatie in de ruimte*

"Zich ruimtelijk kunnen oriënteren betekent kunnen bepalen waar men zich bevindt: bijvoorbeeld: thuis, in het ziekenhuis of in een rusthuis." Dit doen we door het observeren van onze omgeving om vervolgens deze observatie te vergelijken met observaties uit het verleden die in ons geheugen opgeslagen zijn. Hieruit trekken we dan een conclusie.

Het waarnemen, het geheugen en het trekken van een logische conclusie zijn verstoord. Als de persoon met Alzheimer dementie gaat dwalen, is de persoon op zoek naar het huis zoals de persoon het huis vroeger kende. Er is verzet bij pogingen die beletten om naar buiten te gaan. Perioden van gedesoriënteerd zijn worden afgewisseld met heldere momenten waarin de omgeving iets bekend krijgt. De beleving van wanhoop, die met het verlies gepaard gaat, is te vergelijken met dromen dat je de weg kwijt bent en deze niet terug vindt. De wereldbeleving van de zieke lijkt op die van een dromer. De wereld bestaat uit fragmenten, die de persoon niet meer aan elkaar kan koppelen, net zoals bij een droom. Het gedrag is de expressie van dit onvermogen en van de paniek, tegelijkertijd is het een vraag om hulp.

2.1.5 Vormen van Alzheimer dementie

2.1.5.1 Lichte Alzheimer dementie¹

Er ontstaat een achteruitgang van de verstandelijke vermogens bij de ziekte van Alzheimer. De graad van het vergeten overstijgt het gewone, zoals bijvoorbeeld het vergeten van de namen van de kleinkinderen. De personen krijgen moeite met een gesprek, film, betaling verrichten,... door het uitzonderlijke vergeten. Hiervoor moet je woordjes, beelden of cijfers onthouden, zodat het volgende eraan vastgeknoopt kan worden en hier faalt het kortetermijngeheugen in. Er kunnen episodes van verwardheid ontstaan. Plots weten de personen met Alzheimer dementie niet meer wat ze aan het doen zijn en laten het werk onafgewerkt achter,... Daarnaast lijkt er iets te veranderen in het karakter. Vaak kunnen de personen nerveus, paniekerig,... worden. Zij krijgen minder controle over hun emoties in het algemeen: worden boos, huilen en lachen.

De gevoelswereld blijft lang onaangetast en gaat nooit verloren. Personen met beginnende Alzheimer dementie hebben een warme manier van omgaan met anderen en kunnen in gezelschap grappig zijn. Dit is belangrijk om te weten. Als verzorgende moet je namelijk meer werken met wat er is en blijft, namelijk de affectieve vermogens, en wat er steeds minder is, namelijk de verstandelijke vermogens.

¹ (Geudens, F., Omgaan met dementerende: beginnende dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

2.1.5.2 Matige Alzheimer dementie¹

Personen met Alzheimer dementie kunnen steeds minder onthouden. Het kortetermijngeheugen is het zwaarst getroffen. Deze heb je nodig om in te spelen op het hier en nu. De belevissen, gedachten en gevoelens worden vastgeknoopt aan de belevissen, gedachten en gevoelens van vroeger. De taalvaardigheid vermindert samen met het geheugen: de woordenschat wordt armer. De personen kunnen zich minder goed uitdrukken met woorden. Ze begrijpen ook steeds minder woorden waardoor de verzorgende meer nodig heeft dan woorden alleen om iets uit te leggen.

Het verlies van tijdsbesef is opvallend. Ze weten niet meer hoe laat het is en welke dag het is. Daarnaast beginnen personen met Alzheimer dementie vertrouwde mensen en dingen niet meer te herkennen zoals de familieleden, het huis,... De persoon gaat zich dingen toekennen en weigert dingen af te geven, met het ontstaan van conflicten tot gevolg. De personen hebben te maken met verlies van zelfcontrole. Ze krijgen een agressief en seksueel gedrag. Persoonlijkheid wordt in hoge mate bepaald door de manier waarop een persoon heeft leren omgaan met agressieve en seksuele impulsen. Als dit verloren gaat, gaat de persoonlijkheid verloren. Het behoud van gevoeligheid staat in het midden van al datgene wat verloren gaat. Personen met Alzheimer dementie blijven sterk in de non-verbale communicatie, zoals boosheid, verdriet, tederheid,...

2.1.5.3 Ernstige Alzheimer dementie²

Eerst waren het problemen met het kortetermijngeheugen: een vergeetachtigheid die het gewone oversteeg en het leven in de maatschappij moeilijker maakte. Dan kwam het door elkaar halen van het heden en het verleden en verlies van de oriëntatie in ruimte en tijd. Na enkele jaren gaat het langetermijngeheugen steeds meer verloren. De personen raken stilaan kwijt wat hen ooit is aangeleerd, ook de dingen die ze een leven lang goed gekend en gekund hebben.

Daarnaast verliezen de personen met Alzheimer dementie het vermogen van de taal. Ze weten niet meer wat de woorden betekenen, kunnen ze niet meer verstaan en gebruiken om zich uit te drukken. De vertrouwde omgeving niet meer herkennen is typisch. Zij herkennen het eigen huis niet meer. Bijgevolg weten ze ook niet meer waarvoor bepaalde dingen dienen, welk kledingstuk voor welk lichaamsdeel dient, of ze herkennen bepaalde geuren en geluiden niet meer,...

Doordat ze de grote dingen niet meer herkennen, gaan de personen met Alzheimer dementie vele dingen niet meer kunnen. Enkele voorbeelden zijn de TV niet meer uitzetten, kleren in de juiste volgorde aandoen,... Ze worden meer en meer

¹ (Geudens, F., Omgaan met dementerenden: matige Alzheimer dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

² (Geudens, F., Omgaan met dementerenden: Ernstige Alzheimer dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

hulpbehoevend. De hulpbehoevendheid hoeft niet toegeschreven te worden aan het verlies van de geestelijke vermogens. In deze fase gaan de lichamelijke vermogens eveneens achteruit. De personen verliezen de vaardigheden om zich te wassen, aan te kleden,... Dit komt omdat het lichamenlijk moeilijker wordt om bewegingen uit te voeren. Het tempo waarin de evolutie naar totale afhankelijkheid en mogelijke fatale ontwikkelingen zich afspeelt, loopt sterk uiteen: van enkele jaren tot ongeveer 10 jaar.

2.1.6 Omgaan met Alzheimer dementie^{1 2 3 4 5}

2.1.6.1 Hoe wordt de ziekte door de zieke zelf beleefd?

Personen met matige Alzheimer dementie kunnen hun gedachten en gevoelens achter gedragingen niet meer meedelen. Maar uit hun non-verbale communicatie kun je veel halen. Personen met Alzheimer dementie leven in hun eigen wereld. De belevenissen, gedachten en gevoelens van vroeger zijn hun enige houvast, wat gepaard gaat met een bijhorende emotie van toen zoals angst en gevoelens van verlatenheid.

Personen met Alzheimer dementie zien zichzelf correct en de omgeving fout, terwijl de situatie eigenlijk omgekeerd is. Toezicht en hulp is onmisbaar in deze fase omdat we de persoon niet meer kunnen vertrouwen. In de wereld van vroeger zijn zij jong en sterk en niet invalide en hulpbehoevend. Vandaar komt hun verzet tegen hulp.

Er mag niet alleen gekeken worden naar de negatieve kant. Personen met Alzheimer dementie kunnen zich gedurende langere periodes heel goed voelen in de wereld. Het is verstandig om de personen zo weinig mogelijk te storen. Personen met Alzheimer dementie krijgen iets van het jonge kind dat groeit zolang de moeder in de buurt is. Zij weten en kunnen zelf niets. Deze personen binden zich aan degene die het grootste gedeelte van hun verzorging op zich neemt. De gevoeligheid neemt toe waarbij de verzorgende rekening mee dient te houden voor een positief resultaat.

2.1.6.2 Het contact

Het contact via woorden wordt moeilijk. Je geeft woorden de nodige tijd om door te dringen als je tegen een persoon met Alzheimer dementie spreekt. Best gebruik je korte zinnen, zodat er in de loop van een zin niet veel onthouden moet worden. Bij een gesprek blijf je best in het gezichtsveld en houd je oogcontact. Je gebruikt niet alleen woorden, maar je voegt er voortdurend gebaren en mimiek aan toe. Lichaamstaal is nodig om aan de woorden de nodige gevoelslading te geven.

¹ (Geudens, F., Omgaan met dementerende: beginnende dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

² (Geudens, F., Omgaan met dementerenden: matige Alzheimer dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

³ (Geudens, F., Omgaan met dementerenden: Ernstige Alzheimer dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

⁴ (Geudens, F., Omgaan met agressie, onrust en storend gedrag bij dementerende ouderen, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

⁵ (Geudens, F., Communiseren met dementerende ouderen, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013)

Gevoelslading is zeer belangrijk, want personen met Alzheimer dementie hebben hier meer aan dan aan de gespreksinhoud. Je tracht te spreken met een zachte, lieve en warme stem. De kans is dan groter dat de persoon zich openstelt en niet in het verweer gaat. Het is belangrijk dat je moeite doet om de persoon te verstaan als hij iets wil zeggen. Hierbij zul je woorden en zinnen moeten aanvullen. Je helpt de persoon met Alzheimer dementie om alles te verwoorden en je herhaalt luidop wat je denkt begrepen te hebben. Op deze manier geef je het gevoel geslaagd te zijn.

Daarnaast is er nog lichaamstaal. Contact, voeling krijgen en voeling houden mogen in omgang met personen met Alzheimer dementie letterlijk opgevat worden. Je geeft de persoon huidcontact, zoals een hand geven, bij de arm nemen,... Spiegelen is aanbevolen. Je gaat de houding en mimiek na-apen. Hierbij geef je een bevestiging van de ander als persoon, je keurt de ander goed. Maar je wilt eerder gezien worden als een partner of een vriend naast de ander. Samen veel doen is een grote aanbeveling. Je kan bijvoorbeeld samen eten, tandenpoetsen,...

2.1.6.3 Binnentreden in de tijd van toen

Personen met Alzheimer dementie wanen zich terug in hun kindertijd en gedragen zich ernaar. Wat is de juiste manier om met dit gedrag om te gaan? Je bent geneigd om de dwaling recht te zetten, maar dit vermijden we best. Het is onmogelijk om de persoon terug naar de realiteit te brengen omdat deze voor hem nu niet meer bestaat. Je pogingen hebben een verkeerd effect en kan zelfs dramatische gevolgen hebben. Het beste is dat je binnentreedt in de tijd van toen en er een stuk van meebeleeft. Je mag geen komedie spelen, want dit hebben personen met Alzheimer dementie door vanwege de intacte gevoeligheid. Best begrijp je wat er voor de persoon aan de hand is. Je laat de situatie in hun hoofd zoals ze is en je doet wel iets aan de onrust en het ongeduld.

2.1.6.4 Agressief gedrag

De innerlijke controlemechanismen brokkelen af. Personen met Alzheimer dementie zullen vaker schreeuwen, schelden en slaan. Ook zie je ongepast seksueel gedrag in de vorm van uitdagende kleding, verleidingsscènes en handtastelijkheid.

Voor agressieve buien vind je de verklaring vaak in de tijd van toen. Je stoot op verzet wanneer je bijvoorbeeld een moeder wilt tegenhouden als deze in haar leefwereld dringend naar huis moet om voor haar kinderen te zorgen. Daarnaast kan de verklaring ook liggen in het wegvallen van "mijn" en "zijn". Je stoot op verzet als je een onrechtmatig toegeëigend voorwerp wilt teruggeven aan de rechtmatige eigenaar. Vaak ligt de verklaring in het verkeerd begrijpen en verkeerd begrepen worden. De verklaring kunnen ook kleine dingen zijn zoals een afstotende geur, lawaai, verveling,... Het kan eveneens een lichamelijke verklaring zijn omdat ze de pijn moeilijk kunnen verwoorden. Eigenlijk betreft het toestanden die bij een normale mens op de zenuwen kunnen werken, maar niet leiden tot woede-uitbarstingen.

Enkele mogelijkheden om preventief op te treden zijn: meegaand zijn in de tijd van toen, goed luisteren, duidelijk zijn in je woorden en gebaren,

Hoe reageer je op een agressiebui? De belangrijkste regel is kalm blijven en proberen niets te doen. De meeste agressieve buien verdwijnen binnen enkele minuten. Je stelt je begripkend en rustig op, waarbij je de juiste houding en de juiste woorden zult vinden door binnen te treden in de tijd van toen. Er zijn dingen die niet kunnen en dat moet je duidelijk maken met woorden, gebaren en vooral met je blik.

2.1.6.5 Weinig gebieden en verbieden, veel sturen en bijsturen

Er is nog bizar gedrag: alles in de mond stoppen zoals blaadjes eten, uit de bloemvaas drinken,... Sommige dingen kunnen niet aanvaard worden of zijn gevaarlijk en daar dient iets aan gedaan te worden. Het is beter om je af te vragen of je het kan toelaten, dan automatisch te verbieden of te veranderen. Je houdt je alert op de achtergrond.

Daarnaast kan er een probleem met seksualiteit zijn. Door de ziekte lijkt het dat de seksuele drift sterker is geworden. Deskundigen hebben daar meer dan één verklaring voor aangevoerd, zoals zichzelf jong, knap en sterk wanen, of iemand anders aanzien voor de vertrouwde seksuele partner. De belangrijkste verklaring is een grote behoefte aan affectie en nabijheid, die langs andere wegen moeilijker uitgedrukt of bevredigd geraakt. Sommige personen met Alzheimer dementie hebben de neiging om in het openbaar te masturberen, iets wat in onze samenleving moeilijk ligt. Je probeert de persoon af te leiden en weg te brengen. Indien het probleem van ongepast seksueel gedrag blijft, is medicatie aangeraden. De goede houding is respect voor de mens en dan ga je zelf niet zozeer gebieden en verbieden, maar wel sturen en bijsturen.

2.1.6.6 Kleden

Aan- en uitkleden behoort tot de dagelijkse routine. Je bent heel tastbaar met de persoon met Alzheimer dementie bezig zoals bij het wassen. Je laat de cliënt zoveel mogelijk zelf doen. Wat je moet doen is het duidelijk maken waarvoor de kledingstukken dienen. Bovendien leg je alle kledingstukken mooi klaar in de juiste volgorde, om de kans op vergissing kleiner te maken. Je laat alles best uitvoeren in kleine stapjes, waarbij ieder onderdeelje tijd en aandacht krijgt.

Er kan protest rijzen. Het ondergoed is een klassiek knelpunt. Vanuit een foute beoordeling of vanuit heel oude gewoonten vinden personen met Alzheimer dementie vlug dat verschoning nog niet nodig is. Maar met een beetje psychologische aanpak krijg je dat wel klaar. Het grootste stuk psychologie zit in de kleding zelf. Kleren bepalen dat personen zich goed voelen in het algemeen en zich bijzonder voelen. Daarom dienen kleren niet zomaar om het lichaam te bedekken en tegen koude te beschermen. Je kiest kleren die een zekere betekenis hebben voor de cliënt.

2.1.6.7 Het delicate probleem: zindelijkheid

De eerste tekenen van verminderde controle over stoelgang en urine zijn bevuilde kledingstukken. Personen met Alzheimer dementie hebben het hier moeilijk mee. Zindelijkheid is belangrijk voor het zelfbeeld en ze verstoppen hun bevuilde kleren.

Het probleem wordt stilaan groter. Ze vinden het toilet niet meer en gebruiken dan andere plaatsen, zoals een bloempot, een kast,... de omgeving wordt bevuild. Daarnaast bevuilen zij zichzelf doordat zij hun kleren niet meer tijdig los of uit krijgen, of ze zijn zich niet meer bewust van de aandrang. Je moet proberen om de tussentijdse behoeften op te vangen. Hierbij moet je oog hebben voor tekenen die op aandrang wijzen: aan de kleren friemelen, rusteloosheid en schuifelen op een stoel,... Uiteraard maak je alles schoon zonder veel kritiek en zonder te schreeuwen. Je leidt de persoon met Alzheimer dementie af, zodat je de persoon niet met de neus op de vernederende feiten drukt. Je probeert de situatie leefbaar te houden. Er zijn praktische hulpmiddelen beschikbaar naargelang de noden: luiers, inlegmateriaal, speciale toiletpapieren voor uitgebreide verschoning,...

2.1.6.8 Eten en drinken

Eten biedt veel mogelijkheden als de persoon met Alzheimer dementie nog te been is en een handvaardigheid bezit, zoals het mee aardappelen schillen, tafel dekken, mee afwassen,... Dit is een oefening voor oriëntatie in tijd en ruimte. Hierbij neemt de persoon met Alzheimer dementie de taak op zich en telt mee in het huishouden. Er zijn praktische maatregelen nodig omwille van de toenemende onhandigheid zoals kopjes met grote handvaten, antislipborden, lepels in de plaats van vorken en messen,...

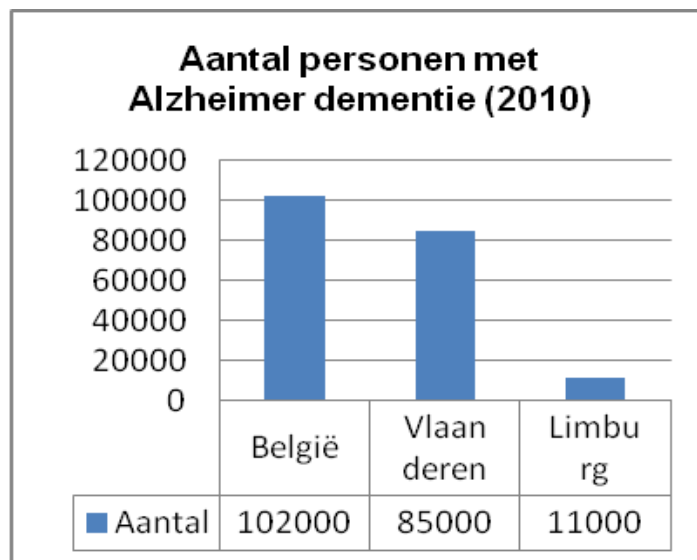
Bij sommige personen met Alzheimer dementie is er een probleem van te veel eten. Dit kan omdat zij hun vorig maal zijn vergeten of het eten is de enige bron van zich goed voelen. Je zet hen geen grote porties voor en schat in wat genoeg is. Daarnaast zal er bij de meeste personen met Alzheimer dementie een probleem zijn van te weinig eten. We dienen met veel dingen rekening te houden: het voedsel is te gekruid of te zoet, weten niet meer waarvoor het bestek dient, moeite met slikken,... Meer maaltijden per dag inlassen is een algemene maatregel. Je kan de smaak aandikken: extra zoeten of kruiden. Het voedsel kan je in kleine stukjes snijden, mals maken of in pureevorm aanbieden om het makkelijker in de mond te laten liggen.

