

TECHNOLOGIE  
THUIS · NU!



## Rapport WWZ Haaglanden

Behoeftenonderzoek naar woningaanpassing  
voor mensen met dementie

Langer zelfstandig thuis wonen dankzij bewezen  
technische zorgoplossingen!



WWZ Haaglanden  
Van Vredenburgweg 71  
2282 SE Rijswijk  
Tel: 070-3192628

---

## Behoeftenonderzoek naar woningaanpassing voor mensen met dementie

In opdracht van:  
OTIB

November 2008

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>Dankwoord</b>	<b>3</b>
<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>Hoofdstuk 1: Dementie - Het ziektebeeld</b>	
<b>5</b>	
1.1 Stemmingsproblemen	7
1.2 Psychotische problemen	8
1.3 Onrustig gedrag	9
1.4 Lichamelijke ongemakken bij dementie	10
<b>Hoofdstuk 2: Omgang en hulpmiddelen</b>	
<b>12</b>	
2.1 Omgang en hulpmiddelen bij stemmingsproblemen	13
2.2 Omgang en hulpmiddelen bij onrust	13
2.3 Omgang en hulpmiddelen bij lichamelijke ongemakken	14
2.4 Veiligheid in huis	15
<b>Hoofdstuk 3: De invloed van licht</b>	
<b>18</b>	
<b>Hoofdstuk 4: Snoezelen</b>	<b>20</b>
<b>Hoofdstuk 5: Jong dementerenden</b>	
<b>21</b>	
<b>Hoofdstuk 6: De behoeften van de verzorger</b>	
<b>23</b>	
<b>Hoofdstuk 7: Domotica</b>	<b>25</b>
<b>Hoofdstuk 8: Bronnen en kennisplatforms</b>	
<b>27</b>	
8.1 Bronnen	27
8.2 Kennisplatforms	28
<b>Bronvermelding</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage: mogelijkheden van aanpassing (lijst)</b>	
<b>31</b>	

## **DANKWOORD**

Hierbij bedanken wij alle deelnemers aan de brainstormsessies en discussies die naar aanleiding van dit onderwerp georganiseerd zijn.

<b>Mevr. A. Ahling</b>	<b>Stichting Sint Jacob</b>
<b>Dhr. W. Bastein</b>	<b>OTIB</b>
<b>Mevr. I. Dorré</b>	<b>Stichting CCC Zorg</b>
<b>Dhr. M. Droog</b>	<b>Technische Unie</b>
<b>Mevr. G. Filemon</b>	<b>WoonZorgcentra Haaglanden</b>
<b>Dhr. P. Heuzinkveld</b>	<b>Tektor Achitecten</b>
<b>Dhr. P. Huizer</b>	<b>Technische Unie</b>
<b>Mevr. J. Meerveld</b>	<b>Alzheimer Nederland</b>
<b>Dhr. E. A. van Nieuwenhuijsen</b>	<b>Smit &amp; Van der Linden b.v.</b>
<b>Mevr. E. Pet</b>	<b>WWZ Haaglanden</b>
<b>Mevr. J. Poortvliet</b>	<b>Cardia</b>
<b>Mevr. R. van Woerden</b>	<b>Rijnland Zorggroep</b>

## INLEIDING

In Nederland willen we graag steeds langer zelfstandig blijven wonen. Dat geldt voor oudere mensen, maar ook voor andere mensen met een beperking. De ondersteuning die zij nodig hebben, is steeds meer in gewone woningen beschikbaar. Ook in het geval van dementie blijven ouderen steeds langer thuis wonen. Vaak met hun eigen partner als mantelzorger, al dan niet ondersteund door een professionele zorgverlener. Opname vindt minder snel plaats dan vroeger, en het voor de dementerende vaak ook beter om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Herkenning is immers een stukje houvast bij het verliezen van het geheugen. Sommige verschijnselen van dementie kunnen echter heel belastend zijn voor de partner of mantelzorger van een dementerende.

Inmiddels zijn er technieken en hulpmiddelen beschikbaar om zorgverlener en mantelzorger meer rust te geven bij de verzorging van een dementerende. Deze technologieën zijn echter vaak zeer ingewikkeld. Een voorbeeld is het gebruik van beveiligingscamera's of het integreren van een chip in de schoenen van de dementerende. Hiermee kan dwaalgedrag, geregistreerd en gedetecteerd kan worden. Ook wordt geëxperimenteerd met het gebruik van vingerafdrukken voor het openen van deuren en valdetectie. Deze oplossingen zijn vaak bewerkelijk en kostbaar. Een ander nadeel is dat oplossingen vaak door de dementerende niet meer begrepen en eigen gemaakt kunnen worden. Er kan zelfs een angst voor ontstaan.

In dit onderzoek is gekeken naar de verschijnselen van dementie en welke uitingsvormen deze kennen. Daarmee wordt ook duidelijk welke lasten de mantelzorger en professionele verzorger ervaren. Er blijken verschillende basale zaken te zijn die invloed hebben op het welzijn van de dementerende en daarmee zijn verzorgenden. Door hier in de woonomgeving rekening mee te houden kunnen verschillende zorgen voor een groot deel weggenomen worden. Deze rapportage zet uiteen welke eenvoudige (hulp)middelen toepasbaar zijn om dementerenden langer thuis te laten wonen en het hun verzorgers makkelijker te maken.

## HOOFDSTUK 1: DEMENTIE - HET ZIEKTEBEELD

Dementie is een ziekte waarbij verschillende hersenfuncties achteruitgaan. Daardoor ontstaan problemen met het geheugen, het spreken en begrijpen, het uitvoeren van handelingen, het herkennen van dingen en mensen en het maken van plannen en het organiseren. Er zijn verschillende vormen van dementie. De bekendste is de ziekte van Alzheimer. Hierbij gaan hersencellen verloren, zonder dat precies bekend is hoe dat komt. Daarnaast kan dementie optreden bij stoornissen in de bloedvaten van de hersenen. Sommige hersencellen krijgen daardoor minder bloed. Dit noemt men vasculaire dementie. Deze vormen komen vaak samen voor. Andere ziekten die dementie tot gevolg hebben zijn het Korsakov syndroom, Lewy body dementie, de Ziekte van Creutzfeldt-Jakob, de Ziekte van Parkinson en de Ziekte van Pick. Bij deze ziekten uit de dementie zich op verschillende manieren. In deze notitie zijn al deze symptomen meegenomen. Genezing van dementie is niet mogelijk. Iemand gaat op den duur steeds verder achteruit. Bij dementie duurt het gemiddeld zes tot acht jaar voordat iemand in een verpleeghuis moet worden opgenomen. Dementie begint vaak met een verminderd besef van tijd. Iemand weet bijvoorbeeld niet meer welk seizoen, maand, of dagdeel het is. Hoewel de meeste mensen bij dementie denken aan geheugenklachten, komen ook gedragsproblemen veel voor. Deze zijn erg belastend voor zowel de dementerende als zijn omgeving. Het gaat hierbij om stemmingsproblemen, psychotische problemen en onrustig gedrag. <sup>[1,2]</sup>

Binnen het ziektebeeld onderscheidt men drie stadia met verschillende eigenschappen. Het onderstaande overzicht laat een verzameling eigenschappen zien, samengesteld uit verschillende bronnen.

### Stadium 1: Lichte dementie

- Verminderd beoordelingsvermogen (agnosie)
  - De als/dan vraag wordt moeilijker te beantwoorden.
  - Het hypothetisch denken neemt af
  
- Verminderd waarnemingsvermogen
  - Wel besef van de ziekte maar geen inzicht in wat er daardoor gebeurt.
  
- Verminderd sociaal aanpassingsvermogen ('decorum-verlies')
  - Egocentrisch handelen.
  - Onbegrip voor formele regels.
  - Milde vorm van ontremd gedrag.
  