Bij etenstijd maak je duidelijk dat er gegeten zal worden. Je gaat zelf aan tafel zitten en begint te eten. De kans is groot dat de persoon met Alzheimer dementie het voorbeeld volgt. Als de persoon niet wil eten, neem je de persoon bij de arm en voer je enkele keren de basisbewegingen uit zoals het scheppen, hand naar de mond brengen,... De persoon zal dit automatisch herhalen. Vaak is er de neiging om met de handen te eten, om alles door elkaar te mengen en om met het voedsel te spelen, zoals kleine kinderen. Je mag niet te streng zijn, maar het moet tot op een zekere hoogte blijven.

2.2 DE HULPVERLENING

2.2.1 Thuiszorg¹

Voor personen met Alzheimer dementie is een mantelzorg belangrijk. Dit kan een familielid, kind, kleinkind of een buur zijn. Naarmate de ziekte vordert, wordt het voor de mantelzorg te zwaar. Deze kan beroep doen op de diensten van de thuiszorg. Thuiszorg omvat een breed gamma van uiteenlopende vormen van hulp- en dienstverlening. De doelstelling van die hulp- en dienstverlening is dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, en daar verzorgd kunnen worden.



2.2.1.1 Het woonzorgdecreet²

Het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 is een integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg. In dit decreet worden alle bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en -aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg gecombineerd.

Voor ons onderzoek is het vooral van belang om in dit decreetaal verband kort stil te staan bij de diensten van gezinszorg (en aanvullende thuiszorg).

Deze diensten worden erkend door het agentschap "Zorg en Gezondheid". Er zijn zowel openbare als private diensten (zoals VZW Thuishulp). "Gezinszorg is het zorgaanbod aan huis dat bestaat uit persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp alsook daarmee de verbandhoudende psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding." Voor gezinszorg worden verzorgenden ingeschakeld. De gebruiker krijgt een zorgverlening die afgestemd is op de noden. De zorg kan ook gebeuren in samenwerking met andere diensten die nodig zijn voor de gebruiker.

Daarnaast regelt het decreet met betrekking tot de thuiszorg ook de werking van de aanvullende thuiszorg. Hierin verstaan we schoonmaak- en oppashulp en de karweidienst.

¹ (Agentschap zorg en gezondheid, Agentschap zorg en gezondheid, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, internet, Brussel, 29/06/2014)

² (Vlaams parlement, Vlaams parlement, ontwerp van woonzorgdecreet: tekst aangenomen door plenaire vergadering, Brussel, Parlement, 2009)

Tot slot kunnen diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg sinds 2012 ook een specifiek aanbod doen voor dagverzorgingscentra (conform artikel 51 van de bijlage IX). Dit aanbod wordt vaak aangeduid met de term CADO, wat staat voor Collectieve Autonome Dagopvang.

2.2.1.2 Het zorg- en bijstandsdecreet¹

Het zorg- en bijstandsdecreet van 18 juli 2008 biedt de nodige rechtszekerheid aan verzorgenden die werkzaam zijn in de erkende thuiszorgvoorzieningen en die activiteiten van zorg- en bijstandsverlening verrichten. Zorg- en bijstandsverlening is een hulp- of dienstverlening waarbij in de plaats van de gebruiker of personen uit zijn leefomgeving activiteiten van het dagelijkse leven worden verricht die ze zelf zouden uitvoeren als ze daartoe instaat zijn, of waarbij de gebruiker of personen uit zijn leefomgeving worden ondersteund bij de uitvoering van die activiteiten.

Dit zorg- en bijstandsdecreet werd verder geconcretiseerd in het besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009. Hierin worden onder andere de specifieke activiteiten opgenomen die behoren tot de zogenaamde zorgdimensies.

De taken van de thuiszorg omvat 3 zorgdimensies:

- *Zorgdimensie: Lichamelijke zorg*
Dit omvat de dagdagelijkse verzorging van het lichaam, zorg voor comfort en de specifieke verzorging voor zorgbehoevende personen.
- *Zorgdimensie: Psychosociale ondersteuning*
Dit omvat de ondersteuning van de sociale en emotionele problemen van de zorgvrager.
- *Zorgdimensie: Pedagogische of agogische ondersteuning*
Dit omvat de zorg voor de hulpvrager en de kinderen.

Hierbij willen we verwijzen naar het Besluit van het zorg- en bijstandsdecreet van 18 juli 2008 naar Hoofdstuk 2 "Activiteiten die behoren tot de zorgdimensies" in de bijlage.

Deze zorgdimensies bepalen de kwalificatievereisten, die een verzorgende van gezinszorg moet bezitten. Daarnaast moeten de verzorgenden in bezit zijn van een conformiteitattest. De verzorgenden zorgen voor een goede communicatie, samenspraak en overleg met de gebruiker, mantelzorger, de vrijwilligers en de andere professionele hulpverleners die betrokken zijn in de zorgsituatie van de gebruiker. De afspraak over de communicatie wordt onderling bepaald. De verzorgenden zijn gebonden aan geheimhoudingsplicht.

¹ (Vlaamse regering, Vlaamse regering, Besluit van Vlaamse regering tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg, Brussel, internet, 2009)

2.2.2 Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW ^{1 2}

Het centrum is ontstaan vanuit de nood aan informatie en begeleiding van mensen die geconfronteerd worden met dementie. Zowel de persoon als de mantelzorger, de partner, hulpverlener,... lijden bij dementie. Het centrum wil dit lijden niet ontkennen, maar het wil het lijden recht in de ogen kijken en aandacht geven. Zij willen blijven zoeken naar sporen van hoop. Naast het expertisecentrum dementie Vlaanderen, bestaan er 9 regionale expertisecentra dementie.

De dienstverlening richt zich op vragen waar je bij bestaande organisaties geen antwoord vindt en iedereen kan er terecht. Door samen te zoeken naar gepaste antwoorden op de noden, willen zij de omgeving van de persoon versterken. Het versterken kan betekenen: vorming, deskundig advies, informatieverstrekking, ondersteuning en versterking van het netwerk, doorverwijzen naar andere diensten en organisaties.

2.2.2.1 Expertisecentrum dementie Limburg: Contact

Het centrum in Limburg heeft de naam Contact gekregen. Contact is samen opgericht met het Woonzorgcentrum Zonnestraal van het OCMW Hasselt. Contact leggen met personen met dementie is moeilijker, vandaar dat de naam Contact is ontstaan. Het woord bevat het belangrijk woordje 'tact'. Het symboliseert het ijveren voor een respectvolle en tactvolle omgang met de persoon met dementie en de mensen die de persoon omringen. Iedereen kan bij het centrum terecht.

Zij richten zich naar familieleden, personen met dementie, professionele hulpverleners uit de thuiszorg, residentiële sector en ziekenhuizen, seniorenorganisaties, scholieren, studenten en docenten, vrijwilligers,... Samen trachten zij antwoorden te zoeken op de noden. Het aanbod bestaat uit medische, verpleegkundige en paramedische aspecten. Daarnaast geven zij ook informatie over de ziekte en bieden zij een luisterend oor.

2.2.2.2 Zorgpad

Het zorgpad is een samenwerking van diverse lijnen. De samenwerking is om de kwaliteit van leven en zorg te verhogen, dienstverlening op maat te optimaliseren op een duurzame manier en de betrokken zorg- en hulpverleners te ondersteunen. Hierbij is het zorgpad een hulpmiddel in de realisatie ervan.

2.2.2.3 Praatcafé

Dit is een bijeenkomst voor personen met dementie en de mantelzorgers. Het praatcafé geeft informatie over de aspecten van dementie door een gespreksleider en met behulp van gastdeskundigen. Het geeft de gelegenheid om onderlinge ervaringen

¹ (Baekelandt, Baekelandt, W., Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW: jaarverslag 2013, Berchem, 2013)

² (Verschraegen en Van Nerum, Verschraegen en Van Nerum, J. en P., Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW, internet, Antwerpen, 2014)

uit te wisselen met lotgenoten. Er wordt gestreefd naar een informele sfeer. Het praatcafé is volledig vrijblijvend.

2.2.2.4 Vormingsaanbod

Het centrum geeft vormingen voor iedereen. Het zijn basisvormingen en vormingen op maat, die verzorgd worden door professionele hulpverleners, zowel in de residentiële sector als de thuiszorg en de ziektesector. Ook kunnen er vormingen gegeven worden voor organisaties.

2.2.2.5 Bibliotheek

Het centrum beschikt over een kleine bibliotheek. Iedereen kan hier komen ontlenen. Je kan boeken, DVD's, flyers, folders en brochures ontlenen.

2.2.3 **Vlaamse Alzheimer Liga^{1 2}**

Dit is een patiënten- en vrijwilligersorganisatie voor, van en door familieleden en mantelzorgers van personen met dementie. De organisatie is een vereniging zonder winstoogmerk. Het doel van de organisatie is het ijveren voor een brede toegang tot zorg op maat en voor kwaliteit van leven om de belangen van de persoon met dementie, familieleden en mantelzorgers te behartigen. Zij staan in voor het informeren, ondersteunen, een luisterend oor, stimuleren van initiatieven en van wetenschappelijk onderzoek, bevorderen van een menswaardige visie van dementie, sensibiliseren van publiek, organiseren van studiedagen en ontmoetingsdagen. De organisatie is het aanspreekpunt voor personen met dementie, familieleden en mantelzorgers. Het is een erkende gesprekspartner van relevante organisaties en overheden.

De Vlaamse Alzheimer liga is niet gebonden aan andere organisaties en heeft samenwerkingsverbanden met andere organisaties en hulpgroepen. Het bestaan van de organisatie is erkend door legaten en aangiften te aanvaarden. Ook is het lid van de vereniging voor Ethiek van fondsenverwerving. Daarnaast is de organisatie lid van de Ligue Nationale Alzheimer. Hierbij nemen zij ook taken op van nationaal niveau.

2.2.3.1 De activiteiten

- *Uitwisselen van kennis en ervaring en het stimuleren van initiatieven*
De organisatie behartigt het uitwisselen van kennis en ervaring en ze stimuleert initiatieven. Zij doen dit door onder andere oprichten van familiegroepen, vorming aan te bieden, rekruteren en vormen van vrijwilligers,...
- *sensibiliseren van publiek*
De organisatie doet dit door het organiseren van de werelddag, folders, affiches, ledenwerving, spreekbeurten,...

¹ (Vlaamse Alzheimer Liga J. a., Vlaamse Alzheimer Liga, Jaarverslag algemene werking 2012, Turnhout, 2012)

² (Vlaamse Alzheimer Liga i. T., Vlaamse Alzheimer Liga, internet, Turnhout, 2014)

- *Stimuleren van het wetenschappelijk onderzoek en het vertalen ervan naar de leden*
De Vlaamse Alzheimer Liga doet dit door het uitbrengen van brochures, DVD's, vormingen, contacten met de artsen en farmaceutische bedrijven,...
- *Vorming*
Ook organiseert de organisatie vormingen voor familieleden en mantelzorgers. Op deze manier krijgen ze meer informatie over dementie.
- *Regionale familiegroepen*
De organisatie heeft tot doel om zoveel mogelijk familieleden en mantelzorgers te bereiken. Het wil de mogelijkheid scheppen voor de mantelzorgers om elkaar te ontmoeten en ervaringen te delen. De familiegroep is een plaats waar mantelzorgers hun verhaal kunnen delen met lotgenoten.
- *0800-lijn*
De Vlaamse Alzheimer Liga verschaft gratis telefonische hulp en informatie. Daarnaast biedt het ook een luisterend oor of een ondersteunend gesprek.
- *Informatieverlening*
De organisatie biedt informatie via de website, het kwartaalblad, de digitale nieuwsbrief, folders, brochures en artikelen.

2.2.4 Projecten^{1 2}

2.2.4.1 Expertisecentrum dementie Vlaanderen

Naast de dienstverlening heeft het expertisecentrum ook enkele projecten.

- *Limburgs Netwerk dementie*
Het project is ontstaan vanuit de vaststelling dat één expertisecentrum de hele provincie niet kan dekken en de vergrijzing neemt toe. Het project is opgestart door Limburg Sterk Merk, in samenwerking met het expertisecentrum dementie Contact, Provincie Limburg, Bejaardenzorg Grauwzusters Limburg VZW en de Katholieke Hogeschool Limburg.

Het organiseert 2 keer per jaar DementieLinken in 5 Limburgse regio's. De belangrijkste actoren in het Limburgse werkveld van dementiezorg komen samen om kennis te delen en praktijkervaring uit te wisselen. Het doel is om de kwaliteit te verhogen op de werkvloer door bestaande expertise samen te brengen. Bijgevolg

¹ (Baekelandt, Baekelandt, W., Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW: jaarverslag 2013, Berchem, 2013)

² (Verschraegen en Van Nerum, Verschraegen en Van Nerum, J. en P., Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW, internet, Antwerpen, 2014)

is DementieLinken een regionaal lerend netwerk, een link of een schakel tussen de verschillende actoren in de zorg voor personen met dementie in Limburg.

- *Dementievriendelijke gemeenten*

Het project heet (H)Eerlijk opstap met de persoon met dementie in Hasselt en Zonhoven. Het kadert in een oproep voor dementievriendelijke gemeenten van de Koning Bouwdewijnstichting. Op een innoverende wijze probeert het project haar steentje bij te dragen aan een betere maatschappelijke omgang met mensen met dementie en het doorbreken van isolement. Het vrijetijdsaanbod ontbreekt vaak voor deze personen. Hierdoor wordt de stap nog eens groter voor deze personen en hun mantelzorgers om activiteiten buitenshuis te ondernemen. Het project organiseert wandelingen voor personen met dementie en de mantelzorgers.

- *Het geheugenkoor*

Dit is een samenwerking tussen het expertisecentrum Contact Limburg en het Woonzorgcentrum Ocura te Montenaken. De workshop heet zingen met dementie. Het zingen maakt personen met dementie wakker, actiever en toegankelijker. Het appelleert op een positieve manier aan de vermogens. Daarnaast geeft het een nieuwe stem en inhoud aan vertrouwde en nieuwe contacten voor personen met dementie. Lokale koorleden, animatoren, zorgverleners, ergotherapeuten, mantelzorgers en vrijwilligers kunnen hier terecht.

DEEL III: PRAKTIJK

In het praktijkgedeelte staan we eerst stil bij de onderzoeksmethode en leggen we uit waarom we opteerden voor deze methodiek. We leggen concreet uit hoe we te werk gingen en waar het onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens overlopen we de belangrijkste conclusies uit ons onderzoek en eindigen we met een algemeen besluit en enkele aanbevelingen.

3.1 TOETS: THEORETISCH KADER EN PRAKTIJK

We hebben het theoretisch kader getoetst aan de praktijk aan de hand van een gestructureerde enquête in de vorm van een interview (Zie bijlage 2). In de enquête is er gebruik gemaakt van multiplechoicevragen. Op deze manier konden de cliënten de vragen beter begrijpen en beantwoorden.

De enquête is opgebouwd uit drie delen. Deel 1 bestaat uit algemene vragen. Dit gedeelte zorgt voor een opener en een manier om de deelnemer gerust te stellen. In deze bevraging komen we tevens te weten of de cliënten nog een partner hebben en kennen we de leeftijd.

Deel 2 omvat de eigenlijke enquête. Hier komen de vergeetachtigheid en de aard van de hulp die nodig is aan bod. Deze hulp is aangewezen zodat de cliënten langer thuis kunnen blijven.

Deel 3 is een gedeelte voor de mantelzorger of de verzorgende en gaat dieper in op de Alzheimer dementie. Daarin wordt ook gepeild naar het gedrag van de cliënt. Dit is belangrijk omdat verzorgenden hiermee moeten omgaan in hun dagelijks werk.

We opteerden om de enquête zelf af te nemen aan huis van de cliënt. Op deze manier werd een beter beeld van de cliënt en van de situatie verkregen en konden we extra informatie geven indien iets niet duidelijk was. De cliënten ervoeren deze manier van werken als aangenaam. De enquêtes werden afgenomen wanneer de verzorgenden aanwezig waren.

Mijn onderzoeksvraag is: "In welke mate is het takenpakket in de gezinszorg afgestemd op de noden van personen met Alzheimer dementie?". Om de enquête op te stellen maakten we gebruik van het blad met de takenafspraken van gezinszorg en de meetinstrumenten die artsen gebruiken om Alzheimer dementie te testen. Op basis van verschillende testen werden de meeste relevante vragen geselecteerd en opgemaakt.

De bevraging werd afgenomen bij cliënten van VZW Thuiszorg in de regio Tongeren. Met behulp van de sectorverantwoordelijke werd een voorselectie gemaakt van personen met Alzheimer dementie die konden deelnemen aan dit onderzoek.

Tijdens de enquête is er een onderscheid gemaakt in de Alzheimer dementie. Er zijn drie vormen van Alzheimer dementie: lichte, matige en ernstige Alzheimer dementie. Dit werd reeds uitvoerig besproken in de theorie.