- Vergeetachtigheid (korte termijn-geheugenverlies); meestal eerst achteruitgang van het korte-termijn en daarna van het lange-termijn geheugen
- Trager denken (cognitieve stoornissen)
- Minder goed taalgebruik (afasie)
- Trager handelen
- Verminderde oriëntatie in ruimte en tijd (desoriëntatie)
- Lichamelijke achteruitgang

### Stadium 2: Matige dementie

- Abstracte problemen kunnen niet worden opgelost. Tastbare problemen nog wel.

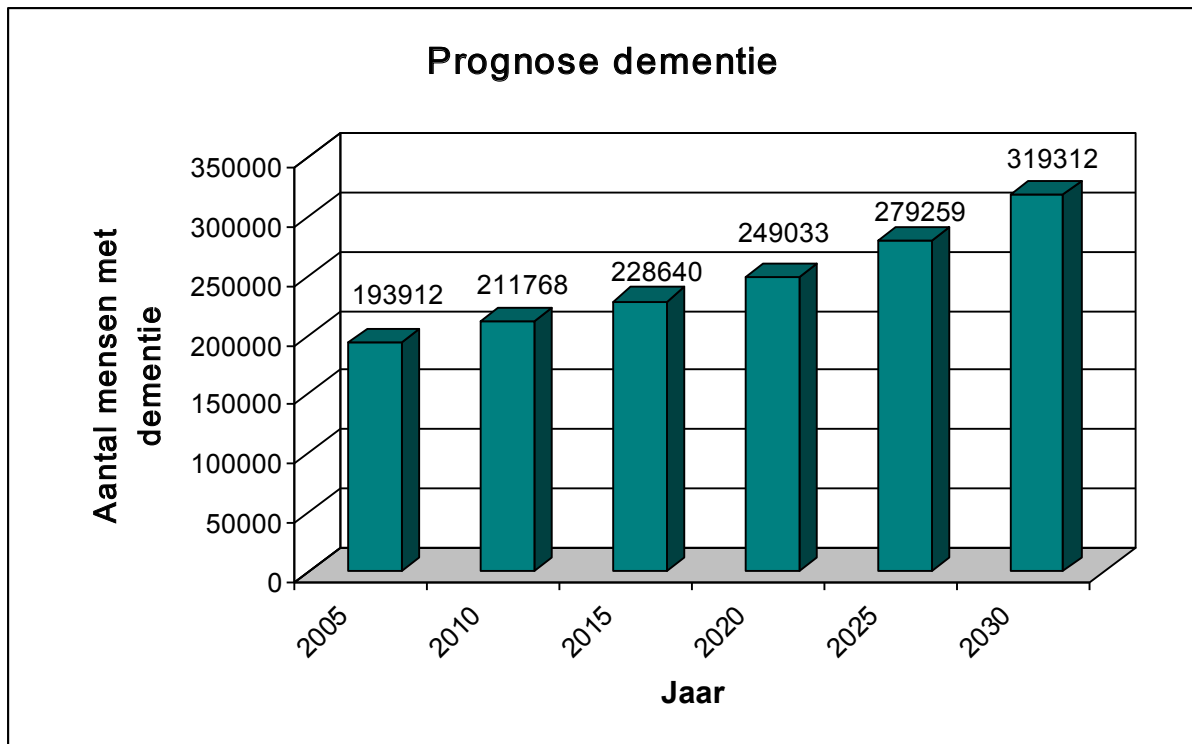
- Verlies van inzicht in omkeerbaarheid van handelingen of daden.
- Geen inzicht in volume en ruimte.
- Gevolgtrekkend denken (deductief) neemt af.
- Geen inzicht in perspectief van een ander.
- Algehele achteruitgang van het gevoelsleven
- Depressiviteit
- Angst
- Psychozen, waaronder hallucinaties
- Verdere lichamelijke achteruitgang

### **Stadium 3: Diepe dementie**

- Reflexmatig handelen.
- Herhalen van handelingen.
- Motoriek reageert op lichamelijke gewaarwordingen.
- Zelfherkenning verdwijnt.
- Verdwijnen van de mogelijkheid om middelen te gebruiken om doel te bereiken.
- De persoon die men was is niet meer herkenbaar.
- Zelfdodingsgedachten/-gedrag (suïcidaliteit).
- Verdere lichamelijke achteruitgang.<sup>[5, 14]</sup>

### Statistieken en prognoses

Dementie treft vooral de ouderen in onze samenleving. De kans op dementie stijgt met de jaren. Geschat wordt dat van alle mensen tussen de 65 en 69 jaar ongeveer 1,5% aan dit ziektebeeld lijdt. Voor mensen van boven de 85 jaar is de kans op dementie meer dan 30%. Door de toenemende vergrijzing van Nederland stijgt ook het aantal mensen met dementie. Daarbij stijgt het aantal 75-plussers sneller dan het totale aantal ouderen. Zoals in de grafiek hieronder is te zien, groeit de komende jaren het aantal mensen met dementie van ruim 193.000 in 2005 naar ruim 319.000 in 2030. Dat is een toename van 65% in 25 jaar. Het aantal mensen met dementie is berekend met behulp van het dementieprognose model dat door TNO Kwaliteit van Leven is ontwikkeld in opdracht van Alzheimer Nederland. <sup>[4]</sup>



Figuur 1 <sup>[4]</sup>

## 1.1 Stemningsproblemen

Ongeveer 85% van de dementerenden krijgen met stemmingsproblemen te maken. Het gaat daarbij om depressie, angst en apathie. Depressie en angst worden door zowel biologische als psychologische factoren veroorzaakt.

### 1.1.1 Depressie

Een depressie is te herkennen aan een duidelijk sombere stemming, verdriet, zich waardeloos en hopeloos voelen en minder plezier hebben in sociale contacten en bij alledaagse activiteiten. Ook komen dagschommelingen in de stemming voor, kan de demente zich terugtrekken, zijn er veranderingen in de eetlust, geagiteerdheid of traagheid, geïrriteerdheid, vermoeidheid of futloosheid of komt een doodswens voor.

### 1.1.2 Angst

Bijna de helft van de dementiepatiënten is zonder duidelijke reden erg nerveus, bezorgd of bang. Mensen kunnen zich ook zorgen maken over geplande uitjes of activiteiten, bepaalde sociale plaatsen (winkels) of situaties (vrienden ontmoeten) of overstuur raken wanneer zij alleen worden gelaten. Angst kan een reactie zijn op het besef van achteruitgaan van het dagelijkse functioneren. Ook frustratie, uit onvermogen om problemen op te lossen of in bepaalde behoeften te voorzien, kan resulteren in angst, spanning en onzekerheid.

### 1.1.3 Apathie

Apathie is het meest voorkomende stemmingsprobleem. De kenmerken van apathie zijn verlies van initiatief, lusteloosheid en onverschilligheid. Dementerende mensen met apathie



zijn minder geïnteresseerd in de wereld om zich heen, hebben geen zin meer om iets te doen, hebben afgevlakte emoties en zijn moeilijker te betrekken in sociale situaties. Apathie komt vaak in combinatie met depressie voor, maar minstens even vaak alleen, zonder dat er sprake is van een sombere stemming of depressiviteit. Naarmate de dementie ernstiger wordt, neemt de apathie vaak toe. Voor familieleden is dit een van de moeilijkste veranderingen, omdat zij moeizaam contact krijgen met de dementerende en nog maar weinig samen delen.

## **1.2 Psychotische problemen**

Psychotisch gedrag houdt bij dementie veelal direct verband met geheugenproblemen. Als iemand met dementie bijvoorbeeld gelooft dat hij niet meer in zijn eigen huis woont, dan komt dat waarschijnlijk doordat hij is vergeten waar hij woont. Ook kunnen gezichts- of gehoorstoornissen de oorzaak zijn. Onzichtbare stemmen, bijvoorbeeld van de radio of televisie of van mensen in een andere kamer, kunnen bijdragen aan achterdocht, waanideeën, oordeelstoornissen en hallucinaties.

### 1.2.1 Wanen

Wanen en hallucinaties zijn de meest voorkomende psychotische problemen. Iemand met wanen is overtuigd van bepaalde ideeën, terwijl die niet op waarheid berusten. Achterdocht en achtervolgingswaan (paranoia) komen veel voor bij dementie, evenals waanwaarnemingen. Iemand met dementie kan bijvoorbeeld in zijn eigen spiegelbeeld een ander herkennen.

### 1.2.2 Hallucinaties

Een hallucinatie betekent dat de dementerende iets hoort, ziet of voelt wat er in werkelijkheid niet is. Gezichts- en gehoorhallucinaties komen het meest voor. De dementerende ziet dan bijvoorbeeld mensen in huis of hij hoort geluiden die er niet zijn. Deze hallucinaties kunnen beangstigend zijn. Hallucinaties kunnen ook prettig zijn, bijvoorbeeld als mensen prachtige kleuren zien die er in werkelijkheid niet zijn. Dementerende mensen kunnen ook dingen voor iets anders aanzien. Dit zijn oordeel- of waarnemingsstoornissen. Oordeelstoornissen komen veel vaker voor dan echte hallucinaties.

## **1.3 Onrustig gedrag**

Naast stemmingsstoornissen en psychotische problemen kunnen mensen met dementie onrustig gedrag vertonen. Deze onrust kan verschillende oorzaken hebben. Het is bijvoorbeeld zo dat de dementerende op een bepaald moment bepaalde signalen van het lichaam niet meer herkent. Zo ervaart de dementerende een ongemakkelijk gevoel (bijvoorbeeld warm/koud, honger/dorst, naar het toilet moeten) maar weet niet wat het is. Daarnaast kunnen er natuurlijk nog andere oorzaken in de omgeving zijn. Onrustig gedrag kan de dementerende op verschillende manieren uiten.

### 1.3.1 Bewegingsonrust

Mensen met dementie kunnen doelloos rondwalen, of willen steeds terug naar huis of naar hun ouders, trommelen met de vingers, schuifelen met de voeten, schuiven laden open en

dicht, of 'ijsberen' door het huis. Onrust kan voor de dementerende, maar ook voor zijn omgeving heel vermoeiend en ergerlijk zijn.

### 1.3.2 Agressief gedrag

Dementerende mensen kunnen zich soms agressief gedragen. Het is een verschijnsel dat bij de ziekte hoort en dat een uitweg zoekt naar iets of iemand in de directe omgeving. Agressie kan op verschillende manieren worden geuit. Schelden of bedreigen, een schop of stomp, het kapot gooien van dingen, of soms ernstig geweld. Een dementerende kan zich agressief gedragen omdat hij zijn gevoelens niet meer op een gewone manier kan uiten. Dit komt doordat zijn beoordelingsvermogen en zelfcontrole door de ziekte zijn afgenomen. Het gedrag ontstaat vaak bij de lichamelijke verzorging. Dat kan komen door angst en schaamte, paniek, maar ook uit frustratie omdat de dementerende zichzelf niet meer kan wassen. Maar agressief gedrag kan ook (schijnbaar) uit het niets ontstaan of als de dementerende iemand voor een ander persoon aanziet.

### 1.3.3 Prikkelbaarheid

Mensen met dementie kunnen onder verschillende omstandigheden prikkelbaar of geïrriteerd zijn. Vaak richt de irritatie zich op degene die het meest betrokken is. Omdat die persoon nu eenmaal in de buurt is, of omdat de dementerende aanvoelt dat hij steeds meer afhankelijk wordt van juist deze persoon.

### 1.3.4 Ontremd gedrag

Mensen met ontremmingsverschijnselen zijn ongevoelig geworden voor de remmende prikkels uit de omgeving. Ze vertonen impulsief en onaangepast gedrag. Ze vertellen bijvoorbeeld persoonlijke informatie aan volslagen onbekenden op straat, of praten op luide toon door gesprekken heen. Sommige mensen met dementie vertonen ongepast seksueel gedrag. Het ontgaat de dementerende dat zijn gedragingen niet gewenst of gepast zijn in een bepaalde situatie.

### 1.3.5 Dwaalgedrag

Onder dwaalgedrag verstaan we het rond "dwalen" van de dementerende. Hij of zij kan in huis ronddwalen, 's nachts, op zoek naar iets of iemand, maar het komt ook voor dat dementerenden de woning verlaten of op straat niet meer weten waar ze zijn, waar ze naartoe gingen of waar ze ook alweer wonen. Voor de dementerende kan dwaalgedrag gevaarlijk zijn omdat het risico's op vallen, verdwalen, of het veroorzaken van verkeersongelukken met zich meebrengt. Voor de partner of verzorger is dwaalgedrag een grote belasting, omdat het veel onzekerheid en bezorgdheid veroorzaakt. Daarnaast is er schaamte, als buurtbewoners of de politie de dementerende (weer) thuis komen brengen. Dwaalgedrag is een veel voorkomend verschijnsel. En er zijn veel mogelijke redenen voor zoals het ziekteproces zelf, de medicijnen, stress of angst, pijn, naar huis willen (vaak het ouderlijk huis), verveling of het weinige contact met anderen waardoor de greep op de werkelijkheid verloren gaat.

## **1.4 Lichamelijke ongemakken bij dementie**

Naast de verschillende psychische verschijnselen die zich in het geval van dementie voor doen, zijn er ook een aantal lichamelijke ongemakken die kunnen ontstaan.

#### 1.4.1 Doorliggen

Doorliggen, of decubitus, is een probleem dat vaak optreedt bij dementerenden in een vergevorderd stadium van dementie. Vaak is de dementerende in dit stadium al opgenomen in een verpleeghuis. Vooral oudere mensen die weinig bewegen zijn gevoelig voor doorliggen. Het is voor ernstig dementerenden moeilijk om duidelijk te maken dat ze ergens last van hebben. Gebrek aan beweging kan doorliggen veroorzaken. Bij doorliggen is een stuk van de huid een tijd geheel of gedeeltelijk afgesloten van de bloedtoevoer. Hierdoor wordt de huid beschadigd en ontstaan wonden die heel pijnlijk kunnen zijn.

#### 1.4.2 Incontinentie

Incontinentie wil zeggen dat iemand de urine of ontlasting ongecontroleerd kwijt kan raken. Een dementerende herkent het gevoel van naar het toilet moeten gaan niet, weet niet waar het toilet is, of kan denken dat de plantenbak een toilet is. Incontinentie kan vernederend zijn en de dementerende van streek maken en het is voor de verzorgende erg zwaar om op een ongemak als dit te anticiperen. <sup>[1]</sup>

## HOOFDSTUK 2: OMGANG EN HULPMIDDELEN

In het vorige hoofdstuk zijn de verschijnselen beschreven die zich kunnen voordoen in het geval van dementie. Uiteindelijk kunnen deze verschijnselen geen van allen voorkomen worden. Wel zijn er methoden die een aantal van de verschijnselen kunnen verminderen of beperken.