3.2 CONCLUSIES

Uit de enquête is gebleken dat personen met Alzheimer dementie extra hulp nodig hebben om thuis te kunnen blijven. De mantelzorgers doen veel voor de persoon met Alzheimer dementie, maar alléén kunnen zij dit niet aan. Mantelzorgers hebben ook een gezin, waar ze tijd aan moeten besteden. Personen met Alzheimer dementie eisen echter veel aandacht op, vooral bij de verzorging. De vragen worden besproken om aan te tonen welke hulp de personen met Alzheimer dementie nodig hebben opdat ze een goed en kwaliteitsvol leven zouden kunnen leiden. Deze bespreking resulteert in de hieronder weergegeven conclusies.

3.2.1 Hulpvragen gezinszorg

3.2.1.1 Wassen

Bij een lichte en matige Alzheimer dementie hebben de personen gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen. Gedeeltelijke hulp wil zeggen dat ze ofwel geholpen moeten worden bij het wassen onder de gordel, ofwel bij het wassen zowel boven als onder de gordel. De personen kunnen zichzelf nog wel wassen, maar zij hebben bij bepaalde ledenmaten hulp nodig. Deze personen kunnen de handelingen ook zelf uitvoeren met bijsturingen. De verzorgende geeft instructies bij het uitvoeren van de handelingen zodat de personen zelfstandigheid en eigenheid kunnen behouden. Dit is belangrijk voor het zelfbeeld van de persoon. Bij ernstige Alzheimer dementie hebben ze volledige hulp nodig om zich te wassen. Enkel kunnen zich nog bewegen, maar de handelingen kunnen niet meer zelfstandig uitgevoerd worden vanwege het vergevorderd stadium waarin ze zitten. Zij hebben moeilijkheden om de handelingen uit te voeren, ook al krijgen ze instructies. Anderen zijn in dit stadium aan het bed of aan de stoel gekluisterd en kunnen niets meer. Daarom hebben zij volledige hulp nodig.

3.2.1.2 Kleden

Bij lichte Alzheimer dementie hebben de personen geen hulp nodig om zich aan- en uit te kleden. Zij zijn nog volledig zelfstandig. Bij matige Alzheimer dementie hebben de personen gedeeltelijke hulp nodig om zich zowel boven als onder de gordel aan te kleden. Met andere woorden: zij krijgen instructies over de uitvoering van de handelingen. Tevens hebben zij hulp nodig bij het dicht doen van knopen en ritsen. Bij ernstige Alzheimer dementie hebben de personen volledige hulp nodig. Zij weten niet meer hoe ze de handelingen moeten uitvoeren, zelfs met instructies. De personen kunnen enkel eenvoudige dingen. Ook weten ze niet meer waarvoor de kleding dient.

3.2.1.3 Verplaatsen

De meeste personen met Alzheimer dementie kunnen zich nog goed bewegen en kunnen zich volledig zelfstandig verplaatsen. Het verplaatsen heeft niets te maken met de ziekte, want zowel personen met lichte als matige als ernstige Alzheimer dementie kunnen zich nog volledig zelfstandig verplaatsen zonder hulp. Je dient te kijken naar de lichamelijke toestand van de persoon. Deze gaat eveneens achteruit in deze levensfase. Als personen lichamelijk minder mobiel zijn, hebben ze hulpmiddelen nodig om zich zelfstandig te verplaatsen zoals een wandelrekje of een wandelstok. Daarnaast zijn er enkele personen die volledige hulp nodig hebben om op te staan en te verplaatsen. Hier moet altijd iemand aan de zijde van de persoon staan. Slechts een klein gedeelte is bedlegerig.

3.2.1.4 Bereiken van plaatsen die buiten loopafstand liggen

Personen met lichte en matige Alzheimer dementie hebben hulp nodig bij verplaatsingen die buiten loopafstand liggen. Deze personen kunnen zelfstandig plaatsen bereiken die binnen loopafstand liggen, omdat zij die goed kennen en kunnen vinden. Maar buiten de loopafstand kunnen ze de weg kwijt raken vanwege het aangetaste desoriëntatie in de ruimte. Ze hebben dus vooral hulp nodig om niet te verdwalen. Personen met ernstige Alzheimer dementie zijn niet in staat om zelfstandig te reizen. Deze personen raken onmiddellijk verloren. Ze zijn volledig gedesoriënteerd in ruimte. Ook hebben ze zelfs moeite om de weg te vinden bij wandelafstand. Hierbij mogen de lichamelijke vermogens niet vergeten worden. Dit kan, naast de Alzheimer dementie, ook een reden zijn, dat de personen plaatsen buiten loopafstand niet meer kunnen bereiken. Zij hebben ondersteuning nodig om zich te verplaatsen. De vergeetachtigheid en de lichamelijke toestand vergroten de hulp bij het bereiken van plaatsen.

3.2.1.5 Het toiletbezoek

Bij een lichte Alzheimer dementie kunnen de personen zelf naar het toilet gaan en zichzelf reinigen. Zij zitten in het eerste stadium waarbij het geheugen nog een stukje intact is. Bij matige tot ernstige Alzheimer dementie hebben de personen gedeeltelijke hulp nodig om naar het toilet te gaan en zich te reinigen. Deze personen ondervinden moeilijkheden bij het uitvoeren van de handelingen en kunnen moeilijk achterhalen waar het toilet plaatsvindt. Sommige cliënten met ernstige Alzheimer dementie kunnen bedlegerig zijn of in een rolstoel zitten. Zij ervaren moeilijkheden om op het toilet of een toiletstoel te gaan. Zoals eerder aangehaald dienen we rekening te houden met de lichamelijke vermogens. Dit maakt het eveneens moeilijk om naar het toilet te gaan. Het zorgt ervoor dat deze personen ondersteuning nodig hebben.

3.2.1.6 Ophouden van urine en ontlasting

De meeste personen met Alzheimer dementie hebben hier geen probleem mee. Bij lichte Alzheimer dementie hebben de personen geen moeite om de urine en ontlasting op te houden. Indien het nodig is, kunnen ze zelfstandig naar het toilet gaan. Bij matige

Alzheimer dementie hebben enkelen hier wel een gedeeltelijk probleem mee. Het geheugen is aangetast waardoor zij het moeilijk hebben om het lichaam onder controle te houden. De lichaamsfunctie wordt stilaan vernietigd. Bij ernstige Alzheimer dementie hebben de personen een nog groter probleem om de urine en de ontlasting op te houden. Zij zitten in een vergevorderd stadium waarbij de lichaamsfuncties stapsgewijs vernietigd worden. Zij zijn niet meer zindelijk. Dit probleem kun je aanpakken door middel van luiers. De verzorgende dient hier aandacht aan te besteden aangezien luiers regelmatig vervangen moeten worden. Je merkt op dat het ophouden geleidelijk aan verdwijnt.

3.2.1.7 Voedsel

Zowel bij lichte Alzheimer dementie als bij matige Alzheimer dementie hebben de personen vooraf hulp nodig: zij kunnen het voedsel niet meer zelf bereiden vanwege het vergeten en het gevaar dat erbij gepaard gaat. Personen met ernstige Alzheimer dementie hebben gedeeltelijke hulp nodig bij het eten. Het voedsel dient in stukjes gesneden te worden omdat zij dit niet meer kunnen in een vergevorderd stadium. Zij kunnen het voedsel wel nog van het bord naar de mond brengen. Soms kan het nuttig zijn om het eten in pureevorm aan te bieden omdat sommige personen moeite hebben met het slikken.

3.2.1.8 Koken

Personen met lichte, matige en ernstige Alzheimer dementie kunnen het voedsel niet meer zelfstandig bereiden. Het voedsel moet voor hen gekookt of klaargemaakt worden door de mantelzorger of de verzorgende. Zoals in de theorie is aangehaald, dienen we rekening te houden met het kruiden van het voedsel. Dit kan soms een aanleiding zijn dat de personen met Alzheimer dementie niet willen eten.

3.2.1.9 Telefoneren

Personen met lichte Alzheimer dementie kunnen telefoneren zonder hulp. Zij kunnen de nummers zelf opzoeken in het telefoonboek en het nummer vormen. Zij vergeten de eenvoudige dingen, maar hun geheugen is voor de rest nog in tact. Bepaalde handelingen, zoals telefoneren, kunnen dus nog goed uitgevoerd worden. Personen met matige Alzheimer dementie hebben een beetje hulp nodig bij het kiezen van een bepaald nummer, maar kunnen wel nog zelf een gesprek leiden aan de telefoon. In noodgevallen zijn deze personen in staat om te telefoneren. Personen met ernstige Alzheimer dementie kunnen niet meer zelfstandig telefoneren. De personen begrijpen de woorden niet meer waardoor zij het moeilijk hebben om een gesprek te sturen. Hierbij moet een zekere gevoelslading aanwezig zijn bij het overbrengen van de woorden. Dit is iets wat moeilijk via de telefoon kan. Telefoneren dient voor deze personen gedaan te worden omdat zij geen gesprek meer kunnen voeren.

3.2.1.10 Boodschappen doen

Personen met lichte en matige Alzheimer dementie hebben hulp nodig wanneer ze hun boodschappen doen. Ze hebben zowel vervoer als assistentie nodig tijdens het doen van de inkopen. Personen met ernstige Alzheimer dementie zijn niet meer in staat om boodschappen te doen. Zij lopen verloren in het warenhuis en vinden de voedingsmiddelen niet terug. Bovendien kunnen zij in het warenhuis ook ongewenst gedrag vertonen, zoals bijvoorbeeld een diefstal. Om storend gedrag te vermijden, dient de mantelzorger of de verzorgende aanwezig te zijn bij een persoon met ernstige Alzheimer dementie.

3.2.1.11 Huishoudelijk werk

Zowel personen met lichte als personen met matige Alzheimer dementie hebben hulp nodig op dit gebied. Zij kunnen alleen licht huishoudelijk werk doen. Met hulp wordt hier bedoeld dat iemand aanwezig is die schoonmaakt en de cliënt aanspoort om mee te helpen. Deze personen kunnen vooral de lichte taken doen zoals: het stof afvegen of, de tafel afkuisen, ... De verzorgende legt de handelingen uit zodat de persoon zelfstandig te werk kan gaan. Personen met ernstige Alzheimer dementie zijn niet in staat om huishoudelijk werk te doen.

3.2.1.12 Medicijnen innemen

Personen met lichte of matige Alzheimer dementie hebben een beetje hulp nodig. Voor deze personen moeten de medicijnen klaargezet worden. Zij zijn nog in staat om de medicijnen zelfstandig in te nemen, maar kunnen niet zelf doseren. In bepaalde gevallen moeten deze personen eraan herinnerd worden dat zij medicijnen moeten innemen. Personen met ernstige Alzheimer dementie hebben steeds toezicht nodig. De medicijnen moeten aan deze personen gegeven worden want zij zijn niet meer in staat om dit zelfstandig te doen.

3.2.1.13 Regelen van geldzaken

Personen met lichte en matige Alzheimer dementie hebben een beetje hulp nodig. Dit heeft betrekking op de dagdagelijkse uitgaven en betalingen. Personen met ernstige Alzheimer dementie zijn niet in staat om de eigen geldzaken te regelen. Zij kunnen geen betalingen meer realiseren. De mantelzorger zal dit overnemen. Ook kunnen ze domiciliëring aanvragen bij de bank. Dit kan je doen bij vaste betalingen.

3.2.2 Gedragingen

Ook hebben we gepeild naar het gedrag van de persoon met Alzheimer dementie. De omgang van de verzorgende met de cliënt, maar ook van de cliënt met de verzorgende, vormt een belangrijk aspect. Ze moeten goed met elkaar overweg kunnen.

De specifieke gedragingen, zoals agressie, ontremd gedrag, nachtelijke onrust, eetgedrag, wanen en hallucinaties, komen niet voor bij lichte Alzheimer dementie. Lichte Alzheimer dementie is het kleine vergeten, zoals het volgen van het gesprek, wat er

gebeurd is,... Deze gedragingen komen in bepaalde mate voor bij matige Alzheimer dementie, maar komen goed tot uiting bij ernstige Alzheimer dementie.

3.2.2.1 Wanen en hallucinaties

Personen met matige en ernstige Alzheimer dementie zijn ervan overtuigd dat bepaalde gedachten van hen waar zijn en dat ze zaken horen of zien die er niet zijn. Meestal denken de personen dat iemand hem of haar besteelt en dat er anderen in huis zijn. Dit wordt veroorzaakt door het gestoord waarnemen. Daarnaast is het ook moeilijk te herkennen voor de verzorgende.

3.2.2.2 Agressief

Agressie komt voor bij een minderheid van personen met Alzheimer dementie. Dit kan eventueel gepaard gaan met waandenkbeelden en hallucinaties, zoals denken dat iemand hen besteelt. Hierdoor wordt dan agressiviteit opgewekt. Ze kunnen kwaad worden als er terug gedacht wordt aan een bepaalde situatie uit het verleden. Of ze kunnen weigeren mee te werken en worden vervolgens kwaad bij aandringen. Enkele personen vloeken en schreeuwen. Ook kunnen ze soms beginnen te slaan, te stampen of te gooien met voorwerpen. De oorzaak ligt vooral in de tijd van toen en zich alles toe-eigenen. Deze gedragingen kunnen het voor de begeleiding moeilijk maken.

3.2.2.3 Depressief

Enkele personen met Alzheimer dementie kunnen zich somber voelen. Dit komt voor in bepaalde periodes waar ze dan bijvoorbeeld denken aan een minder leuk voorval dat hen verdrietig maakt. Het kan bijvoorbeeld gaan over de dood van de man of de vrouw, kinderen, missen van de ouders,... Maar in het algemeen komt dit niet vaak voor.

3.2.2.4 Angst

Een klein deel van de cliënten is vaak angstig zonder reden. Hun houding kan bijgevolg gespannen, rusteloos of zenuwachtig zijn. Dit kan gepaard gaan met lichamelijke klachten, zoals: last van kortademigheid, happen naar lucht of kriebels in hun buik. Soms zijn ze bang om alleen te blijven en krijgen ze schrik als de verzorgende weggaat. Vermijdgedrag wordt vertoond bij bepaalde plaatsen of situaties. Angst is het gevolg van het gestoord waarnemen. Door de ziekte hebben ze angst om zichzelf te verliezen. Angst kan naar boven komen door het samenspel van deze verschillende aspecten.

3.2.2.5 Opgetogenheid

Vaak zijn personen met Alzheimer dementie opgewekt, dit kan met of zonder aanleiding zijn. Dit is enkel bij ernstige Alzheimer dementie. Sommige personen zijn blij als er iemand op bezoek komt. Zij gedragen zich kinderachtig en lachen veel. Personen met Alzheimer dementie lachen met dingen die een gezonde mens niet grappig vindt. Maar opmerkingen, die niet op hun plaats zijn, komen weinig voor.

3.2.2.6 Onverschilligheid

Dit komt voor bij matige en ernstige Alzheimer dementie. Deze personen zijn minder geïnteresseerd in de gewone activiteiten of in het plannen van activiteiten. Ze zijn over het algemeen minder spontaan en actief dan vroeger. Daarnaast beginnen zij minder vaak aan een gesprek. De mate waarin ze meehelpen bij de huishoudelijke taken verschilt van persoon tot persoon. Sommige cliënten helpen niet mee, terwijl anderen dit wel graag doen. De personen met Alzheimer dementie hebben geen belangstelling meer voor vrienden of familie. Dit komt eenvoudigweg door het feit dat ze hen niet meer herkennen. De zaken, die de persoon gewoonlijk interesseerden, zijn niet meer interessant genoeg. Het enthousiasme is weg.

3.2.2.7 Ontremd gedrag

Dit komt enkel voor bij personen met ernstige Alzheimer dementie. Zij handelen impulsief zonder na te denken over de gevolgen. Wanneer deze personen buitenshuis zijn, zullen zij soms praten tegen onbekenden alsof ze die personen goed kennen. Kwetsende of tactloze opmerkingen maken, komt doorgaans voor. Als ze niet goed behandeld worden, is het bijvoorbeeld wel mogelijk dat ze botte opmerkingen maken. Sommige personen kunnen handtastelijk doen of knuffelen met anderen. Zij hebben graag lichamelijk contact doordat de emoties intact blijven. De personen tonen hun gevoelens op een abnormale manier. Ontremd gedrag blijft vaak binnen de grenzen, maar af en toe worden deze wel eens overschreden.

Ontremd gedrag is het gevolg van decorumverlies. De persoon met Alzheimer dementie houdt zich hierdoor minder aan de regels. Decorumverlies kan seksualiteit verhogen bij de personen, maar dit komt nauwelijks voor.

3.2.2.8 Prikkelbaarheid

Soms hebben personen met Alzheimer dementie een veranderlijke stemming. Ze zijn prikkelbaar en snel geïrriteerd. Meestal kunnen zij niet wachten op een geplande activiteit en hebben ze problemen met "het wachten" in het algemeen. Bij personen met lichte en matige Alzheimer dementie komt dit weinig voor. Veranderlijke stemming komt meer voor bij personen met ernstige Alzheimer dementie. Vaak komt deze prikkelbaarheid zonder aanleiding en is ze slechts van korte duur. Af en toe gaat dit gepaard met woede-uitbarstingen. Daarbij gaan de personen met Alzheimer dementie in discussie en dit maakt de omgang met hen nog moeilijker. De aanleiding is meestal een herinnering aan vroeger. Dan is het belangrijk dat je daarop inspeelt, maar dit is niet altijd gemakkelijk.

3.2.2.9 Doelloos gedrag

Zij lopen steeds doelloos rond en doen dezelfde handeling opnieuw en opnieuw omdat ze het vergeten. Bij lichte en matige Alzheimer dementie herhalen de personen gewoonten en activiteiten, zoals schoonmaken en haren kammen. Bovendien kunnen zij moeilijk stilzitten, omdat ze zenuwachtig zijn. Dit kan ook veroorzaakt worden door de medicijnen. Bij ernstige Alzheimer dementie lopen de personen doelloos rond te zoeken

en te rommelen in hun spullen. Ze herhalen dit gedrag regelmatig. Ook kunnen zij zich dikwijls aan en uitkleden. Waarschijnlijk komt dit door de desoriëntatie in de tijd en is dit voor hen normaal gedrag.