Over het algemeen geldt dat de dementerende baat heeft bij regelmaat. Op gezette tijden opstaan, eten, drinken, wassen, naar het toilet gaan en slapen maakt dat de dementerende zich minder overvallen voelt en daardoor meer controle en rust ervaart. Eén of meerdere duidelijke klokken in de woning kunnen hierbij helpen. Het liefst zijn dit klokken die elk uur slaan. Daarnaast kan het helpen om in een slaapkamer alleen slaapkamermeubelen te zetten en in een woonkamer alleen woonkamer meubelen zodat het verschil duidelijk wordt tussen de functies van de ruimten. Een notiebord of prikbord waarop een kalender en dagbesteding worden weergegeven, samen met foto's van belangrijke, bekende personen voor de dementerende, kunnen een houvast zijn.

Een eigenschap van dementie is dat de dementerende moeilijk nieuwe dingen kan aanleren en zaken vergeet die hij ooit geleerd heeft. Dit kan iets zijn dat hij gisteren geleerd heeft, maar ook wat hij 10 jaar terug geleerd heeft. Het geheugen is in de war waardoor het belangrijk kan zijn om sommige gebruiksvoorwerpen in huis te vervangen door soortgelijke voorwerpen, maar dan in een vorm die vroeger gebruikelijk was. Het geheugen valt terug naar de periode dat de dementerende zo'n 20 jaar oud was. Hier kan rekening mee gehouden worden door middel van bijvoorbeeld een telefoon met een draaischijf in plaats van een draadloos handtoestel en klokken met wijzers. Daarnaast zijn ook radio en tv veel veranderd en zouden aangepast moeten worden naar versies uit die tijd (voor zover beschikbaar en van toepassing, immers werd televisie nog weinig gebruikt tijdens het einde van de jaren 40/begin jaren 50, de tijd waarin de 80-jarigen van nu 20 jaar oud waren). Daarnaast is er natuurlijk behoefte aan een goede toegankelijkheid van de woning die ook bruikbaar is voor rolstoelgebruikers (Handboek Woonkeur) of eenvoudig aangepast kan worden zodra de behoefte ontstaat. In het geval van dementie is dit helaas slechts een kwestie van tijd. Deze aanpassingen zijn niet opgenomen in dit rapport omdat zij niet specifiek van toepassing zijn op het ziektebeeld. <sup>[2,5]</sup>

### 2.1 Omgang en hulpmiddelen bij stemmingsproblemen

#### Depressies en angsten

De omgang met depressies en angsten zijn voor de verzorger vaak moeilijk. Als de oorzaak van de depressie of de angst bekend is kan er misschien een oplossing gevonden worden. Is dit niet het geval dan kan de verzorger alleen begrip en geduld tonen door, zolang het geen frustratie opwekt, de dementerende zo veel mogelijk zelf te laten doen en hem indien nodig langzaam te laten wennen aan angstige situaties. Daarnaast is het belangrijk een sociaal isolement zoveel mogelijk te voorkomen.

#### Apathie

Bij ernstig dementerende mensen is het mogelijk om met behulp van zintuigactivering (snoezelen) op een positieve manier weer met hen in contact te komen. Voorbeelden van zintuigstimulering zijn muziek, tastmaterialen (zachte stoffen, aaien van dieren), laten zien van verschillende kleurprojecties of foto's, laten ruiken van verschillende aroma's en laten proeven van verschillende smaken. Zie ook hoofdstuk 4 en 5.

### Psychotische problemen

Psychotische problemen zijn te behandelen met medicijnen, maar over het algemeen gaat de voorkeur van artsen ernaar uit om deze niet direct toe te dienen, mede doordat er veel bijwerkingen zijn. Naast het feit dat begrip tonen door de verzorger belangrijk is, kan goede verlichting helpen. In het (half)duister is de kans op oordeelstoornissen groter.

## **2.2 Omgang en hulpmiddelen bij onrust**

Mensen met dementie lijken zich soms doelloos of impulsief te gedragen. Vaak reageren zij hiermee wel degelijk op hun omgeving. Met hun gedrag maken zij duidelijk wat ze voelen of nodig hebben, vooral als zij het niet meer onder woorden kunnen brengen. Ook kan gedrag te maken hebben met iemands levensgeschiedenis, bijvoorbeeld het herhalen van handelingen uit vroegere werkzaamheden. Mensen met dementie kunnen zich ook onrustig gedragen door verkeerde verlichting, lawaai of inrichting van de ruimte. Goede verlichting, stilte of vriendelijke muziek en voldoende ruimte kunnen rust geven.

### Dwaalgedrag

Afhankelijk van of dwaalgedrag 's nachts of overdag plaatsvindt zijn er diverse mogelijkheden om dwaalgedrag te verminderen of de afstand te beperken. Zo is het bij 's nachts dwalen belangrijk dat er een duidelijk onderscheid is tussen dag en nacht. Verduisterende gordijnen kunnen daarbij helpen. Om vallen te voorkomen kan er gekozen worden voor een klein (permanent) nachtlampje en een lampje in het toilet. Overdag moet er ruim voldoende licht zijn. Andere mogelijkheden zijn:

- Een afgesloten hek rond de tuin.
- Opvallend gekleurde deuren van belangrijke vertrekken of naamplaatjes voor wc, keuken, etc. maken de ruimten makkelijker herkenbaar.
- Traptreden hebben een antislip coating en hebben contrastrijke kleuren tot elkaar zodat de diepte duidelijker wordt.
- Gecamoufleerde buitendeuren (met een spiegel, gordijn of scherm, of met het behang dat ook op de muur zit) om te voorkomen dat de dementerende de woning zomaar verlaat.
- Een spiegel in een donkere ruimte kan bij de dementerende angst teweegbrengen. De dementerende ziet hierin beweging maar herkent wellicht zijn eigen reflectie niet.
- Een donkere plek (bijv. donkere tegels) van ± een halve meter breed voor de deur kan voor een gat aangezien worden en wordt daardoor nog wel eens vermeden (kan dwaalgedrag voorkomen).
- Sloten aan boven- of onderkant van de deur zodat deze niet direct vindbaar en bruikbaar zijn voor de dementerende.
- Jassen en sjaals uit het zicht hangen kan voorkomen dat iemand spontaan zijn jas aantrekt en wegloopt.

- Een notitiebord waarop geschreven kan worden wat er vandaag gaat gebeuren en wanneer er iemand komt of weg gaat, zodat de dementerende niet verrast wordt.

[2,7,8,9,10]

## **2.3 Omgang en hulpmiddelen bij lichamelijke ongemakken**

De lichamelijke ongemakken die zich voordoen bij dementie zijn nauwelijks te voorkomen. Zolang de dementerende nog mobiel is, is het eenvoudiger om doorliggen te voorkomen maar in een verder gevorderd stadium van de ziekte moet ook met andere zaken als beweging rekening gehouden worden.

### Doorliggen

Doorliggen ontstaat door stil liggen of zitten en wrijving. Het is het beste om de dementerende zo veel mogelijk te laten bewegen. Beddengoed mag hierom niet te strak zijn, dit kan problemen geven als bewegen al veel moeite kost. Om onnodige wrijving te voorkomen is het het beste als er geen grove naden in het beddengoed of de meubels voorkomen. Hoe gladder het oppervlak hoe beter.

### In het geval van incontinentie

Op vaste tijden naar het toilet gaan kan helpen. Dit is echter niet altijd voldoende. Het toilet moet makkelijk herkenbaar en te gebruiken zijn. Uit onderzoek is gebleken dat mensen in een vroeg en gemiddeld stadium van dementie de toiletten het beste kunnen vinden met afbeeldingen op de vloer. Dit omdat zij vaak lopen met hun blik op de grond gericht. Een lichtsnoer langs de plinten dat naar het toilet leidt kan een oplossing zijn voor de vindbaarheid van het toilet 's nachts. Hierbij dient wel rekening gehouden te worden met het feit dat het licht, waar de dementerende voorheen niet aan gewend was, bevreemdend kan werken. Het moet dus de keuze van de bewoner zijn of er gebruik gemaakt wordt van een mogelijkheid als deze. Ook blijkt dat het toiletgebruik toeneemt wanneer duidelijk zichtbaar is dat de toiletten beschikbaar zijn. Dit geldt vooral voor mensen in een meer gevorderd stadium van dementie. Matrassen zijn te beschermen met een waterdichte hoes, net als kussens en dekbedden. Absorberende, wasbare lakens en kussenslopen kunnen ervoor zorgen dat de dementerende droog kan zitten of liggen.

## **2.4 Veiligheid in huis**

### Algemeen

De verzorgers van een dementerende moeten een evenwicht zien te vinden tussen bescherming van de dementerende tegen gevaar en het stimuleren van zijn onafhankelijkheid. Naast de dementie zijn deze dementerenden vaak op een leeftijd dat zij een groter risico lopen op ongevallen in huis, omdat evenwichtsgevoel en reactiesnelheid verminderen bij het ouder worden, en lichamelijke handicaps vaker optreden.

Voorzorgsmaatregelen die genomen kunnen worden zijn:

- Letten op zaken die vallen kunnen veroorzaken, zoals gladde vloeren, losse kleden en snoeren of nodeloze obstakels.
- Het goed verlichten van de woning. Slechte verlichting kan verwarring en de kans op ongelukken vergroten.
- Leuning aan weerszijden van de trap, bij het bad en de WC kunnen het gevoel van veiligheid vergroten.

- Medicijnen en schoonmaakmiddelen kunnen het beste achter slot bewaard worden om te voorkomen dat de dementerende op de verkeerde tijdstippen of een verkeerde dosis aan medicijnen inneemt, of schoonmaakmiddelen aanziet voor voedingsmiddelen.
- Ook scherpe messen en apparaten waar de dementerende niet veilig meer mee om kan gaan kunnen beter worden opgeborgen.
- Beveiligde stopcontacten.
- Het installeren van gasdetectors en rookmelders, maar alleen als er ook andere mensen in huis wonen. De dementerende weet mogelijk niet wat het alarmgeluid betekent.
- Het aanpassen van sloten op badkamer en WC deuren, zodat deze ook vanaf de buitenkant open te maken zijn.
- Thermostaatkranen.
- Als de dementerende hulp van buitenaf krijgt is het handig als er duplicaten zijn van de sleutels en dat deuren niet van binnen met grendels afgesloten kunnen worden.
- Belangrijke documenten kunnen het beste op een vaste plaats achter slot en grendel opgeborgen worden. Uiteraard dienen vaste verzorgers te weten waar ze deze documenten kunnen vinden. [2,7,8]

### Koken

Mensen met dementie krijgen in de loop van de tijd steeds meer moeite om doelgericht met allerlei huishoudelijke apparatuur om te gaan. Vaak ontstaan problemen met het gebruik van het gasfornuis. Het kan zijn dat de dementerende het gas laat branden nadat de pannen van het vuur zijn genomen, of vergeet het gas aan te steken nadat de gaskraan is opengedraaid. Een elektrische, keramische of inductiekookplaat kan veiliger zijn dan een gastoestel. Een nadeel is wel dat aan dit soort toestellen niet altijd te zien is of ze heet zijn. Sommige kookplaten zijn instelbaar en gaan vanzelf uit na de gewenste kooktijd. Dit soort systemen zijn technisch gezien misschien heel interessant, maar in de praktijk blijkt dat een dementerende die altijd op gas heeft gekookt niet met een andere vorm van koken om kan gaan. De dementerende moet daarvoor op een nieuwe manier leren koken en dat blijkt vrijwel onmogelijk. Beveiligde gastoestellen hebben vaak één of meer van de volgende functies:

- Beveiligde draaiknoppen
- Aparte knop voor vonkontsteking
- Eénknopsbediening waarbij gaskraan en vonkontsteking gelijktijdig geactiveerd worden
- Ionisatie-beveiliging (een elektrode meet of het gas brandt)
- Automatische herstart (bijvoorbeeld bij uitwaaien)
- Kooktijdbegrenzing<sup>[2]</sup>

### Wassen en baden

Wassen en baden zijn intieme handelingen. De dementerende kan hierop onrustig of zelfs agressief reageren. Dit maakt dat de gebruikelijke risico's van bijvoorbeeld uitglijden nog groter zijn dan normaal. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat een waterstraal die van bovenaf komt bedreigend en desoriënterend kan werken. Een handdouche is een goede manier om dit te vermijden. Ook kan de mogelijkheid tot zitten in de douche praktisch zijn.

In een onderzoek werden natuurlijke elementen zoals geluiden van dieren en water en afbeeldingen van onder andere vogels, in badkamers aangebracht. Dit had een kalmerend effect op de dementerende. Uiteraard zijn ook antisliptegels en –matten, armsteunen en handgrepen nuttig. Tot slot moet er rekening mee gehouden worden dat de dementerende kan vergeten kranen dicht te draaien en dat er dus een extra afvoermogelijkheid moet zijn of dat stoppen moeten worden verwijderd. <sup>[1,2]</sup>



### HOOFDSTUK 3: DE INVLOED VAN LICHT

Onderzoek toont aan dat licht een belangrijke rol speelt bij vele lichaamsprocessen. Licht beïnvloedt de werking van het hart en de bloedvaten, de afgifte van hormonen, de aanmaak van vitamine D ter voorkoming van osteoporose en het immuunsysteem. Daglicht is belangrijk voor het bijstellen van de biologische klok die het dag- en nachtritme reguleert. Daarnaast is licht van invloed op stemmingen, de lichaamstemperatuur, de alertheid en de productie van het slaaphormoon melatonine. Voor de productie van het slaaphormoon is de biologische klok van belang. Overdag, als het voldoende licht is, maakt het lichaam cortisol aan, het “waakhormoon”. In een donkere omgeving zendt het lichaam juist signalen naar de epifyse of pijnappelklier, die dan melatonine afscheidt, het zogenaamde slaaphormoon. Loopt de lichtintensiteit terug, dan stijgt het melatonineniveau en ontstaat een slaperig gevoel.

In het oog bevinden zich cellen die de taak hebben om de biologische klok aan te sturen. Met het ouder worden verandert de werking van het oog. Het oog kan zich minder makkelijk scherp stellen, heeft meer moeite om zich aan te passen aan snel wisselende lichtintensiteiten en kan contrasten tussen licht en donker minder goed onderscheiden. Met name blauw licht wordt minder goed doorgelaten. Ook deze cellen worden dan aangetast waardoor er meer licht nodig is om te “herkennen” dat het dag is. Het verouderde oog heeft 3 tot 4 keer zo veel licht nodig dan het oog van een jong iemand.

#### Verlichting bij dementie

Voldoende daglicht is nodig om de biologische klok dagelijks te synchroniseren met de omgevingstijd. Sommige ouderen, mensen met dementie en ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven, komen weinig buiten en hebben binnenshuis weinig verlichting. In combinatie met een verminderde werking van de ogen, zenuwbanen en hersenen, leidt dit tot een verstoring van de biologische klok en het slaapwaakritme. Bij mensen met dementie leidt een verstoring van de biologische klok tot een grote variatie in de slaap-waakcyclus. Deze cyclus kan zich zelfs (tijdelijk) omkeren. De persoon met dementie is dan 's nachts wakker en kan gaan dwalen.