3.2.2.10 Nachtelijke onrust

Soms hebben personen met Alzheimer dementie moeite om te slapen. Dit komt bij alle vormen van Alzheimer dementie voor. De personen worden 's ochtends vroeg wakker, tussen 5 à 6 uur. Sommige personen worden ook 's nachts wakker en lopen vervolgens rond en voeren ongebruikelijke activiteiten uit. Een voorbeeld hiervan is dat ze zich 's nachts aankleden omdat ze denken dat het al ochtend is. Het kan wel voorkomen dat ze een dutje overdag doen. Voor personen met Alzheimer dementie wordt dit als storend ervaren. Zij zijn gedesoriënteerd in de tijd, waardoor het voor hen moeilijk is om te weten wanneer zij moeten slapen. Dit gedrag is zeer moeilijk te veranderen en kan voor de verzorgende en de persoon vermoeiend zijn.

3.2.2.11 Eetgedrag

Over het algemeen blijft het eetgedrag bij personen met Alzheimer dementie hetzelfde. Het gewicht schommelt tussen aankomen en afvallen. Over het algemeen blijven ze stabiel. Enkele personen met Alzheimer dementie hebben wel een veranderd eetgedrag: ofwel verminderd, ofwel toegenomen. De ene persoon kan veel eten in de mond stoppen, terwijl de andere zeer weinig eet. Geen enkele persoon heeft één bepaald eetgedrag ontwikkeld, zoals alles in dezelfde volgorde eten of elke dag precies hetzelfde willen eten. De essentie ligt op het veel of weinig eten van een maaltijd. Dit is eveneens al besproken in de theorie over het probleem hiervan.

3.2.2.12 Belasting

Als laatste hebben we gepeild naar de belasting die gedragingen van de persoon met Alzheimer dementie hebben op hun verzorgenden. De verzorgenden hebben aangegeven dat de gedragingen geen belasting zijn voor hen. Zij kunnen goed met de gedragingen overweg en weten hoe ze ermee moeten omgaan.

3.2.3 Besluit

De resultaten van het onderzoek lijken aan te tonen dat personen met Alzheimer dementie op verschillende vlakken meer hulp nodig hebben. Personen met Alzheimer dementie hebben extra hulp nodig bij het huishoudelijk werk, het koken van voedsel, boodschappen doen, bij het wassen, het nemen van medicijnen, het aan- en uitkleden, verplaatsen en het toiletbezoek. Het wassen van de persoon wordt meestal gedaan door de thuisverpleging, of door de mantelzorger, of door de verzorgende. Het is nodig dat de verzorgende de persoon met Alzheimer dementie helpt aan- en uitkleden. Daarnaast hebben personen met Alzheimer dementie hulp nodig om zich te verplaatsen en om naar het toilet te gaan. Bij deze zaken dienen de verzorgenden te helpen en bijgevolg verlichten ze de mantelzorgers. Het werk bij personen met Alzheimer dementie is zich

vooral focussen op de hulpbehoefendheid van deze personen. Verzorgenden doen dan ook veel voor de cliënten, om het leven voor hen zo aangenaam mogelijk te maken.

Zoals eerder vermeld is de vergeetachtigheid afhankelijk van het stadium waarin de persoon zit. In het beginstadium vergeet de persoon met Alzheimer dementie de hele kleine dingen zoals de dagen, het kunnen volgen van een gesprek of een film,... Zij zullen de vergeetachtigheid meer verstoppen: ze zoeken ook uitvluchten om bepaalde zaken niet uit te voeren. Naarmate de Alzheimer dementie vordert, begint deze persoon meer te vergeten, zoals bijvoorbeeld het vuur vergeten uitzetten. Bepaalde handelingen kan de persoon niet meer uitvoeren. Hier kunnen ze de vergeetachtigheid niet meer verstoppen omdat het geheugen gedeeltelijk is aangetast. Je kan zien dat de laatste aangeleerde dingen eerst verdwijnen. Voor deze personen is bijkomende hulp van groot belang. Als de Alzheimer dementie zich in een vergevorderd stadium bevindt, waant de persoon zich terug in de kindertijd, met zijn ouders. De persoon met Alzheimer dementie leeft ook sterk in zijn of haar wereld. De persoon beleeft gebeurtenissen uit het verleden opnieuw, wat bepalend is voor het gedrag. Hier heeft deze persoon volledige hulp nodig omdat deze persoon zich gedraagt zoals hij of zij dat goed vindt, terwijl het gedrag niet goed te keuren is. De persoon met Alzheimer dementie weet totaal niet meer waarvoor bepaalde dingen dienen en herhaalt vaak opnieuw dezelfde vragen omdat hij of zij het antwoord steeds vergeet.

Het stadium van dementie bepaalt welke en de hoeveelheid van de hulp die er nodig is. In het beginstadium is er minder ondersteuning nodig omdat de persoon met Alzheimer dementie nog besef heeft en het geheugen nog niet zover aangetast is. In deze fase vergeet de persoon vaker kleine dingen, maar kan hij of zij wel nog alleen zijn. De momenten van de hulp ligt niet vast. 's Middag is misschien het meest aangewezen moment voor hulpverlening om eten te bereiden of boodschappen te gaan doen. Als het stadium vordert, naar matige Alzheimer dementie, hebben de personen vooral meer hulp nodig omdat zij bepaalde handelingen niet meer weten zoals zichzelf aan- en uitkleden, koffiezetten,... Zowel buiten als binnen het huis vergeten ze de weg of denken vaak dat ze niet thuis zijn. Dit is de reden waarom ze vaak weglopen. Hier moet wel hulp aanwezig zijn omdat het nu niet meer zonder gaat. Het is ook belangrijk om de persoon veel aandacht te geven op momenten van het aan- en uitkleden, het toilet, het koken, boodschappen doen of het alleen zijn. In het vergevorderd stadium, van ernstige Alzheimer dementie, is er voortdurend hulp nodig. De persoon kan niet meer zonder hulp. Hij of zij waant zich terug in zijn eigen wereld, zijn kindertijd en doet dingen die echt niet kunnen, maar beseft het zelf niet. Er moet voortdurend iemand aanwezig zijn, om zich met de persoon bezig te houden en omdat hij of zij nu volledige aandacht nodig heeft.

In de beoordeling van de hulp zijn er veel verschillen door de cliënten, de mantelzorgers en de verzorgende. Cliënten met lichte Alzheimer dementie vinden zonder twijfel dat zij geen hulp nodig hebben. Volgens hen zijn zij zelfstandig genoeg om te kunnen functioneren en er is ook niets aan de hand. Ze beseffen dat ze zaken vergeten en

proberen dat op die manier te verstoppen. De mantelzorger daarentegen vindt dat de cliënt wel hulp nodig heeft. De hulp wordt besproken tussen beide personen om zo samen tot een overeenkomst te komen. Cliënten met matige Alzheimer dementie vragen ondersteuning voor bepaalde dingen, zoals schoonmaken, terwijl zij eigenlijk meer hulp nodig hebben. De reden van dit denken komt door het beetje besef dat nog aanwezig is. Deze cliënten gaan vaker mee met het standpunt van de mantelzorger. Toch vindt de mantelzorger dat er meer hulp nodig is dan wat de cliënt aangeeft. Wanneer de cliënt ernstige Alzheimer dementie heeft, heeft hij of zij geen besef meer van de wereld en omgeving. Zij zien de hulp als de verzorging van de vader of de moeder omdat deze cliënten terug in hun kindertijd zitten. De mantelzorger oordeelt dat het nu niet meer zonder hulp kan. Het standpunt van de verzorgende sluit vaak aan bij het standpunt van de mantelzorger. Af en toe heeft de verzorgende een ander standpunt over de hulp omdat de verzorgende een andere betrokkenheid heeft met de cliënt dan de mantelzorger.

Er zitten enkele verschillen tussen de hulp die verleend wordt bij de lichte, matige of ernstige Alzheimer dementie. Het grootste verschil vind je bij ernstige Alzheimer dementie. De hulp is hier intensiever en de verzorgende moet aandachtiger zijn. De persoon met ernstige Alzheimer dementie heeft voortdurend ondersteuning nodig omdat de persoon niet veel meer kan, doet vaak dingen die totaal niet kunnen en zit terug in zijn kindertijd. Ook vanwege het dwalen en het rondlopen, moet er steeds gelet worden op de persoon met ernstige Alzheimer dementie. Bij matige Alzheimer dementie is de hulp minder intensief. Er is een verzorgende nodig die de persoon met matige Alzheimer dementie helpt met de dagdagelijkse dingen zoals schoonmaken, voedsel bereiden en dergelijke. De persoon kan de handelingen nog uitvoeren met bijstand en instructies. Deze personen lopen ook rond omdat zij moeilijk kunnen stilzitten, maar gaan niet weglopen omdat ze zich nog een beetje kunnen oriënteren in hun eigen huis. Personen met lichte Alzheimer dementie hebben een beetje hulp nodig. Het vergeten is nog klein zoals betalen aan de kassa's, volgen van een programma, enzovoort. Hier is iemand nodig die een oogje in het zeil houdt. Over het algemeen kan je stellen dat de intensiteit en de aandacht zwaarder worden naarmate de ziekte vordert.

Personen met Alzheimer dementie vertonen verschillende gedragingen. Met het grootste gedeelte van deze houdingen kan er vlot mee omgegaan worden. Deze gedragingen zijn niet belastend voor de verzorgende, maar eisen wel aandacht omdat je er goed mee dient om te gaan. Enkele gedragingen zijn belangrijk voor de omgang met personen met Alzheimer dementie en kunnen moeilijkheden veroorzaken bij de begeleiding. Goede voorbeelden hiervan zijn de wanen en hallucinaties. Personen met Alzheimer dementie hebben bepaalde gedachten die niet waar zijn en horen stemmen of geluiden die er niet zijn. Toch zijn ze overtuigd van hun gelijk. Belangrijk is dat de verzorgende hierin meegaat, ook al weet de verzorgende dat er werkelijk niets is. Voor personen met Alzheimer dementie is het echt en ze zullen zich verzetten als de verzorgende hen tegenspreekt. Door hierin mee te gaan, kan je de wanen en hallucinaties in een bepaalde richting sturen. Op deze manier zijn de verstoorte denkbeelden minder

schadelijk voor de persoon met Alzheimer dementie. Sommige waandenkbeelden en hallucinaties zijn schadelijk. Hierin gaat de verzorger best niet mee. Daarnaast hebben personen met Alzheimer dementie doelloos gedrag. Zij lopen zomaar wat rond en voeren steeds dezelfde handelingen uit, zoals het openen van laden of ergens aan plukken. De verzorgende probeert te achterhalen waarom de persoon die handeling doet door enkele vragen te stellen. Op deze manier kan hij/zij het gedrag begrijpen en kan de persoon met Alzheimer dementie gemakkelijker gestuurd worden. De cliënten vinden rust als ze kunnen rondlopen en ze hebben geen besef van wat zij verkeerd doen. Hierbij vermijden we best het verbieden van het gedrag omdat sturen van het gedrag een beter effect heeft op de persoon. Tenslotte kunnen personen met Alzheimer dementie agressief gedrag vertonen door bijvoorbeeld een gebeurtenis uit het verleden opnieuw te beleven of ze voelen zich niet begrepen door de verzorgende. Om de persoon met Alzheimer dementie rustig te krijgen, is het van belang dat de verzorgende rustig met hen omgaat. Als de verzorgende zich gaat verdedigen, wordt de persoon agressiever. De verzorgende achterhaalt wat er in de persoon omgaat en stelt zich kalm en begrijpend op. Zo kan de verzorgende de persoon terug rustig krijgen. De meeste agressieve buien verdwijnen binnen enkele minuten.

Er worden vormingen georganiseerd voor de verzorgenden, maar over de manier waarop men moet omgaan met Alzheimer dementie gebeurt dit nog te weinig. De verzorgenden weten over het algemeen wel hoe ze met de cliënten moeten omgaan, maar toch kan er bepaalde kennis en ervaring ontbreken die van belang zijn voor de hulp. Een vorming over de ziekte van Alzheimer is nuttig, want bijkomende informatie geeft meer inzicht in de ziekte en kan de begeleiding verbeteren.

De belangrijkste conclusie is dat de verzorgenden zich meer moeten focussen op de hulpbehoefendheid om zo een optimale verzorging van een persoon met Alzheimer dementie te verkrijgen. Het bereiden van een maaltijd, boodschappen doen, huishoudelijk werk, aan- en uitkleden, het wassen, toiletbezoek, verplaatsen en het innemen van medicijnen behoren tot de optimale verzorging van een persoon met Alzheimer dementie. De hulp voor personen met Alzheimer dementie vereist meer aandacht en intensiteit. Dit is eerder aangehaald in het besluit. De aandacht en de intensiteit zorgen ervoor dat de verzorgenden zich net iets meer moeten focussen op de nodige hulpbehoefendheid. Personen met Alzheimer dementie hebben meer aandacht nodig vanwege het vergeten en het gedrag waardoor de ondersteuning zwaarder wordt. De verzorgende dient te helpen bij het aan- en uitkleden. Sommige personen kunnen zichzelf aankleden met behulp van instructies. De verzorgende legt de handelingen stap voor stap uit. Belangrijk is dat de verzorgende er tijd voor neemt omdat je tastbaar bezig bent met de persoon. Andere personen moeten volledig geholpen worden met deze handeling. De verzorgende geeft best uitleg bij de kleding en legt alle kledingstukken in volgorde. Zo is de kans op vergissing kleiner en krijgt elk onderdeel aandacht. Bovendien kan de persoon assistentie nodig hebben bij het verplaatsen. Enkele personen met Alzheimer dementie kunnen niet zelfstandig uit bed of uit de stoel en hebben ondersteuning nodig. Andere personen kunnen zich zelfstandig bewegen, maar

hebben bijstand nodig om de plaats te vinden. Verplaatsen hangt dus niet enkel af van het vergeten. De verzorgende dient rekening te houden met de lichamelijke toestand van de persoon. De lichamelijke toestand gaat eveneens achteruit bij oudere mensen waarbij de personen ook hulp en ondersteuning nodig hebben om zich te verplaatsen. Dit kan eventueel gekoppeld worden aan het toiletbezoek. Personen met Alzheimer dementie raken de weg in huis kwijt en weten niet waar het toilet is. Sommige personen kunnen zichzelf ook niet meer reinigen. Bovendien kan het voorkomen dat de persoon met Alzheimer dementie incontinent is. Dit komt voor in het vergevorderd stadium waarbij de personen het moeilijk hebben om de urine en de ontlasting op te houden. Deze personen dragen bijgevolg luiers, die ook regelmatig verschoond moeten worden. Bij het verversen van de luier leidt je de persoon af en blijf je kalm. Zo druk je hem of haar niet op de vernederende feiten. De verzorgende gaat er best tactvol mee om omdat zindelijkheid belangrijk is voor het zelfbeeld. Het is praktisch om oog te hebben voor tekenen die op aandrang wijzen. Zo kan je de persoon naar het toilet brengen, blijft de luier schoon en wordt het zelfbeeld bevorderd. Tenslotte is er het innemen van medicijnen. Personen met Alzheimer dementie hebben hierbij toezicht nodig. Zij weten niet hoeveel zij van elk medicijn mogen innemen. Wanneer ze dit alleen zouden doen, bestaat het risico dat zij een overdosis zouden innemen. Vaak worden de medicijnen klaargezet per dag door de thuisverpleging. Bijgaand vergeten personen met Alzheimer dementie het innemen van de klaargezette medicijnen en de verzorgende kan hier bijstand bij verlenen. Er zijn bepaalde taken die meer aandacht vragen van de verzorgende. Voor de persoon met Alzheimer dementie zijn deze taken van groot belang. Dit zorgt ervoor dat ze kunnen blijven functioneren in hun omgeving, en dat is van groot belang voor hun zelfbeeld. Ook heeft het onderzoek aangetoond dat er een wederzijdse klik moet zijn tussen de verzorgende en de cliënt.

3.3 AANBEVELINGEN

3.3.1 Cliëntgerichte zorg

Het is van belang dat je kijkt wie je cliënt is, aangezien het de cliënt is die om hulp vraagt. De maatschappelijk werker gaat na wie de persoon is. Het is de bedoeling dat je het totaalbeeld gaat bekijken van de cliënt. Op deze manier kom je te weten welke hulp de cliënt precies nodig heeft. Zo kan de hulp aangepast worden aan de cliënt.

3.3.2 Het profiel verzorgende

Het is een essentieel punt dat de verzorgende kennis heeft over de ziekte van Alzheimer en over hoe zij met hun gedrag moet omgaan. Dit speelt ook een rol bij de bepaling van de type hulp. Ervaring is van groot belang. Hoe meer ervaring de verzorgende heeft, hoe gepaster de verzorgende kan reageren op het gedrag van de persoon met Alzheimer dementie.

Bovendien houden we best rekening met de cliënt en het karakter van de verzorgende. Het onderzoek heeft aangetoond dat dit bepalend is voor de omgang met elkaar. Niet

iedereen kan op dezelfde en gepaste manier omgaan met personen met Alzheimer dementie. Bij sommige verzorgenden, die goed met Alzheimer dementie overweg kunnen, zit dit in het karakter. Deze verzorgenden kunnen aanvoelen wat de persoon met Alzheimer dementie wil.

3.3.3 Cliëntgerichte zorg en het profiel verzorgende samengevoegd

In het besluit is de wederzijdse klik tussen de verzorgende en de cliënt reeds aangehaald. Het is belangrijk dat de maatschappelijk assistent weet wie de cliënt en de verzorgende zijn.

Het kan voorkomen dat de klik er niet is tussen beiden, bijvoorbeeld de cliënt vindt de verzorgende niet tof of de verzorgende kan niet met de cliënt overweg. De maatschappelijk assistent kan dit probleem onderzoeken en proberen samen met de betrokkenen tot een oplossing te komen. Maar soms blijkt het noodzakelijk te zijn om een andere verzorgende bij de cliënt te zetten. De klik kan er wel zijn bij een andere verzorgende. De situatie bepaalt wat je kan doen als maatschappelijk assistent.