Goede verlichting in huis kan helpen dementerenden zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Allereerst compenseert het het afnemende gezichtsvermogen. Ouderen hebben om goed te kunnen zien meer licht nodig dan jongeren (Als zij slecht zien zelfs een een lichtsterkte van circa 1500 lux waar voor jongeren 500 lux volstaat). Voor meer inspannende oogtaken (lezen, handwerken enz.) ligt de gewenste lichtsterkte soms nog hoger. In de woonkamers van veel ouderen is vaak zelfs overdag te weinig licht om goed te kunnen zien en ook om het biologische dag-nachtritme in stand te houden. Hiervoor is namelijk zo'n 1000 lux nodig. Uit een studie van het Netherlands Institute for Neuroscience (mei 2006) is gebleken dat een dementerende aanzienlijk beter slaapt als er tussen 9.00 en 18.00 uur een lichtbron van 1000 lux aanwezig is (kan ook natuurlijk licht zijn) met voornamelijk blauw licht (zoals daglicht). Daarnaast is ook gebleken dat voldoende licht een positieve invloed kan hebben op depressies en dat het afnemen van de cognitieve vaardigheden vertraagt.

Naast het zorgen voor goede verlichting is het een goede optie om ruimtes contrastrijk in te richten met behulp van kleuren. Contrast kan helpen bij het onderscheiden van verschillende gebruiksvoorwerpen of ruimtes. Dit is niet alleen praktisch in het geval van slechtziendheid. Ook ontstaat hierdoor herkenning, een betere oriëntatie en daardoor meer rust <sup>[6,9,10]</sup>.

## HOOFDSTUK 4: SNOEZELLEN

Bij ernstig dementerende mensen is het mogelijk om met behulp van zintuigactivering op een positieve manier om weer met hen in contact te komen. Dit fenomeen wordt snoezelen genoemd. Snoezelen is gericht op het leggen van contact met ernstig demente mensen, het creëren van een veilig leefklimaat, en het teweegbrengen van gevoelens van eigenwaarde, ontspanning en rust bij dementerenden. De innerlijke leefwereld van een ernstig dementerende mensen staat centraal, waarbij zij in hun waarde worden gelaten. Het gaat primair om zintuiglijke waarnemingen: mensen worden via het selectief prikkelen van zintuigen in de gelegenheid gesteld hun emoties en gevoelens (in het bijzonder gevoelens van genegenheid en tederheid) te uiten. Het uiteindelijke doel van snoezelen is het optimaliseren van gevoelens van algemeen welbevinden. Snoezelen is met name geschikt is voor ernstig gedementeerde mensen. Bij deze mensen is het verbaal en verstandelijk functioneren sterk verminderd en blijkt het zinloos activiteiten aan te bieden waarin een beroep gedaan wordt op deze functies. Deze groep mensen is meer ingesteld op lichaamstaal en lichamelijk contact. Snoezelen kan de dementerende rust geven. Als de verzorgende op de hoogte is van het verleden van de dementerende dan is het mogelijk hiermee rekening te houden door lievelingseten te koken of lievelingsmuziek te draaien om zo een positief gevoel aan de dementerende te geven.<sup>[12]</sup>

## HOOFDSTUK 5: JONG DEMENTERENDEN

Net als bij dementie op oudere leeftijd is de ziekte van Alzheimer de belangrijkste oorzaak van dementie op jonge leeftijd, maar ook vasculaire dementie, frontotemporale dementie (ziekte van Pick) of Lewy body dementie komen vaak voor. In het geval van jong dementerenden ontstaan de eerste problemen vaak op het werk. Het werk komt niet meer af en het werk kost veel meer tijd en energie dan voorheen. Deze veranderingen worden niet direct herkend als verschijnselen die bij dementie horen. Overspannenheid, depressie en relatieproblemen zijn de eerste diagnoses. Vaak gaan er een aantal jaren en bezoeken aan verschillende specialisten overheen voor de diagnose dementie wordt gesteld. De veranderingen in de hersenen van mensen met dementie op jonge leeftijd zijn hetzelfde als bij oudere mensen met dementie. Het ziekteproces gaat meestal wel sneller en verschijnselen als afasie (problemen met de taal), apraxie (problemen met de motoriek) en agnosie (problemen met de herkenning) treden eerder en vaak in ernstiger mate op.

### Verschil met ouderdomsdementie

Jong dementerenden beseffen vaak beter dat ze ziek zijn. Gevoelens van machteloosheid en frustratie zijn daarom veel heftiger. Agressief gedrag is hierdoor veel sterker. Doordat ze jonger zijn, en in het algemeen lichamelijk fitter en actiever, hebben ze de neiging zichzelf beter in te schatten dan ze in werkelijkheid zijn. Fysieke gevoelens (honger, dorst, seksuele driften) zijn vele malen sterker en daarmee ook de behoefte om hier gehoor aan te geven. Dit kan zich uiten in agressie. Genoeg ruimte in een woning wordt hierdoor nog belangrijker. Daarnaast is de mogelijkheid tot sporten een optie om overvloedige energie te verbruiken. Doordat jong dementerenden vaak nog een actieve rol in de maatschappij spelen, geven zij hun positie als kostwinner, opvoeder of chauffeur niet snel op. Beslissingen rondom het maatschappelijk functioneren zijn veel ingrijpender. De tijd van de aanvang van de dementie tot aan opname is veel korter dan bij een oudere. De ziekte breidt zich sneller uit en daarbij zijn de symptomen zo heftig dat thuis blijven wonen soms niet veilig meer is voor de rest van het gezin. Gemiddeld kan een oudere nog zo'n 7 jaar thuis wonen in het geval van dementie, bij een jonger iemand is dat zo'n 4 jaar.

### Partner en kinderen

De gezonde partner is in dit geval meestal van middelbare leeftijd en staat volop in het leven waarbij hij of zij gewend was de dementerende aan te kunnen spreken op verantwoordelijkheden, taken te verdelen, te overleggen over de opvoeding, samen plannen te maken voor de toekomst en dagelijkse dingen met elkaar te delen. Door de dementie wordt dit meer en meer onmogelijk en komt de gezonde partner er alleen voor te staan. Veel partners ervaren dit als een vorm van weduwschap met het verschil dat er ook nog een zorgvraag ontstaan is.

Kinderen voelen zich vaak ten onrechte verantwoordelijk voor de ziekte van hun ouder of ervaren ze loyaliteitsproblemen met hun ouders. Ook moeten ze voortdurend 'begrip' tonen voor het veranderende gedrag van de dementerende ouder en de psychische belasting van hun gezonde ouder. Vaak weten ze niet hoe ze het beste kunnen helpen en zijn bang tot last te zijn. Dit kan tot verwijdering binnen het gezin leiden. Het hebben van een eigen plek om zich terug te kunnen trekken is voor deze mensen nog belangrijker.<sup>[3]</sup>

## HOOFDSTUK 6: DE BEHOEFTE VAN DE VERZORGER

Zo'n 60% van de hulp aan dementerenden wordt verleend door familieleden. Dit zijn vaak vooral gezinsleden. Meestal is er een centrale verzorger die het grootste deel van de dagelijkse zorg op zich neemt. Deze verzorgt dan het eten, boodschappen, het huishouden en persoonlijke verzorging, maar ook emotionele ondersteuning wordt door hen geboden. Dit kost de centrale verzorger soms wel 17 uur per dag.

Tijdens het dementieproces krijgen familieleden die de dementerende het meest na staan, te maken met gevoelens die vergelijkbaar zijn met een rouwproces. Immers verliezen zij de persoon zoals zij hem kenden. Daarnaast verliezen zij het uitzicht op een gezamenlijke toekomst, onderlinge steun, het vertrouwde leefpatroon, maar ook een stuk vrijheid en sociale contacten. De partner (die vaak ook mantelzorg is) en andere direct betrokkenen kunnen last krijgen van een gevoel van machteloosheid. Ook schaamte, eenzaamheid, verdriet en depressies komen voor. Vooral de uitzichtloosheid van de situatie en het gevoel van er alleen voor staan maken de zorg voor de dementerende zwaar. Informatie over de verschijnselen van dementie is belangrijk, omdat zo de gevolgen geplaatst kunnen worden en gevoelens en reacties worden herkend.

Een thuiswonende dementerende is ongeveer 60% van de tijd van zorg afhankelijk. Dit varieert uiteraard met het stadium van dementie waarin de dementerende zich bevindt. De verzorging voor een dementerende kan heel zwaar zijn. Vooral als de verzorger de partner of directe familie van de dementerende is, is het naast een fysiek zwaar ook een emotioneel zwaar proces. Het is daarom belangrijk dat de zorg zo eenvoudig mogelijk wordt gemaakt zodat in ieder geval de fysieke last verlicht wordt. Als gevolg van intensieve mantelzorg heeft een derde van de mantelzorgers last van lichamelijke en/of psychische klachten. Het verlichten van de fysieke last kan buiten voordelen voor de mantelzorg ook nog als gevolg hebben dat hij of zij zich minder bezwaard voelt om de zorg af en toe over te dragen en tijd voor zichzelf te nemen. De eerder genoemde zaken zoals de toegankelijkheid van de woning en de mogelijkheid van het aanbrengen van tilliften e.d. zijn belangrijk om de zware lasten zoveel mogelijk te verlichten. Het in de gaten houden van de mobiliteit van de dementerende is dus belangrijk, zodat op tijd ingegrepen kan worden. Aanpassingen in de woning moeten zo snel en eenvoudig mogelijk kunnen worden doorgevoerd. Daarnaast is de toegang tot praktische hulp belangrijk, zoals maaltijd- en boodschappenservice, klussendiensten en eventueel de mogelijkheid tot respijtzorg.

Op het emotionele vlak is lastenverlichting gecompliceerder. Gevoelens als schaamte en eenzaamheid kunnen met behulp van woningaanpassing nauwelijks worden weggenomen. Wel kan, door het nemen van de nodige veiligheidsmaatregelen met betrekking tot bijvoorbeeld koken en baden, een stukje bezorgdheid worden weggenomen. Hetzelfde geldt voor de maatregelen ter voorkoming van dwaalgedrag. Daarnaast moet de mantelzorg/partner soms even afstand kunnen nemen. Dat kan door middel van het aanvaarden van hulp maar ook door een extra (slaap)kamer in huis in te richten speciaal voor de partner of mantelzorg. Een plek waar hij of zij even alleen kan zijn om te rusten of iets voor zichzelf te doen, of als er sprake is van onrustig of dwaalgedrag, rustig te kunnen slapen.<sup>[1,2,7,11]</sup>

## HOOFDSTUK 7: TECHNIEK

Zoals al benoemd in de inleiding zijn er ook veel technologische mogelijkheden ten behoeve van het langer thuis laten wonen van dementerende ouderen. Deze woninggebonden en samenhangende elektronische toepassingen worden domotica genoemd. Deze technieken kunnen praktisch zijn, maar zijn soms ook ingewikkeld en in sommige gevallen zelfs omstreden waar het gaat om bijvoorbeeld privacy. In dit hoofdstuk worden in het kort een aantal technische toepassingen in kaart gebracht.

### Bewaking op afstand

Deze functie wordt uitgevoerd in samenwerking met een zorgaanbieder. Met de zorgaanbieder wordt afgesproken wanneer de dementerende alleen in de woning verblijft. Vanaf het moment dat de partner/mantelzorger de woning verlaat (dit wordt gecommuniceerd) wordt er een sensorenpakket actief en kan er door middel van camera's de woning worden ingekeken. Ontstaat er een acute hulpvraag dan wordt dat gesignaleerd en kan de zorgaanbieder ingrijpen. Dit soort technologie kan ook worden toegepast als dwaaldetectie. In dat geval wordt geregistreerd wanneer de dementerende de woning verlaat en wordt er melding van gemaakt als hij of zij niet binnen een bepaalde tijd is teruggekeerd.

### Dwaaldetectie

Zodra de partner of mantelzorger de woning verlaat voorziet hij of zij de dementerende van te dragen techniek. Als de dwaaldetectie, zoals beschreven in de vorige alinea, een melding geeft kan de dementerende teruggevonden worden via een kaartbeeld bij de zorgverlener (of wellicht de partner/mantelzorger thuis).

### Videocommunicatie

De partner of mantelzorger kan hierbij een tweewegbeeld en geluidsverbinding tot stand brengen met de buitenwereld. Op deze manier kan een centrale met de dementerende communiceren en andersom. Zo kunnen de taken van de mantelzorger 24 uur per dag worden ondersteund. Deze mogelijkheid kan gekoppeld worden aan cameratoezicht in de woning.

### Toegang tot de woning

Er bestaan voorzieningen die ervoor zorgen dat hulpverlenende diensten snel de woning binnen kunnen. Te denken valt aan elektronische sloten die vanuit een centrale te openen zijn of sleutelkluisjes aan de buitenzijde van een woning.

### Verlichting

Deze optie maakt dat het licht automatisch aan of uit gaat, versterkt of verzwakt. Op deze manier kan ervoor gezorgd worden dat er in de woning van de dementerende genoeg licht binnenkomt. Dit kan nuttig zijn als er sprake is van een onregelmatig dag- en nachtritme (wat vaak dwaalgedrag veroorzaakt).

### Activiteitsmonitoring

Door middel van deze functie wordt het dagelijks ritme van de dementerende onder de loep genomen zodat, in het geval van afwijkend gedrag een zorgverlener ingeschakeld kan worden.<sup>[8]</sup>

Deze mogelijkheden zijn niet bedoeld om bij het ontwerp van de woning direct op te nemen. Technologie als deze kan een hulpmiddel zijn voor de mantelzorger, maar ook verwarrend of beangstigend voor de dementerende. Daarnaast kunnen opties als deze kostbaar zijn. Om de kosten van de woning te drukken en zoveel mogelijk in te spelen op de behoeften van de bewoner(s) zouden toepassingen als deze pas in een woning geïntegreerd moeten worden als daar door de bewoner om gevraagd wordt.

## HOOFDSTUK 8: BRONNEN EN KENNISPLATFORMS

### 8.1 Bronnen

#### Alzheimer Nederland

Alzheimer Nederland zet zich in voor mensen met dementie. De organisatie wil hiermee bijdragen aan een betere kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hun naaste omgeving. Alzheimer Nederland is zowel een fonds als een patiëntenbelangenorganisatie. Het geld dat Alzheimer Nederland ophaalt, wordt besteed aan het subsidiëren van wetenschappelijk onderzoek, voorlichting, ondersteuning en belangenbehartiging.

#### De Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek

Sinds 1994 stelt de ISAO beurzen ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Alzheimer en verwante vormen van dementie, met name voor fundamenteel en klinisch onderzoek. Met deze beurzen draagt de ISAO bij aan het vergroten van de kennis over de ziekte van Alzheimer. Daarnaast verstrekt de ISAO beurzen aan organisaties die van algemeen belang zijn voor het onderzoek naar de ziekte van Alzheimer, zoals weefselbanken. De ISAO ondersteunt wetenschappelijk onderzoek dat wordt uitgevoerd door non-profit organisaties. Naast het ondersteunen van onderzoeksprojecten, hecht de ISAO veel waarde aan het vergroten van de bewustwording ten opzichte van en de kennis over de ziekte van Alzheimer. Voor dit doel heeft de ISAO verschillende publicaties ter beschikking. Deze zijn bedoeld voor verschillende doelgroepen, variërend van jonge kinderen tot professionele hulpverleners. Alle publicaties kunnen zonder kosten worden aangevraagd via [www.alzheimer.nl](http://www.alzheimer.nl) of 0800 - 022 88 80.