3.3.4 Vorming

Dit is reeds aan bod gekomen in het besluit. Het is een fundamentele aanbeveling omdat vormingen belangrijk zijn, zodat we altijd kunnen bijleren. Velen beschikken over de kennis en hebben ervaring met Alzheimer dementie. Maar kennis en ervaring kunnen én moeten altijd uitgebreid worden. Daarbij kunnen de verzorgenden tot nieuwe inzichten komen. Dit kan de hulp alleen maar ten goede komen.

Daarnaast zijn er verzorgenden die niet weten hoe ze met een persoon met Alzheimer dementie moeten omgaan. Voor deze verzorgenden is vorming noodzakelijk. Ze kunnen pas echt met personen met Alzheimer dementie omgaan als zij over de vereiste kennis beschikken. Daarna kunnen ze pas ervaring opdoen en inzichten verwerven, die goed zijn voor de hulpverlening.

Tijdens de vormingen leert iedereen van elkaar.

3.3.5 Takenpakket

3.3.5.1 Boodschappen doen

De verzorgenden doen dit regelmatig alleen. Het is aan te raden dat de cliënt meegaat boodschappen doen. Dit kan de relatie ten goede komen als ze dingen samen doen, het maakt de situatie gezelliger.

Voor de cliënt kan het veel betekenen als hij/zij mee inkopen gaat doen. De cliënt krijgt het gevoel dat hij of zij nog iets betekent wat een positieve invloed heeft op de eigenwaarde. Bovendien bevordert het de relatie tussen beide personen. Vooraf kan je samen het boodschappenlijstje opmaken en tijdens het doen van boodschappen kun je

samen de voedingsmiddelen zoeken. Voor de cliënt zit alles in de kleine dingen die je met hem/haar doet, voor de verzorgende is dit eveneens aangenaam.

Natuurlijk dienen we rekening te houden met de ernst van de Alzheimer dementie. Bij ernstige Alzheimer dementie kan het moeilijk zijn om de cliënt mee te nemen. Ze kunnen storend gedrag vertonen, zoals dingen stelen of anderen beschuldigen, wat samen inkopen doen onaangenaam en misschien zelfs onmogelijk maakt. Toch kan het mogelijk zijn om de cliënt mee te nemen, maar het vereist veel aandacht en vooral een goede relatie. Het gedrag bij lichte tot matige Alzheimer dementie laat toe om de cliënt mee te nemen. Als de klik er is tussen beide, is het gedrag van de cliënt goed en zal deze beter luisteren naar de verzorgende.

3.3.5.2 Aan- en uitkleden

Personen met Alzheimer dementie hebben moeite om zich aan- en uit te kleden omdat ze de juiste handelingen niet meer kunnen uitvoeren. Bij ernstige Alzheimer dementie weten de personen zelfs niet meer waarvoor de kleding dient. Als er een goede relatie is, laat de cliënt het toe om zich te helpen.

Personen met lichte en matige Alzheimer dementie kunnen zichzelf nog aankleden met hulp. Ze zijn de volgorde van het kleden vergeten en ze kennen het verloop niet meer van de handeling. De verzorgende kan de kleding klaar leggen en de handelingen sturen met instructies. Het is wel mogelijk dat de verzorgende knopen of risten dicht doet omdat deze vaardigheid moeilijk is geworden voor hen.

Personen met ernstige Alzheimer dementie kunnen zichzelf niet meer aankleden. De handelingen zijn volledig weg. In bepaalde gevallen kunnen de personen zichzelf nog aankleden met een goede ondersteuning. De verzorgende zegt steeds welke handelingen er verricht moeten worden. Als ze zich niet meer kunnen aankleden door de lichamelijke toestand, dient de verzorgende dit voor hen te doen.

Soms moet de verzorgende de persoon uit bed halen. De persoonlijke verzorging is van groot belang voor het zelfbeeld en de verzorgende dient te helpen waar het nodig is. Het verlicht de mantelzorger in de verzorging van de persoon met Alzheimer dementie.

3.3.5.3 Voedsel bereiden

Het is mogelijk om de persoon met Alzheimer dementie hierbij te betrekken, dit kan zelfs een aanbeveling zijn. De cliënt kan meehelpen door bijvoorbeeld de groenten te wassen, roeren in de kookpot, enzovoort. Het kan de relatie tussen de verzorgende en de cliënt bevorderen. De persoon helpt bijdragen bij het bereiden van voedsel waarbij het gevoel van iets te betekenen wordt versterkt bij de cliënt, wat bevorderlijk is voor het zelfbeeld.

We dienen rekening te houden met de ernst van de ziekte . Bij lichte en matige Alzheimer dementie is het mogelijk om de cliënt te laten meehelpen. De handelingen kunnen nog keurig verricht worden met de ondersteuning van de verzorgende, vergelijkbaar met het aan- en uitkleden. We hebben een zekerheid dat er weinig fout kan lopen.

Bij personen met ernstige Alzheimer dementie dien je in te schatten of de cliënt kan meehelpen of niet. Vaak weten ze niet meer waar alles voor dient waarbij er veel aandacht nodig is. Maar de verzorgende kan dit bepalen want het hangt van de ernst van de ziekte af.

3.3.5.4 Huishoudelijk werk

De verzorgende kan de persoon met Alzheimer dementie betrekken, afhankelijk van de ernst. De cliënt kan helpen bij het stof vegen, de kasten opruimen, ... Zoals eerder vermeld, kan de samenwerking tussen de verzorgende en de cliënt de relatie bevorderen.

Dit kan je bij alle vormen van Alzheimer dementie. Meehelpen betekent veel voor de cliënt, al zijn het maar kleine dingen die hij of zij mag en kan doen. Alles is uiteraard afhankelijk van de lichamelijke toestand van de cliënt, en in mindere mate de geestelijke toestand. De vraag is: "Kan de cliënt meehelpen?". Je bekijkt beide aspecten en als het gaat, dan betrek je de persoon erbij.

3.3.5.5 Medicijnen

Personen met Alzheimer dementie hebben moeite met de juiste dosering en het juiste tijdstip voor het innemen van hun medicijnen. Ze kunnen het niet meer onthouden. Vaak worden de medicijnen per dag klaargezet door de thuisverpleging. Maar de mantelzorger of de thuisverpleging is niet altijd aanwezig om de persoon met Alzheimer dementie eraan te herinneren dat de medicijnen moeten ingenomen worden. Soms kan het voorkomen dat de persoon de medicijnen niet wil innemen. Een klein gesprekje kan dan nuttig zijn.

Het is een aanbeveling om als verzorgende mee te kijken naar de medicijnen, zowel naar de dosering als het tijdstip. Het kan voorkomen dat de persoon met Alzheimer dementie alleen thuis is met de verzorgende. Dan kan de verzorgende kijken of de klaargezette medicijnen ingenomen zijn, of de persoon met Alzheimer dementie eraan te herinneren, of de medicijnen gewoon op tafel klaarzetten. Dit kan bij lichte en matige Alzheimer dementie. Bij personen met ernstige Alzheimer dementie is het nodig dat er iemand aanwezig is als de medicijnen worden ingenomen. Zij kunnen teveel medicijnen innemen omdat ze niet meer weten wat zij innemen. Het meekijken naar de medicijnen verhoogt ook de kwaliteit van de hulp. Naar de cliënt toe heeft de verzorgende iets meer betrokkenheid.

DEEL IV: KRITISCHE VISIE

In dit gedeelte wordt een kritische visie over de problematiek en het maatschappelijk werk bij Alzheimer dementie weergegeven. We halen vooral enkele problemen aan en geven een beeld van het beleid dat er rond gevoerd wordt. Tevens vermelden we enkele actuele tendensen die er momenteel zijn. Vervolgens geven we een bespreking van de onderzoeksmethode. We geven niet alleen de goede punten, maar halen we ook enkelen zaken aan die we beter hadden kunnen doen tijdens het onderzoek. Als laatste geven we een persoonlijke mening over de betekenis van de conclusie voor het werkveld en de organisatie.

4.1 DE PROBLEMATIEK

Zoals reeds aangehaald in de theorie, is de ziekte van Alzheimer vooral een ziekte van oudere mensen. In België neemt de vergrijzing de laatste jaren toe, waardoor er meer gepensioneerden zijn. Bijgevolg is er ook een toename van het aantal dementiegevallen in ons land door de veroudering van de bevolking. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer.

Er zijn diensten die hulp aanbieden aan personen met dementie in België. Maar deze diensten zijn moeilijk te vinden voor de mantelzorgers waardoor zij vaak eerst aankloppen bij het verkeerde centrum en worden ze doorverwezen naar het juiste centrum. Doorverwijzingen komen daardoor dus veel voor. De mensen moeten zelf opzoek gaan in een doolhof van diensten en dat zorgt ervoor dat het lang duurt voor de mensen de juiste hulp vinden.

Het is van groot belang dat de overheid hier orde op zaken stelt. Zo kunnen er brochures gemaakt worden van alle diensten in België. Die kunnen dan verspreid worden via de post en het internet. Daarnaast kunnen mensen ook bereikt worden met reclames en campagnes op televisie en de radio. Voor elk probleem bestaat er een dienst die de mensen verder kan helpen.

Iedere persoon met Alzheimer dementie heeft recht op hulp. Maar omdat de verzorging van een persoon met Alzheimer dementie zoveel tijd en energie kost, heeft de mantelzorger ondersteuning nodig. De mantelzorgers moeten alles regelen voor de persoon met Alzheimer dementie, wat extra tijd vraagt voor de mantelzorger. De mantelzorger heeft een gezin waaraan hij/zij ook tijd aan moet besteden.

De diensten zelf kunnen hier ook voor een extra inspanning zorgen. Ze kunnen actiever naar buiten treden om het bestaan van de dienst te bevestigen. De diensten kunnen de mensen te woord staan, aan de mensen laten zien dat zij hulp bieden en dat de mensen bij de dienst terecht kunnen voor hulp en met al hun vragen.

Ontkenning is een groot voorkomend probleem. De personen met beginnende Alzheimer dementie ontkennen de eerste tekenen van de vergeetachtigheid en proberen deze te verdoezelen. Dit maakt het moeilijk voor de naaste familieleden en de omgeving om het

op te merken. Het vergeten tast de zelfwaarde van de persoon aan. Dementie moet nog meer op de voorgrond treden, zodat de taboe afneemt bij de bevolking. Het kan misschien voor de persoon iets gemakkelijker zijn om met de eerste tekenen om te gaan. Ontkennen is dan niet meer nodig omdat het schaamtegevoel van deze mensen een tikkeltje weggewerkt wordt. Op deze manier kan er een vroegtijdige diagnose gesteld worden, wat belangrijk is voor het verdere verloop van de ziekte. Een vroegtijdige diagnose helpt om een behandeling tijdig in te stellen waardoor de persoon met Alzheimer dementie langer zelfstandig door het leven kan gaan en ook langer in zijn vertrouwde omgeving kan verblijven. Daarnaast kan er de nodige aandacht gegeven worden aan de goede verzorging van de persoon met Alzheimer dementie en aan de sociale hulp, die kan bijdragen aan de zorg. Algemene bekendheid speelt hierin een belangrijke rol voor de persoon met Alzheimer dementie. Dementie is een ziekte die vele oudere mensen treft. De bekendheid kan vele personen met beginnende Alzheimer dementie dus eigenlijk onrechtstreeks helpen aan een beter verloop van de ziekte.

Daarnaast is dwalen van personen met Alzheimer dementie ook een probleem voor de mantelzorgers. Personen met Alzheimer dementie gaan opzoek naar hun ouderlijk huis met als gevolg dat deze personen de weg niet meer vinden en rond dwalen. Zij kunnen zich niet meer handhaven in de maatschappij omdat het geheugen van deze personen hen dikwijls in de steek laat. Het kan gebeuren dat de persoon met Alzheimer dementie verloren loopt en de familieleden hem of haar moeilijk kunnen terugvinden. Om dit te vermijden heeft de overheidsdienst van Volksgezondheid een positief advies gegeven om personen met dementie met een GPS te volgen. Momenteel is Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, aan het bekijken om dit systeem in te voeren en toe te passen. Deze GPS-trackers worden in het horloge of in de gsm gestoken om de persoon te kunnen opsporen. De persoon met Alzheimer dementie moet op een knop drukken om contact op te nemen met zijn mantelzorger. De mantelzorger kan via een computerprogramma zien waar de persoon zich bevindt. Deze toepassing is dubbelzinnig. Langs de ene kant vinden we dit een goede toepassing naar de toekomst toe. Zo kunnen personen met Alzheimer dementie zelf hulp inroepen en opgespoord worden als zij verdwalen. Hierdoor kan het aantal vermiste personen met Alzheimer dementie dalen. Maar langs de andere kant kan de persoon met Alzheimer dementie zich gecontroleerd voelen. Bovendien kan het gezien worden door de persoon als het afremmen van zijn bewegingsvrijheid. Deze toepassing kan echt wel een meerwaarde vormen in de verzorging en de begeleiding van personen met Alzheimer dementie.

Onlangs heeft Jo Vandeurzen een nieuw plan voorgesteld om de komende jaren meer ondersteuning te geven aan personen met dementie die thuis verzorgd worden. Het is een goed begin naar de toekomst toe. Dit plan werd uitgewerkt met alle actoren die werken met dementie. Hierbij hebben zij aandacht voor de mantelzorgers. Daarvoor worden er workshops opgericht die informatie verspreiden. Maar ook richten zij overlegplatforms op om tekortkomingen op te sporen. Dit vinden wij een goed begin. De minister van Welzijn wil iets aan de onbekendheid doen. Op deze manier wordt het doolhof van de diensten verkleind en vinden de mensen de juiste hulp.

4.2 HET ONDERZOEK

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een enquête in de vorm van een interview. Met behulp van de sectorverantwoordelijke werd er een selectie gemaakt van de gezinnen die een gezinslid met de ziekte van Alzheimer hebben in de regio Tongeren binnen de thuiszorg van Tongeren. Er werd een enquête opgesteld die we zelf zijn gaan afnemen bij de gezinnen.

De enquête in de vorm van een interview heeft ook enkele nadelen. Door zelf bij de gezinnen langs te gaan, hebben we minder enquêtes kunnen afnemen. We hadden de enquêtes kunnen opsturen naar de gezinnen of kunnen meegeven aan de verzorgenden, maar op die manier is er minder zekerheid op respons van de gezinnen. Daarbij is het ook onpersoonlijk als je de enquête opstuurt naar de gezinnen. Op deze manier weten de gezinnen niet waar de enquête voor dient en weten zij ook niet wie de mensen zijn, die de enquête doen. Bijgaand is er ook nog een kans dat er vragen niet begrepen worden en kan er een verkeerd antwoord ingevuld worden.

Daarnaast heeft de enquête in de vorm van een interview enkele voordelen. Door de enquête zelf te gaan afnemen, hebben we de situatie zelf kunnen waarnemen. Maar ook leren we de gezinnen kennen en kunnen we de ernst van de Alzheimer dementie zelf inschatten. De mensen appreciëren het als je zelf langs komt. Doordat we het via de verzorgenden regelden om langs te komen, is het vlot gegaan. De gezinnen kennen ons niet en zouden ons dan sneller kunnen wegsturen als we zouden langsgaan zonder het te melden via de verzorgende. Maar dankzij de verzorgenden staan de gezinnen hiervoor al meer open en hebben ze al een klein beeld over ons. Een ander voordeel is dat wij elke keer respons terug hebben en de juiste antwoorden krijgen.

Als je langs gaat, kan je de mensen zelf uitleggen waarom je de enquête afneemt en waarvoor de enquête dient. Voor stagiaires binnen de organisatie zullen de gezinnen meedoen. Dit mede omdat zij de organisatie goed kennen en vertrouwen. Dan zullen zij tijd maken om samen de enquête af te nemen. Het kan voorkomen dat de gezinnen de vragen niet goed begrijpen. Op deze manier kunnen de vragen uitgelegd worden en voorbeelden kunnen gebruikt worden indien het nodig is. Dit zorgt ook voor een betere kwaliteit van de antwoorden. De gezinnen kunnen dan een gesprekje voeren. Dit is iets wat veel betekent voor hen omdat zij vaak niemand zien.

Volgens ons hebben wij voldoende gegevens verzameld om een beeld te krijgen van welke hulp binnen gezinszorg die voor personen met Alzheimer dementie nodig is om langer thuis te kunnen blijven. Wij hebben het Vlaamse Alzheimer Liga en het expertisecentrum voor dementie gecontacteerd voor informatie die wij hebben kunnen verwerken in het theoretische gedeelte. Maar toch hadden wij het waarschijnlijk nog beter kunnen aanpakken. We konden naar diensten gaan waar er hulp wordt geboden voor personen met dementie. Dit kon ons informatie opleveren over de ziekte zelf, maar ook over de hulp die personen met Alzheimer dementie nodig hebben. Het zou voor meer inzichten hebben gezorgd over de ziekte en de hulp die er bij komt kijken. Daarnaast

hadden we rusthuizen of dagopvangcentra' s kunnen opzoeken om te zien hoe je er precies met personen met dementie moet omgaan en wat je samen met een persoon met Alzheimer dementie kan doen. Aangezien de omgang belangrijk is om hulp te kunnen geven aan de persoon. Ook bepaalt het wat je als verzorgende samen kan doen met de persoon met Alzheimer dementie. Daarnaast hadden we korte interviews kunnen afnemen bij de diensten om te peilen naar de hulp die zij belangrijk achten voor personen met Alzheimer dementie.

4.3 PERSOONLIJKE MENING

De conclusie betekent voor de verzorgenden dat ze zich iets meer moeten focussen op hulpbehoevendheid van deze betrokkenen. Hierbij bedoelen we vooral samen de taken uitvoeren met de persoon met Alzheimer dementie. Samen doen betekent veel voor deze personen. Maar ook het gevoel dat zij zelf iets betekenen wordt versterkt. Samen werken is toegestaan, want voor de verzorgenden is het aangenamer om te gaan werken als zij goed overeenkomen met de persoon met Alzheimer dementie. Ook voor de klik is dit belangrijk. Met elkaar omgaan is een vereiste in het beroep. De klik tussen de cliënt en de verzorgende wordt namelijk bevorderd door de samenwerking. Een goede klik bevordert ook de motivatie van de verzorgende om te gaan verzorgen. Als de verzorgende goed gemotiveerd is, dan verloopt het samenwerken beter en wordt er moeite gedaan om goede hulp te geven aan de cliënt.

Wij denken dat de organisatie en het werkveld meer aandacht moet besteden aan dementie in het algemeen. Nu wordt er niet stilgestaan wat de hulp precies inhoudt. De organisatie geeft hulp aan de hulpbehoevenden. Daarbij houden ze rekening met degene die de hulp dus het meeste nodig heeft. Deze personen krijgen sneller hulp toegewezen dan de personen die minder hulpbehoevend zijn. Dit is een goede werking en krijgen de meest hulpbehoevenden tijdig hulp. De verzorgenden doen veel voor de cliënten. Ze doen altijd wat er van hen gevraagd wordt. Volgens ons moet er aandacht gevestigd worden op de persoon, welke hulp er precies nodig is en hoe zij de hulp goed kunnen toepassen samen met de persoon om cliëntgerichte zorg te geven. Bijgaand is het belangrijk dat de cliënt in zijn of haar totaalbeeld wordt bekeken. Hiermee wordt bedoeld wat de verzorgenden samen kunnen doen met de persoon met Alzheimer dementie en welke mogelijkheden er zijn om de hulp zo aangenaam mogelijk te maken voor de cliënt. Het kan voorkomen dat de verzorgenden net iets meer moeten focussen op de hulpbehoevendheid omdat de persoon met Alzheimer dementie veel aandacht en verzorging vraagt. Zo kunnen de personen thuis verzorgd worden en kunnen ze langer thuis blijven.

HET ALGEMEEN BESLUIT

De ziekte van Alzheimer is een vorm van dementie die het meest voorkomt. Personen met de ziekte van Alzheimer hebben hulp nodig om thuis te kunnen blijven. Vaak is er een mantelzorgers aanwezig, die alle verzorging op zich neemt. De persoon met Alzheimer dementie vraagt veel aandacht van de mantelzorgers waardoor deze weinig tijd heeft voor zichzelf en zijn gezin. Daarnaast wordt de zorg van de persoon met Alzheimer dementie steeds zwaarder en is bijkomende hulp noodzakelijk om de lasten van de mantelzorgers te verlichten. De persoon met Alzheimer dementie krijgt zo de aangepaste hulp die hij of zij nodig heeft.

Mantelzorgers van personen met Alzheimer dementie kunnen beroep doen op thuiszorg. De thuiszorg bestaat uit verschillende diensten. De dienst, die het beste aanleunt bij de verzorging van de persoon met Alzheimer dementie, is gezinszorg. De aard van de taken uit gezinszorg sluiten het beste aan bij de hulp die deze personen nodig hebben om thuis te kunnen blijven.

Om de kwaliteit van gezinszorg te verhogen en om te weten welke hulp er precies moet zijn, is een onderzoek gevoerd naar: "In welke mate is het takenpakket afgestemd op de noden van personen met Alzheimer dementie?". Deze personen hebben specifieke hulp nodig vanwege het vergeten waardoor zij niet meer zelfstandig kunnen functioneren. Elke persoon met Alzheimer dementie is uniek en heeft verschillende noden.

Er zijn 3 vormen bij de ziekte van Alzheimer: de lichte, de matige en de ernstige Alzheimer dementie. De hulp moet afgestemd worden op de vorm van de Alzheimer dementie omdat de noden verschillend zijn bij iedere vorm.

Bij lichte Alzheimer dementie gaat het geestelijk vermogen langzaam achteruit. De omvang van het vergeten overstijgt het gewone. De persoon kan een gesprek niet meer volgen of heeft moeite om cijfers en woorden te onthouden. Het kortetermijngeheugen wordt aangetast.

Bij matige Alzheimer dementie gaan de personen nog minder onthouden. De personen gaan de gebeurtenissen van nu koppelen aan de gebeurtenissen van vroeger en doen dit ook met gedachten en de gevoelens. Daarnaast gaat de taalvaardigheid verminderen en is het verlies van tijdsbesef opvallend. Ook hebben deze personen vaak te maken met verlies van zelfcontrole.

Bij ernstige Alzheimer dementie gaat naast het kortetermijngeheugen, ook het langetermijngeheugen verloren. De dingen, die de personen ooit aangeleerd kregen, gaan stilaan weg. Daarnaast hebben de personen moeite om zich uit te drukken omdat het vermogen van taal ook verloren gaat. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de gevoelswereld onaangetast blijft en vermoedelijk nooit verloren gaat. Dit aspect is een belangrijk punt voor de verzorgende omdat de persoon met Alzheimer dementie meer heeft aan een gevoel dan aan de gespreksinhoud. Je brengt bij contact best de nodige gevoelslading over. Op deze manier kun je een goed contact opbouwen.

Naarmate de ziekte vordert, worden de noden zwaarder en veeleisender. Het is van belang dat we met de 3 vormen rekening houden. Zo kan er de juiste hulp opgestart worden die aan de noden van de persoon met Alzheimer dementie beantwoordt.

Personen met Alzheimer dementie hebben hulp nodig bij het wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, eten, koken, telefoneren, boodschappen doen, huishoudelijk werk en innemen van de medicijnen. Alle hulp zit in het takenpakket. Het is belangrijk dat de verzorgende zich vooral focust op de hulpbehoefendheid van de persoon met Alzheimer dementie. Ook is het van belang dat de verzorgende een goede toezicht houdt bij het toiletbezoek en bij het innemen van medicijnen. Zoals ik reeds heb aangehaald is de hulp en de intensiteit van de aandacht afhankelijk van de vorm.

Personen met lichte Alzheimer dementie kunnen de meeste dingen nog zelfstandig doen omdat deze personen in de beginfase zitten. Daarnaast hebben zij gedeeltelijke hulp nodig om bepaalde taken te kunnen uitvoeren want deze personen kunnen dit niet meer zelfstandig.

Personen met matige Alzheimer dementie hebben met alles gedeeltelijke hulp nodig. Het vergeten wordt groter waardoor het gevaarlijker wordt om enkele taken zelfstandig te laten uitvoeren. Ook vergeten zij enkele handelingen die cruciaal zijn voor bepaalde taken.

Personen met ernstige Alzheimer dementie hebben volledige hulp nodig want deze personen weten niets meer van de handelingen. Het geheugen is volledig aangetast in dit stadium en zij vragen voortdurend aandacht. Het is te gevaarlijk om deze personen alleen te laten.

Personen met Alzheimer dementie vertonen af en toe bepaalde gedragingen, zoals wanen en hallucinaties, agressiviteit, depressief, angst, opgetogenheid, onverschilligheid, ontremd gedrag, prikkelbaarheid, doelloos gedrag, nachtelijke onrust en eetgedrag. Het is belangrijk dat de verzorgende met deze gedragingen kan omgaan. Met de meeste gedragingen kan er vlot worden omgegaan omdat ze niet belastend zijn en weinig aandacht vereisen. Daarnaast zijn er enkele gedragingen die wel veel aandacht opeisen en waarbij de omgang ervan doorslaggevend is.

Personen met Alzheimer dementie vertonen wanen en hallucinaties. Zij zien, horen of voelen dingen die er niet zijn. Het is aangeraden voor de verzorgende dat hij of zij meegaat in deze gedachten omdat de personen zich verzetten als je hem of haar tegenspreekt.

Vervolgens vertonen personen met Alzheimer dementie doelloos gedrag. Deze personen herhalen vaak dezelfde handelingen. Als verzorgende probeer je te achterhalen waarom de persoon dit doet. Op deze manier begrijp je hem of haar beter. Want fout gedrag verbieden is niet de juiste aanpak.

Tot slot vertonen personen met Alzheimer dementie agressief gedrag. Dit gedrag is het moeilijkst om mee om te gaan. Achter dit gedrag zitten verschillende redenen zoals een gebeurtenis herbeleven, zich niet begrepen voelen,... De verzorgende moet er rustig mee omgaan, anders wordt de persoon agressiever. Belangrijk is dat de verzorgende weet wat er omgaat in deze persoon zodat je hem of haar terug rustig krijgt. Agressieve buien verdwijnen vaak na enkele minuten.

Het is van belang dat we kijken wie de cliënt is om goed te kunnen inspelen op de noden en om de juiste hulp te garanderen. Hierbij is een wederzijdse klik noodzakelijk omdat de verzorgende en de cliënt met elkaar overweg moeten kunnen. Dit is nodig om een goede hulpverlening te garanderen. Tijdens de hulpverlening kunnen de verzorgende en de cliënt samen de taken uitvoeren, afhankelijk van de ernst van de Alzheimer dementie. Dit bevordert de samenwerking en het vertrouwen groeit.

BIBLIOGRAFIE

Agentschap zorg en gezondheid, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, internet, Brussel, 29/06/2014

(http://www.zorg-engezondheid.be/adressen_gezinszorg_en_aanvullende_thuiszorg/)

Baekelandt, W., Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW: jaarverslag 2013, Berchem, 2013

(http://www.dementie.be/SiteFiles/jaarverslagen/JAARVERSLAG_13_DEF.pdf)

De jonghe, J.F.M en Schmand, B. , Meetinstrumenten bij de NHG-standaard dementie, Utrecht, Nederlands huisartsen genootschap, 2014

De voorzorg, Zorg en comfort, internet, 2014

(voorzorg, De voorzorg, Zorg en comfort, internet, 2014,)

Geudens, F. , Communiceren met dementerende ouderen, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013

Geudens, F, Omgaan met agressie, onrust en storend gedrag bij dementerende ouderen, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013

Geudens, F., Omgaan met dementerende: beginnende dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013

Geudens, F., Omgaan met dementerenden: Ernstige Alzheimer dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013

Geudens, F., Omgaan met dementerenden: matige Alzheimer dementie, Turnhout, Vlaamse Alzheimer Liga, 2013

Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel I - Ontstaan en verloop, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasserdam, 1993

Souren, L en Franssen, E, Verbroken verbindingen: De ziekte van Alzheimer: Deel II - Praktische richtlijnen voor het omgaan met de Alzheimerpatiënt, Amsterdam, Offsetdrukkerij Kanters B.V Alblasserdam, 1993

Ter Haar, H.W., Mondig ziek zijn: dementie, een vergeten aandoening, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum BV, 1992

Vandenreyt, C., Wereld stort in als je hoort, Jong-Alzheimer dementie, Het belang van Limburg Plus, 19 april 2014, p 2 - 4

Van Mossevelde, K. , VZW Thuishulp: jaarverslag 2012, Brussel ,De voorzorg, 2012
(<http://www.devoorzorg.be/SiteCollectionDocuments/Brochure-publicatie/300/SocMut-Jaarverslag-Thuishulp-2012-05.pdf>)

Verschraegen en Van Nerum, J. en P., Expertisecentrum dementie Vlaanderen VZW, internet, Antwerpen, 2014 (<http://www.dementie.be/default.asp?page=1>)

Vlaamse Alzheimer Liga, I.T, Vlaamse Alzheimer Liga, internet, Turnhout, 2014
(<http://www.alzheimerliga.be>)

Vlaamse Alzheimer Liga, J.A, Vlaamse Alzheimer Liga: Jaarverslag algemene werking 2012, Turnhout, 2012
(<http://www.alzheimerliga.be.viafutura.be/gallery/documents/wie-zijn-we/alz-vlaamse-alzheimer-liga-vzw-2012-algemene-werking.pdf>)

Vlaams parlement, ontwerp van woonzorgdecreet: tekst aangenomen door plenaire vergadering, Brussel, Parlement, 2009
(<http://www.vvsg.be/Welzijnsvoorzieningen/woonzorg/Documents/Woonzorgdecreet/Ontwerp%20van%20woonzorgdecreet.pdf>)

Vlaamse regering, Besluit van Vlaamse regering tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg, Brussel, internet, 2009
(<http://www.juriwel.be/ws/Export/1017884.html>)

BIJLAGE

Bijlage 1: Het zorg- en bijstandsdecreet
Bijlage 2: De Enquête

BIJLAGE 1: HET ZORG- EN BIJSTANDSDECREET

Besluit van de Vlaamse Regering tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg (citeeropschrift: "besluit betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg")

Datum 27/03/2009

De Vlaamse Regering,

Gelet op het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, artikel 5 en artikel 24, § 1;

Gelet op het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, artikel 4, tweede lid, artikel 5, tweede lid, artikel 6, eerste lid, artikel 7, artikel 8, eerste lid, artikel 11 en artikel 12, tweede lid;

Gelet op de bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 18 december 1998, 31 maart 2006 en 12 januari 2007;

Gelet op bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 18 december 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 30 maart 1999, 5 mei 2000, 30 maart 2001, 10 juli 2001, 15 maart 2002, 17 januari 2003, 28 november 2003, 30 april 2004, 17 maart 2006, 28 april 2006, 8 september 2006, 12 januari 2007, 29 juni 2007, 19 juli 2007, 18 juli 2008, 10 oktober 2008 en 12 december 2008;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 22 augustus 2008;

Gelet op advies 45.163/3 van de Raad van State, gegeven op 14 oktober 2008, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. Toepassingsgebied

Art. 1.

Dit besluit is van toepassing op de volgende personen die activiteiten als vermeld in artikel 2 verrichten:

1° de verzorgende personeelsleden die werken in de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, erkend door de Vlaamse overheid, en de personen, vermeld in artikel 6/1, eerste lid;
2° alle andere personen die beroepshalve die activiteiten verrichten in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker, ongeacht of ze bij een welzijnsvoorziening als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening werken of niet.

HOOFDSTUK II. Activiteiten die behoren tot de zorgdimensies

Art. 2.

Voor wat de thuiszorg betreft, behoren de volgende activiteiten tot de zorgdimensies:

1° activiteiten die deel uitmaken van de zorgdimensie lichamelijke zorg:

a) de dagelijkse lichaamszorg en comfortzorg:

- 1) hygiënische zorg uitvoeren: dagelijks toilet, wekelijks toilet, intiem toilet, bad, haarverzorging, voet- en nagelverzorging, mondhygiëne en reinigen van tanden of een kunstgebit, zorg voor een hoorapparaat, contactlenzen of een bril, scheren, opmaak en make-up, en babybadje en navelverzorging;
- 2) helpen bij het bewegen en verplaatsen, zowel binnenshuis als buitenshuis;
- 3) zorgen voor rust en slaap: ziekenbed installeren en opmaken, zorgvrager installeren in zijn bed of zetel, zorgen voor een goede houding;
- 4) helpen bij het omkleden, inclusief het kiezen van de gepaste kledij;
- 5) helpen bij het eten en drinken;
- 6) helpen bij de toiletgang: de zorgvrager begeleiden van en naar het toilet, het urinaal en de bedpan gebruiken, helpen bij incontinentie;
- 7) bijstand verlenen bij het gebruik van geneesmiddelen die vrij zijn van voorschrift van een arts;
- 8) de fysieke veiligheid van de gebruiker ondersteunen;
- 9) comfortzorg verlenen: maatregelen, handelingen en technieken die het verzorgen van zwaar zorgbehoevende personen comfortabeler laten verlopen, met minder pijn en ongemak;

b) de specifieke zorg voor zorgbehoevende personen:

- 1) ondersteuning bieden bij passieve of actieve beweging;
- 2) een verband of steunkousen aanbrengen (met uitzondering van compressie door middel van windels);
- 3) een prothese aanbrengen;
- 4) een stomazakje verversen bij een genezen stoma;
- 5) ondersteuning bieden bij een warmte- of koudebehandeling;
- 6) ondersteuning bieden bij het gebruik van aangepaste hulpmiddelen en verzorgingsmateriaal (met inbegrip van het vaststellen van de behoefte aan hulpmiddelen);

c) de uitvoering van zorgafspraken:

- 1) observeren en rapporteren volgens afspraak over temperatuur, mictie en stoelgang,

- waarneembare symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen, zoals ze werden aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige;
- 2) bijstand verlenen bij het gebruik van orale geneesmiddelen op voorschrift van een arts, toezien op het gebruik van geneesmiddelen, therapietrouw bevorderen en de stiptheid daarbij ondersteunen, bijstand verlenen bij het verzorgen van huidirritaties;
 - d) de toepassing van eerste hulp bij ongevallen zoals van elke burger verwacht mag worden, ongeacht de ernst van de situatie;
 - e) de zorg voor een goed functionerend lichaam:
 - 1) aanreiken van tips voor een gezonde levenswijze en een goede lichaamszorg: gezonde en aangepaste voeding, valpreventie en zorg voor voldoende slaap;
 - 2) ondersteuning bieden bij borstvoeding;
 - 3) besmettingen voorkomen: beschermingsmaatregelen tegen infectie toepassen, zowel bij zichzelf als bij de zorgvrager, en materialen reinigen en ontsmetten;
 - 4) immobiliteitsproblemen vermijden: drukletsels helpen voorkomen, verstijving en misgroeiingen helpen voorkomen, en ademhaling en bloedcirculatie helpen bevorderen;
 - 5) afspraken over de veiligheid van en het toezicht op zorgvragers (onder meer rusteloze en stervende personen) opvolgen en naleven;
- 2° activiteiten die deel uitmaken van de zorgdimensies psychosociale en pedagogische of agogische ondersteuning:
- a) het geven van aandacht en aanwezigheid verzekeren;
 - b) het opmerken en begrijpen van psychosociale en emotionele problemen en het bieden van ondersteuning bij de verwerking ervan;
 - c) de ondersteuning bij:
 - 1) sociale contacten;
 - 2) ontspanning;
 - 3) administratie en gezinsbudget;
 - 4) mobiliteitsproblemen;
 - 5) revalidatie en therapietrouw;
 - d) de bijzondere zorg en ondersteuning voor specifieke doelgroepen, zoals:
 - 1) kansarmen;
 - 2) psychisch zieken;
 - 3) jonge gezinnen voor en na de geboorte van een kind;
 - 4) personen met dementie;
 - 5) terminale zieken;
 - e) de (ped)agogische zorg voor kinderen, zoals:
 - 1) zorgen voor een baby;
 - 2) ondersteuning bieden bij de opvoeding;
 - 3) kinderen begeleiden bij spel en huiswerk;
 - 4) toezicht houden op kinderen;
 - f) het primair en secundair preventief handelen:
 - 1) ondersteunen van sociale vaardigheden;
 - 2) ondersteunen van de draagkracht van zorgvragers en mantelzorgers, problemen opvangen en signaleren en de zelfzorg stimuleren;
 - 3) opvangen en signaleren van crisissituaties, en de zorgvrager en zijn omgeving bijstaan in

moeilijke momenten;

4) voorkomen en signaleren van misbehandeling of verwaarlozing;

5) signaleren van suïcidaal gedrag.

HOOFDSTUK III. Voorwaarden voor het verstrekken van zorg- en bijstandsverlening

Art. 3.

De personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, zorgen voor de overdracht van alle relevante informatie aan de overige bij de zorgsituatie betrokken zorgverleners, vrijwilligers en mantelzorgers. Zij worden daarbij waar nodig bijgestaan door hun leidinggevende.

De overdracht van informatie, vermeld in het eerste lid, gebeurt bij voorkeur schriftelijk. Een overdracht via elektronische post of enig ander communicatiemiddel dat resulteert in een schriftelijk stuk, wordt ook als schriftelijk beschouwd.

Art. 4.

De personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, mogen de volgende activiteiten alleen uitvoeren op voorwaarde dat daarover duidelijke afspraken gemaakt zijn met de overige bij de zorgsituatie betrokken professionele zorgverleners:

1° observeren en rapporteren over temperatuur, mictie en stoelgang, waarneembare symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen, zoals ze werden aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige;

2° bijstand verlenen bij het gebruik van orale geneesmiddelen op voorschrift van een arts, toezien op het gebruik van geneesmiddelen, therapietrouw bevorderen en de stiptheid daarbij ondersteunen, bijstand verlenen bij het verzorgen van huidirritaties.

Die afspraken moeten schriftelijk vastgelegd zijn of deel uitmaken van het individuele zorgplan dat voor de gebruiker opgemaakt wordt. Afspraken die vastgelegd worden via elektronische post of enig ander communicatiemiddel dat resulteert in een schriftelijk stuk, worden ook als schriftelijk beschouwd.

De personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, kunnen nooit autonoom beslissen tot het uitvoeren van de activiteiten, vermeld in het eerste lid, 1° en 2°.

Art. 4/1.

Van de personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, wordt een permanente aandacht vereist voor de volgende signalen :

1° tekenen van roodheid;

2° huidirritatie;

3° tekenen van ademhalingsproblemen;

4° zwelling;

5° pijn;

6° nieuwe letsels;

7° tekenen van beginnende incontinentie, urineretentie, obstipatie;
8° plots gewichtsverlies;
9° tekenen van dreigende of aanwezige doorligwonden;
10° slikstoornissen;
11° tekenen van koorts;
12° plotse wijzigingen in het vermogen tot oriëntatie in tijd en ruimte;
13° plotse verwardheid;
14° tekenen van mogelijke nevenverschijnselen van medicatiegebruik;
15° potentiële of actuele valrisico's;
16° te weinig voedsel- of drankopname;
17° andere tekenen van plotse of langzaam vorderende, potentiële of actuele verslechtering van de gezondheidstoestand van de gebruiker.

Bij het vaststellen van een van de signalen, vermeld in het eerste lid, hebben de personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, de verantwoordelijkheid om contact op te nemen met een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep, in het bijzonder de huisarts of verpleegkundige die al bij de zorg van die gebruiker betrokken is, of de persoon die formeel werd aangewezen voor elke gebruiker.

De lijst van signalen, vermeld in het eerste lid, is niet limitatief en ontslaat de personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, niet van hun verplichting tot alertheid voor alle mogelijke signalen die een doorverwijzing zouden vergen.

Art. 5.

De personen, vermeld in artikel 1, 2°, die niet werken bij een welzijnsvoorziening als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, moeten zich laten registreren bij het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid voor zij beroepshalve activiteiten van zorg- en bijstandsverlening mogen verrichten. Het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid onderzoekt of de betrokkene beantwoordt aan de kwalificatievereisten, vermeld in artikel 6, en levert als bewijs van de registratie een inschrijvingsbewijs af. De registratieplicht geldt niet voor de personen, vermeld in artikel 12.

HOOFDSTUK IV. Kwalificatievereisten

Afdeling I. Algemene bepaling

Art. 6.

De personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, moeten aan een van de volgende voorwaarden voldoen:

1° ze beantwoorden aan de kwalificatievereisten voor het verzorgend personeel van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, vermeld in artikel 4, B, 2°, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;

2° ze zijn in het bezit van een conformiteitsattest dat werd uitgereikt met toepassing van artikelen 7 tot en met 11, met behoud van de toepassing van artikel 12.

Art. 6/1.

Artikel 6 is niet van toepassing op stagiairs. Onder een stagiair wordt verstaan: een leerling, student of cursist die in het kader van een leerprogramma dat georganiseerd wordt door een onderwijsinstelling of een opleidingscentrum, arbeid verricht bij een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, in vergelijkbare omstandigheden als de personeelsleden van die dienst, om beroepservaring op te doen.

De stage die de stagiair, vermeld in het eerste lid, loopt, moet deel uitmaken van een opleiding die leidt tot een van de studiebewijzen, vermeld in artikel 4, B, 2°, a) tot en met e), van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.

De stage, vermeld in het tweede lid, moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

1° ze wordt gelopen bij een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg die erkend is met toepassing van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;

2° ze bestaat uit twee delen. Tijdens het eerste deel loopt de stagiair mee met een verzorgend personeelslid, en verricht hij de activiteiten van zorg- en bijstandsverlening onder toezicht van dat personeelslid. Na dat eerste deel volgt er een tussentijdse evaluatie door de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de onderwijsinstelling of het opleidingscentrum waar de stagiair een opleiding volgt. De dienst bewaart een schriftelijk verslag van die evaluatie. Alleen bij een positieve tussentijdse evaluatie mag de stagiair het tweede deel van de stage aanvatten, waarin hij de activiteiten van zorg- en bijstandsverlening zelfstandig mag verrichten onder verwijderd toezicht.

Afdeling II. Erkenning van beroepskwalificaties van onderdanen van lidstaten van de Europese Economische Ruimte

Art. 7.

In deze afdeling wordt verstaan onder:

1° Richtlijn: de Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties;

2° lidstaat: een lidstaat van de Europese Unie, alsook IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland vanaf het ogenblik dat de Richtlijn op die landen van toepassing is;

3° het beroep: het beroepshalve verrichten van activiteiten als vermeld in artikel 2;

4° conformiteitsattest: de administratieve verklaring waarin staat dat een persoon het beroep mag verrichten, in uitvoering van de Richtlijn.

De definities, vermeld in artikel 3 van de Richtlijn, zijn mede van toepassing.

Art. 8.

§ 1. De onderdanen van een lidstaat, die houder zijn van een opleidingstitel die of bekwaamheidsattest dat in een lidstaat op wettige wijze is uitgereikt, kunnen een conformiteitsattest aanvragen in de volgende gevallen:

1° als hun opleidingstitel of bekwaamheidsattest in een lidstaat verplicht wordt gesteld voor de uitoefening van het beroep op zijn grondgebied en de opleidingstitel of het bekwaamheidsattest blijk geeft van een beroepskwalificatieniveau als vermeld in artikel 11 van de Richtlijn, dat ten minste gelijkwaardig is aan het niveau onmiddellijk voorafgaand aan het door de Vlaamse Gemeenschap vereiste beroepskwalificatieniveau;

2° als ze tijdens de voorafgaande tien jaar gedurende twee jaar voltijds het beroep hebben uitgeoefend in een lidstaat waar het beroep niet gereglementeerd is en als de opleidingstitel of het bekwaamheidsattest blijk geeft van een beroepskwalificatieniveau als vermeld in punt 1°, en aantoonst dat de houder op de uitoefening van het beroep voorbereid is.

De beroepsuitoefening gedurende twee jaar, vermeld in het eerste lid, 2°, is niet vereist als de aanvrager met zijn opleidingstitel een gereglementeerde opleiding als vermeld in artikel 13, lid 2, derde alinea, van de Richtlijn heeft afgesloten.

§ 2. De onderdanen van een lidstaat, die houder zijn van een opleidingstitel die in een staat die geen lidstaat is, op wettige wijze is uitgereikt, kunnen een conformiteitsattest aanvragen als ze aan de volgende voorwaarden voldoen:

1° hun opleidingstitel geeft blijk van een beroepskwalificatieniveau als vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 1°;

2° ze hebben in het beroep een beroepservaring van minstens drie jaar op het grondgebied van een lidstaat die de opleidingstitel heeft erkend en die de beroepservaring bevestigt.

§ 3. De aanvraag voor een conformiteitsattest wordt ingediend bij het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid. Ze bevat minstens de volgende documenten:

1° het nationaliteitsbewijs van de aanvrager;

2° een kopie van de opleidingstitels of bekwaamheidsattesten, vermeld in de aanvraag;

3° een verklaring van een bevoegde autoriteit van de lidstaat waaruit blijkt dat de aanvrager op basis van de voorgelegde opleidingstitel of het voorgelegde bekwaamheidsattest in die lidstaat het beroep kan uitoefenen;

4° voor zover dat van toepassing is, een verklaring van een bevoegde autoriteit van de lidstaat, waaruit blijkt dat de opleidingstitel van de aanvrager, behaald in een ander land dan een lidstaat, door die lidstaat erkend is als toegang tot het desbetreffende gereglementeerde beroep en die bevestigt dat de betrokkene over de vereiste beroepservaring beschikt;

5° voor zover dat van toepassing is, documenten die relevante beroepservaring kunnen aantonen.

De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, kan bepalen dat voor de aanvraag een formulier wordt gebruikt, waarvan hij het model vaststelt.

Art. 9.

Binnen vijftien dagen na de ontvangst van de aanvraag brengt het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid de aanvrager daarvan op de hoogte en bezorgt het agentschap de aanvraag aan een extern adviesbureau. Dat adviesbureau wordt aangewezen met toepassing van de regelgeving betreffende de overheidsopdrachten en sommige opdrachten voor aanneming van werken, leveringen en diensten. Met behoud van de toepassing van artikel 10, § 2, zorgt het adviesbureau voor een objectieve en kwaliteitsvolle advisering aan het agentschap over de aanvragen voor een conformiteitsattest en biedt het daarvoor de vereiste waarborgen.

Binnen vijftien dagen na de ontvangst van de aanvraag gaat het adviesbureau na of de aanvraag volledig is en vraagt het zo nodig aanvullende informatie of documenten op bij de aanvrager of bij een bevoegde autoriteit of enige andere instelling van de lidstaat in kwestie. Als documenten niet in het Nederlands zijn opgesteld, kan het adviesbureau vragen ze te laten vertalen door een beëdigde vertaler, gevestigd in een lidstaat. Binnen twee maanden na de ontvangst van de aanvraag of, als de aanvraag onvolledig was, na de ontvangst van alle ontbrekende informatie of documenten, bezorgt het adviesbureau over de aanvraag een gemotiveerd advies aan het agentschap.

Binnen vijftien dagen na ontvangst van het advies, vermeld in het tweede lid, wordt de beslissing van de administrateur-generaal van het agentschap aan de aanvrager meegedeeld. De administrateur-generaal kan slechts één van de volgende beslissingen nemen:

- 1° een conformiteitsattest wordt afgeleverd;
- 2° een conformiteitsattest wordt niet afgeleverd omdat de aanvrager nog aangeduide tekorten moet wegwerken via compenserende maatregelen als vermeld in artikel 10;
- 3° een conformiteitsattest wordt niet afgeleverd omdat de toepassingsvoorwaarden van de Richtlijn niet vervuld zijn.

Art. 10.

§ 1. De tekorten, vermeld in artikel 9, derde lid, 2°, kunnen slechts een van de volgende zijn:

- 1° een verschil in duur van de opleiding, die ten minste één jaar korter is dan de duur van de in de Vlaamse Gemeenschap vereiste opleiding;
- 2° wezenlijk verschillende vakken tijdens de opleiding of wezenlijke verschillen in de beroepsinhoud.

De tekorten kunnen, volgens de modaliteiten van artikel 14 van de Richtlijn, gecompenseerd worden op een van de volgende wijzen:

- 1° succesvol een proeve van bekwaamheid afleggen;
- 2° succesvol een aanpassingsstage van ten hoogste drie jaar doorlopen.

Als de aanvrager de aangeduide tekorten via een compenserende maatregel succesvol weggewerkt heeft, levert de administrateur-generaal van het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid hem het conformiteitsattest af.

§ 2. Het adviesbureau, vermeld in artikel 9, eerste lid, zorgt voor de organisatie van de proeve

van bekwaamheid, vermeld in paragraaf 1, tweede lid, 1°, en deelt in een gemotiveerd verslag aan het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid mee of ze al dan niet succesvol werd afgelegd.

Dat adviesbureau zorgt voor de organisatie en de opvolging van de aanpassingsstage, vermeld in paragraaf 1, tweede lid, 2°, en deelt na het einde van de stageperiode in een gemotiveerd verslag aan het agentschap mee of de stage al dan niet succesvol werd doorlopen.

Art. 11.

Het conformiteitsattest vermeldt de naam, de voornaam, de geboorteplaats en -datum van de aanvrager en de redenen waarom de aanvrager voldoet aan de voorwaarden voor de toepassing van de Richtlijn. Het wordt bekleed met het zegel van de Vlaamse Gemeenschap.

Art. 12.

De onderdanen van een lidstaat die hun beroepskwalificaties hebben verworven in een lidstaat, kunnen het beroep tijdelijk en incidenteel uitoefenen als ze op wettige wijze gevestigd zijn in een lidstaat om er hetzelfde beroep uit te oefenen. Alleen als het beroep of de opleiding die tot het beroep toegang verleent, in die lidstaat niet gereguleerd is, moeten ze tevens in die lidstaat tijdens de tien voorafgaande jaren gedurende ten minste twee jaar het beroep hebben uitgeoefend.

Vooraleer ze een eerste maal het beroep uitoefenen in het Nederlandse taalgebied, bezorgen ze het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid een schriftelijke verklaring met daarin gegevens betreffende de verzekeringsdekking of soortgelijke individuele of collectieve vormen van bescherming inzake beroepsaansprakelijkheid. Die verklaring gaat vergezeld van de volgende documenten:

- 1° het bewijs van nationaliteit van de betrokken persoon;
- 2° een attest dat de betrokken persoon rechtmatig in een lidstaat gevestigd is om er het beroep uit te oefenen en dat hem op het moment van afgifte van het attest geen beroepsuitoefeningsverbod is opgelegd, ook al is het maar tijdelijk;
- 3° het bewijs van beroepskwalificaties;
- 4° voor zover van toepassing, enig bewijs dat de betrokken persoon het beroep in de tien voorafgaande jaren gedurende ten minste twee jaar heeft uitgeoefend op het grondgebied van de lidstaat van vestiging.

Binnen een maand na elke wezenlijke verandering in de situatie, gestaafd door een document als vermeld in het tweede lid, dient aan het agentschap een aangepast document te worden bezorgd.

Het agentschap kan de bevoegde autoriteiten van de lidstaat waar de betrokken persoon zich gevestigd heeft om het beroep uit te oefenen, verzoeken om alle informatie over de rechtmatigheid van de vestiging en het goede gedrag van de betrokken persoon, alsook het ontbreken van eventuele tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregelen in verband met de beroepsuitoefening.

Het beroep wordt verricht onder de beroepstitel van de lidstaat waar de persoon zich heeft gevestigd om het beroep uit te oefenen. Die titel wordt vermeld in een officiële taal van die lidstaat. Als de beroepstitel in die lidstaat niet bestaat, wordt de opleidingstitel vermeld in een officiële taal van die lidstaat.

HOOFDSTUK V. Toezicht [en sancties (ing. BVR 18 november 2011, art. 5, I: 26 december 2011)]

Art. 13.

Het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid en het intern verzelfstandigd agentschap Zorginspectie oefenen ter plaatse of op stukken toezicht uit op de naleving van de bepalingen van hoofdstuk III van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, voor wat de toepassing ervan op de personen, vermeld in artikel 1, 1° en 2°, betreft, en van dit besluit.

Art. 13/1.

De administrateur-generaal van het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid kan overeenkomstig of ter uitvoering van artikel 9 van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening een administratieve geldboete opleggen aan :

1° personen die beroepshalve activiteiten van zorg- en bijstandsverlening verrichten in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker zonder te voldoen aan een van de voorwaarden, vermeld in artikel 6;

2° personen, met uitzondering van gebruikers, die een persoon als vermeld in punt 1°, belasten met het verrichten van activiteiten van zorg- en bijstandsverlening in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker;

3° personen die beroepshalve activiteiten van zorg- en bijstandsverlening verrichten in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker zonder de bepalingen vermeld in artikel 6 van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening en in artikel 3, 4 en 4/1 van dit besluit, na te leven;

4° personen, vermeld in artikel 1, 2°, die niet werken bij een welzijnsvoorziening als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, en die beroepshalve activiteiten van zorg- en bijstandsverlening verrichten in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker, zonder de registratieplicht, vermeld in artikel 5, na te leven.

De beslissing van de administrateur-generaal waarin een administratieve geldboete wordt opgelegd, wordt aangetekend met kennisgeving van ontvangst aan de betrokkene bezorgd. De beslissing vermeldt het bedrag van de administratieve geldboete en de wijze waarop de administratieve geldboete moet worden betaald binnen een termijn van dertig dagen na de ontvangst van de beslissing.

Art. 13/2.

Als de betrokkene de administratieve geldboete, vermeld in artikel 13/1, weigert te betalen, wordt de geldboete ingevorderd door de ambtenaren, vermeld in artikel 2, eerste lid, van het

decreet van 22 februari 1995 tot regeling van de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren.

De ambtenaren, vermeld in het eerste lid, kunnen een dwangbevel geven en uitvoerbaar verklaren.

HOOFDSTUK VI. Wijzigingsbepalingen

Art. 14.

Aan artikel 1 van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 18 december 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 17 januari 2003, 17 maart 2006, 8 september 2006 en 19 juli 2007, wordt een tweede lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

« De huishoudelijke hulp, vermeld in het eerste lid, 1°, bestaat uit de volgende activiteiten:

1° de organisatie van het huishouden;

2° de zorg voor de maaltijden: maaltijden bereiden (inclusief dieetvoorschriften en babyvoeding), inmaken en bewaren van voedingswaren voor gezinsverbruik, opdienen, afruimen en afwassen;

3° de zorg voor kledij en linnen: wassen, strijken en verstellen;

4° de zorg voor woon- en leefklimaat: leefruimten hygiënisch onderhouden, bedden opmaken en verversen, zorgen voor planten in de woning en zorgen voor huisdieren;

5° het doen van boodschappen;

6° de zorg voor veiligheid en hygiëne in de woning. »

Art. 15.

In artikel 3, B, van bijlage I bij het besluit van de Vlaamse Regering van 18 december 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 17 maart 2006, 10 oktober 2008 en 12 december 2008, wordt punt 1° vervangen door wat volgt:

« 1° een dienst stelt doorlopend minstens drie voltijdse equivalenten verzorgend personeel tewerk. De verzorgende personeelsleden van de dienst verrichten de activiteiten, vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009 tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg, met inachtneming van artikel 3 en 4 van dat besluit; ».

HOOFDSTUK VII. Slotbepalingen

Art. 16.

De bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 18 december 1998, 31 maart 2006 en 12 januari 2007, wordt opgeheven.

Art. 17.

Voor de personen, vermeld in artikel 1, 1°, en voor de personen, vermeld in artikel 1, 2°, die werken bij een welzijnsvoorziening als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, treden artikelen 7, 8, 10 en 11 van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in werking op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit.

Voor de personen, vermeld in artikel 1, 2°, die niet werken bij een welzijnsvoorziening als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, treedt het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, met uitzondering van artikel 9, in werking op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit.

Art. 18.

De personen, vermeld in artikel 1, 2°, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van dit besluit al beroepshalve activiteiten van zorg- en bijstandsverlening verrichten, moeten uiterlijk op 30 juni 2010 voldoen aan de kwalificatievereisten, vermeld in artikel 6.

De personen, vermeld in artikel 1, 2°, die niet werken bij een welzijnsvoorziening als vermeld in artikel 2, 3°, van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, en die op het ogenblik van de inwerkingtreding van dit besluit al beroepshalve activiteiten van zorg- en bijstandsverlening verrichten, moeten uiterlijk op 30 juni 2010 voldoen aan de registratieverplichting, vermeld in artikel 5.

Art. 19.

Dit besluit wordt aangehaald als: besluit betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg.

Art. 20.

Artikel 6, eerste lid, 2°, en artikelen 8 tot en met 11 treden in werking op 1 januari 2010.

Art. 21.

De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.

BIJLAGE 2: DE ENQUÊTE

Ik ben Brenda Ketelslegers en doe een onderzoek binnen gezinszorg over personen met Alzheimer dementie. Voor personen met Alzheimer dementie is het belangrijk dat zij in hun vertrouwde omgeving blijven. Daarom doe ik dit onderzoek om te weten welke hulp personen met Alzheimer dementie binnen gezinszorg nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven. De enquête neemt 20 minuten tijd in beslag.

Deel 1 : Algemeen

1. Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. Wat is uw burgerlijke staat?
 - Ongehuwd
 - Gehuwd
 - Weduenaar/Weduwe
 - Gescheiden

4. Wat is uw leefsituatie?
 - Alleenwonend
 - Samenwonend met partner
 - Samenwonend met partner en kinderen
 - Inwonend bij kinderen

5. Wat is uw woonsituatie?
 - Een eigen woning
 - Een huurwoning
 - Ouderenwoning
 - Andere:.....

Deel II: De persoon zelf

6. Cognitie

a. Vergeten

I. Vergeet u (steeds) welke dag het is?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

II. Vergeet u regelmatig gebeurtenissen die kort geleden gebeurd zijn?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

III. Kan u recente gehoorde verhalen of mededelingen niet meer na vertellen?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

b. Herhalen

IV. Valt u ook in herhaling zonder het zelf door te hebben?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

V. Vertelt u regelmatig hetzelfde verhaal tijdens een gesprek?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

c. Taal

VI. Kan u regelmatig niet op bepaalde woorden komen?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

VII. Verliest u snel de draad van een verhaal?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

d. Begrip

VIII. Heeft u moeite om een gesprek te begrijpen?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

IX. U kan antwoorden op alle vragen?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

7. Dagelijks functioneren

e. Oriënteren

X. Haalt u tijden en plaatsen door elkaar?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

8. Gedrag

f. Facadevorming

XI. Verzint u uitvluchten?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

g. Afhankelijkheid

XII. Hebt u hulp nodig bij bepaalde zaken zoals het huishouden, geld,...?

- Ja
- Twijfel
- Nee
- Niet vast te stellen

9. Het wassen van u zelf:

- kan u zelf zonder hulp
- gedeeltelijke hulp nodig om u te wassen onder de gordel
- gedeeltelijke hulp nodig om u te wassen zowel boven als onder de gordel
- volledig hulp nodig bij het wassen

10. Het aan- en uitkleden:

- kan u zelf zonder hulp
- gedeeltelijke hulp nodig om zich onder de gordel aan te kleden
- gedeeltelijke hulp nodig om zich zowel boven als onder de gordel
- volledig hulp nodig bij het aan- en uitkleden

11. Bij het verplaatsen:

- volledig zelfstandig opstaan en zonder hulp van derde verplaatsen
- zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt hulpmiddelen om u zelfstandig te verplaatsen
- volstrekte hulp van derde nodig om op te staan en te verplaatsen
- bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen

12. Bij het toiletbezoek kan u:

- alleen en kan uzelf reinigen
- gedeeltelijk hulp nodig van derde om naar het toilet te gaan en om zich te reinigen
- volledig geholpen worden om naar het toilet te gaan of zichzelf te reinigen
- niet naar het toilet kunnen gaan of evenmin op een toiletstoel

13. Het ophouden van urine en ontlasting:

- geen probleem
- gedeeltelijk een probleem
- groot probleem

14. Eten van voedsel kan u:

- alleen
- vooraf hulp nodig om te eten of te drinken
- gedeeltelijk hulp nodig tijdens eten of drinken
- u wordt gevoed

15. Activiteiten uit het dagelijks leven:

XIII. Kan u telefoneren?

- zonder enige hulp (inclusief opzoeken van nummers)
- met enige hulp (bij noodgeval in staat; hulp bij het kiezen)
- niet in staat (niet zelfstandig)

- XIV. Kan u voor u zelf koken?
- zonder enige hulp (bedenkt en bereidt)
 - met enige hulp (met hulp een deel van de maaltijd bereiden)
 - niet in staat (om te koken)
- XV. Kan u uw eigen boodschappen doen en beschikt over vervoer?
- zonder enige hulp (bedenkt en haalt)
 - met enige hulp
 - niet in staat (niet alleen boodschappen doen)
- XVI. Kan u plaatsen bereiken die buiten loopafstand liggen?
- zonder enige hulp (zelfstandig reizen of auto rijden)
 - met enige hulp (zelfstandig reizen mogelijk, maar heeft assistentie nodig)
 - niet in staat (niet zelfstandig reizen)
- XVII. Kan u huishoudelijk werk doen?
- zonder enige hulp (poetsen)
 - met enige hulp (licht huishoudelijk werk)
 - niet in staat (niet zelfstandig uitvoeren van huishoudelijke werkzaamheden)
- XVIII. Kan u je medicijnen innemen?
- zonder hulp (juiste dosering op de juiste tijd)
 - met enige hulp (worden klaargezet of moet eraan herinnert worden)
 - niet in staat (niet zonder toezicht)
- XIX. kan u je eigen geldzaken regelen?
- zonder hulp (zelfstandig betalen)
 - met enige hulp (dagdagelijkse uitgaven, hulp bij betalingen)
 - niet in staat (niet regelen)

Deel III: De mantelzorgers

In dit gedeelte gaat u gevraagd worden naar de frequentie en ernst van het gedrag. Frequentie wordt gescoord als:

- 1: Soms - minder dan een keer per week
- 2: Regelmatig - ongeveer een keer per week
- 3: Vaak - meerdere keren per week, maar minder dan iedere dag
- 4: Heel vaak - dagelijks of vrijwel continu aanwezig

Ernst wordt gescoord als:

- 1: Licht - weinig belastend voor de patiënt
- 2: Matig - belastend voor de patiënt, maar de verzorgende kan het gedrag goed corrigeren
- 3: Ernstig - zeer storend voor de patiënt, en moeilijk te corrigeren gedrag

A. Wanen

Is hij/zij overtuigd van bepaalde gedachten waarvan u weet dat ze niet waar zijn?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Gelooft hij/zij dat er gevaar dreigt, dat anderen van plan zijn om hem/haar te kwetsen of pijn te doen?
- Denkt hij/ zij dat anderen hem/haar bestelen?
- Denkt hij/zij dat er ongenodigde gasten in zijn/haar huis zijn?
- Gelooft hij/zij dat zijn/haar partner of anderen niet zijn wie ze zeggen dat ze zijn?
- Gelooft hij/zij dat personen van televisie of uit tijdschriften ook daadwerkelijk in huis zijn? (met hen praten of op een andere manier contact zoeken?)
- Gelooft hij/zij in andere ongewone of vreemde zaken die ik nog niet genoemd heb?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4 - 5

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

B. Hallucinaties

Ziet hij/zij iets dat er niet is of hoort hij/zij stemmen of geluiden die een ander niet kan horen?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Spreekt hij/zij tegen mensen die er niet zijn?
- Zegt hij/zij iets te ruiken wat een ander niet ruikt?
- Zegt hij/zij iets te voelen op zijn/haar huid? Of lijkt het alsof hij/zij iets voelt kruipen of kriebelen of dat iets hem/haar aanraakt?

- Zegt hij/zij iets te proeven zonder dat daar een duidelijke reden voor is?
- Heeft hij/zij u over andere ongewone gewaarwordingen verteld?

- Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4
- Ernst: 1 - 2 - 3

C. Agressie

Weigert hij/zij mee te werken, of laat zich niet helpen door een ander? Is hij/zij lastig om mee te gaan?

Ja / Nee

- Subvragen
 - Is hij/zij koppig of eigenwijs? Wil hij/zij dat alles moet gaan zoals hij/zij dat wenst?
 - Vloekt of schreeuwt hij/zij kwaad?
 - Probeert hij anderen pijn te doen of anderen te slaan?
 - Zijn er andere gedragingen die het moeilijk maken om hem/haar te begeleiden?
 - Slaat hij/zij met deuren, schopt hij/zij tegen meubilair of smijt hij/zij met voorwerpen?
 - Is hij/zij nog op een andere manier agressief?

- Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4
- Ernst: 1 - 2 - 3

D. Depressie

Lijkt het alsof hij/zij zich verdrietig of depressief is of zegt hij/zij dat hij/zij zich somber voelt?

Ja / Nee

- Subvragen
 - Heeft hij/zij perioden dat hij/zij veel huilt of wat er op wijst dat hij/zij verdrietig is?

- Doet of zegt hij/zij iets waaruit op te maken valt dat hij/zij verdrietig is?
- Zegt hij/zij dat hij/zij een slecht persoon is of een straf verdient?
- Haalt hij/zij zichzelf naar beneden of zegt hij/zij zichzelf niets waard te vinden, een mislukkeling te vinden?
- Lijkt hij/zij erg ontmoedigd of zegt hij/zij dat de toekomst hem/haar niets te bieden heeft?
- Zijn er andere signalen waaruit blijkt dat hij/zij verdrietig of depressief is?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

E. Angst

Is hij/zij nerveus, bezorgd of schrikachtig zonder duidelijke reden? Lijkt hij/zij erg gespannen, rusteloos of zenuwachtig? Is hij/zij bang om alleen te zijn zonder u?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Voelt hij/zij zich wel eens trillerig, niet in staat om zich te ontspannen of erg gespannen?
- Komt het voor dat hij/zij last heeft van kortademigheid, het moeten happen naar lucht, of zuchten, zonder duidelijke reden dan nervositeit?
- Klaagt hij/zij over kriebels in zijn/haar buik of over hartkloppingen die samengaan met nervositeit?
- Vermijdt hij/zij bepaalde plaatsen of situaties die hem/haar nerveus maken, zoals auto rijden, vrienden ontmoeten,...?
- Wordt hij/zij zenuwachtig of overstuur wanneer u weggaat?
- Is er nog iets anders dat erop wijst dat hij/zij angstig is?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

F. Opgetogenheid

Lijkt hij/zij zich opgewekt/goed te voelen zonder duidelijke aanleiding,
Ja / Nee

➤ Subvragen

- Vindt hij/zij iets grappig of lacht hij/zij ergens om waar een ander de humor niet van inziet?
- Lijkt het alsof hij/zij kinderachtig gevoel voor humor heeft en giechelt of ongepast lacht?
- Vertelt hij/zij moppen of plaatst zijn opmerkingen die hij/zij zelf wel grappig vindt, maar waar anderen niet mee kunnen lachen?
- Haakt hij/zij kinderachtige streken uit? (bv: verstopperkje, knijpen voor de grap)
- Schept hij/zij op? (bv: zeggen dat hij/zij rijk is, terwijl dit niet zo is)
- Is er nog iets anders waaruit blijkt dat hij/zij zich goed of te opgewekt voelt?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

G. Onverschilligheid

Lijkt hij/zij minder geïnteresseerd te zijn in zijn gewone activiteiten of in de activiteiten en plannen van een ander?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Lijkt hij/zij minder spontaan en minder actief dan gewoonlijk?
- Begint hij/zij minder aan een gesprek?
- Helpt hij/zij bij het uitvoeren huishoudelijke taken?
- Heeft hij/zij geen belangstelling meer voor vrienden of familie?
- Is hij/zij minder enthousiast over zaken die hem gewoonlijk interesseren?
- Is er nog iets anders waaruit blijkt dat hij/zij geen interesse heeft om iets nieuws te gaan doen?

- Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4
- Ernst: 1 - 2 - 3

H. Ontremd gedrag

Handelt hij/zij impulsief zonder over de gevolgen na te denken?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Praat hij/zij tegen onbekenden alsof hij/zij ze goed kent?
- Maakt hij/zij kwetsende of tactloze opmerkingen tegen anderen?
- Maakt hij/zij botte opmerkingen, die hij/zij normaal gesproken nooit gezegd zou hebben?
- Praat hij/zij openlijk over zeer persoonlijke of privé zaken? (Je spreekt hierover niet in het openbaar)
- Is hij/zij handtastelijk of knuffelt met anderen, op een manier dat het niet past bij hem/haar?
- Is er nog iets anders dat er op wijst dat hij/zij zijn/haar impulsen minder onder controle heeft?

Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

- Ernst: 1 - 2 - 3

I. Prikkelbaarheid

Is zijn/haar stemming veranderlijk? Is hij/zij ongeduldig of snel geïrriteerd? Kan hij/zij er niet goed tegen als iets vertraagd of als hij/zij moet wachten op een geplande activiteit?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Is hij/zij opvliegend, schiet gemakkelijk uit zijn/haar slof om iets kleins?
- Verandert hij/zij snel van stemming? Het ene moment is alles nog goed en het andere moment is hij/zij kwaad?
- Heeft hij/zij plotse woede-uitbarstingen?

- Kan hij/zij moeilijk omgaan met een vertraging of het moeten wachten op een activiteit die gepland is?
- Gaat hij/zij snel in discussie en is het moeilijk met hem/haar op te schieten?
- Is er nog iets anders wat er op wijst dat hij/zij prikkelbaar is?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

J. Doelloos repetitief gedrag

Loopt hij/zij steeds doelloos rond? Doet hij/zij telkens dezelfde handelingen?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Loopt hij/zij rond te zoeken en te rommelen met spullen? (bv: openen van laden)
- Kleed hij/zij zich herhaaldelijk aan en dan weer uit?
- Zijn er gewoonten of activiteiten die hij/zij constant herhaalt?
- Doet hij/zij telkens dezelfde handelingen zoals ergens aan plukken?
- Beweegt hij/zij zenuwachtig, alsof hij/zij zich stil kan blijven zitten of schuift met de voeten heen en weer of trommelt vaak met de vingers?
- Zijn er andere activiteiten die hij/zij telkens weer herhaalt?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

K. nachtelijke onrust

Heeft hij/zij moeite met slapen? Maakt hij/zij u 's nachts wakker, staat te vroeg op of doet te vaak een dutje overdag?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Staat hij/zij 's nachts op? (toilet telt niet)
- Loopt hij/zij doelloos rond of is hij/zij bezig met ongebruikelijke activiteiten?

- Wordt hij/zij 's nachts wakker en kleed hij/zij zich dan aan in de veronderstelling dat het al morgen is en tijd om aan een nieuwe dag te beginnen?
- Wordt hij/zij 's ochtends vroeg wakker?
- Slaapt hij/zij buitensporig veel overdag?
- Is hij/zij 's nachts nog met iets anders bezig dat u hindert, waar we het nog niet over gehad hebben?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

L. Eetgedrag

Is hij/zij afgefallen of in gewicht aangekomen, of is zijn voorkeur voor eten veranderd?

Ja / Nee

➤ Subvragen

- Is zijn/haar eetlust vermindert of toegenomen?
- Is zijn/haar eetgedrag veranderd zoals teveel eten tegelijkertijd in de mond stoppen?
- Heeft hij/zij bepaald eetgedrag ontwikkeld zoals elke dag precies hetzelfde willen eten of alles in dezelfde volgorde opeten?
- Zijn er andere veranderingen in de eetlust en het eetgedrag die ik hier nog niet genoemd heb?

➤ Frequentie: 1 - 2 - 3 - 4

➤ Ernst: 1 - 2 - 3

M. Hoe belast zijn deze gedragingen voor u?

0 Geen

1 Minimaal

2 Licht

3 Matig

4 Ernstig

5 Zeer ernstig of extreem