#### Dementia.nl

Dementia.nl (website, [www.dementia.nl](http://www.dementia.nl)) is bedoeld voor alle betrokkenen van mensen met een dementie syndroom. Van mantelzorger tot professional. De missie van dementia.nl is om actuele kennis omtrent dementie te verzamelen en te delen. Deze website is in opbouw, maar verstrekt al een groot aanbod aan informatie over de aandiening en de behandeling ervan.

### 8.2 Kennisplatforms

#### Innovatiekring Dementie

De Innovatiekring Dementie is bereikbaar via <http://www.innovatiekringdementie.nl> en is een vrij toegankelijke kennisbank. Het doel van de kennisbank is het verstrekken van wetenschappelijke kennis (in begrijpelijk Nederlands, zoals zij aangeven), praktijkvoorbeelden en reportages. Daarnaast bestaat de mogelijkheid eigen ideeën en voorbeelden in te brengen. De verstrekte informatie bestaat vooral uit samenvattingen van onderzoeken, meestal gedaan in het buitenland. De informatie is voornamelijk gericht op verpleeg- en verzorgingshuizen, maar de informatie is bruikbaar en actueel.

### Het VGN Kennisportal Gehandicaptenzorg

Het VGN Kennisportal Gehandicaptenzorg (<http://www.kennisportalgehandicaptenzorg.nl>) is bedoeld voor iedereen die op zoek is naar kennis of kennis wil delen over zorg en dienstverlening aan mensen met beperkingen. Particulieren kunnen hier terecht, maar ook bedrijven en zorginstellingen. Er worden vooral veel onderzoeksgegevens uitgewisseld. Met betrekking tot dementie wordt er nog weinig gebruik gemaakt van dit portal.

### Vilans: Domotica voor wonen en zorg

- Vilans (voor 1-1-2007 NIZW Zorg, KITZ en KBOH, per 1-7-2007 tevens iRv Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, <http://www.vilans.nl> ) is een publieke kennisorganisatie die werkt aan verbetering en vernieuwing van de zorg- en dienstverlening aan ouderen, chronisch zieken en mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen. De Kenniscirkel Domotica voor Wonen en Zorg is een activiteit van Vilans en het iRv.

Vilans is (zoals al zichtbaar wordt in het aanbod) erg gericht op domotica en technologie. Onderzoeken naar langer zelfstandig thuis wonen gaan veelal samen met ingewikkelde constructies die lang niet altijd geschikt zullen zijn voor dementerenden. Echter kunnen de onderzoeken die verricht worden (bijvoorbeeld de invloed van licht op dementerenden) erg interessant zijn.



## BRONVERMELDING

**1) Alzheimer Nederland**, (2008). Serie "Verschijnselen".

Geraadpleegd op 10 juli 2008

<http://www.alzheimer-nederland.nl/content.jsp?objectid=3914>

**2) Alzheimer Nederland**, (2008). Serie "Omgaan met dementie".

Geraadpleegd op 5 juli 2008

<http://www.alzheimer-nederland.nl/content.jsp?objectid=3914>

**3) Alzheimer Nederland**, (2008). Serie "Jong dementerenden"

Geraadpleegd op 28 augustus 2008

<http://www.alzheimer-nederland.nl/content.jsp?objectid=648>

**4) BTSG** (2008), "Prognoses omvang dementie".

Geraadpleegd op 14 augustus 2008

<http://www.btsg.nl/infobulletin/dementie/prognose%20dementie.html>

**5) Consumed** (2008), Dementie, stadia en verschijnselen

Geraadpleegd op 29 september 2008

[http://www.consumed.nl/ziekten/3102/Dementie\\_stadia\\_en\\_verschijnselen](http://www.consumed.nl/ziekten/3102/Dementie_stadia_en_verschijnselen)

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

Geraadpleegd op 14 augustus 2008

<http://www.innovatiekringdementie.nl/newsitem.aspx?id=&newsid=47>

**7) Dementia.nl**, (2008).

Geraadpleegd op 23 juli 2008

<http://www.dementia.nl>

**8) Drs. J.J. van der Leeuw, Dr. C.G Willems**, Technologie voor thuiswonende mensen met dementie. Aanzet van een functioneel Programma van Eisen voor domotica voor thuiswonende mensen met dementie, Vilans, Kenniscirkel Domotica voor Wonen en Zorg, november 2007

Geraadpleegd op 9 juli 2008

[http://www.vilans.nl/Site\\_Domotica/docs/Functioneel%20PvE.%20thuiswonende%20dementierende.pdf](http://www.vilans.nl/Site_Domotica/docs/Functioneel%20PvE.%20thuiswonende%20dementierende.pdf)

**9) Van Megchelen, P**, (2008). Licht en melatonine goed voor Alzheimerpatiënt.

Geraadpleegd op 21 juli 2008

<http://www.zonmw.nl/nl/organisatie/publicaties/mediator/mediator-4-2008/licht-en-melatonine-goed-voor-alzheimerpatiënt/>

**10) Mandemaker, T**, (augustus 2007). Licht voor ouderen en mensen met dementie.

Geraadpleegd op 8 juli 2008

[http://www.vilans.nl/Site\\_Domotica/docs/Factsheet%20Licht%20voor%20ouderen%20en%20mensen%20met%20dementie.pdf](http://www.vilans.nl/Site_Domotica/docs/Factsheet%20Licht%20voor%20ouderen%20en%20mensen%20met%20dementie.pdf)

**11) Mercken, C**, (2005). Mantelzorg en dementie.

Geraadpleegd op 13 oktober 2008

[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_binary/o3057\\_Factsheet%20Mantelzorg%20en%20dementie%20NIZW%202005.pdf](http://www.rivm.nl/vtv/object_binary/o3057_Factsheet%20Mantelzorg%20en%20dementie%20NIZW%202005.pdf)

**12) NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg**

(2006), "Snoezelen". Geraadpleegd op 21 juli 2008

<http://verzorgende.fol.nl/snoezelen/snoezelen.htm>

**13) VNG Kennisportal Gehandicaptenzorg**, (2008)

Geraadpleegd op 23 juli 2008

<http://www.kennisportalgehandicaptenzorg.nl>

**14) Vitaal.nl (2008), Dementie**

Geraadpleegd op 29 september 2008

<http://www.vitaal.nl/content.jsp?objectid=1887>

## BIJLAGE: MOGELIJKHEDEN VAN AANPASSING (LIJST)

<b>Woning algemeen: Welzijn bewoners</b>		
	Hoofdstuk/ paragraaf	Bladzijde
De woning zou zo veel mogelijk moeten blijven lijken op wat de bewoner gewend was.	2, Inleiding	12
Veel ruimte (in alle kamers en op gangen).	2, Inleiding	12
Goede verlichting: - minimaal 1500 lux als de bewoner niet goed kan zien. - 1000 lux om dag en nachtritme te reguleren (tussen 9 en 18 uur).	3	18
Geen spiegels, alleen in de badkamer.	2.2	14
Antislipvloeren.	2.4 Algemeen	15
Geen losse kleden of snoeren, geen obstakels (die de dementerende niet gewend was)	2.4 Algemeen	15
Leuningen aan weerszijden van de trap, bij het bad en de WC.	2.4 Algemeen	15
Beveiligde stopcontacten.	2.4 Algemeen	16
Het installeren van gasdetectors en rookmelders (als er ook andere mensen in huis wonen).	2.4 Koken	16
Ergens op een opvallende plek een notitiebord voor foto's, dagbesteding, kalender.	2, Inleiding	12
Voor de partner/mantelzorger een privé slaapkamer	6	23
<b>Woning algemeen: Herkenbaarheid</b>		
Functies van ruimten duidelijk aangeven (slaapkamer - slaapkamermeubelen, woonkamer – woonkamermeubelen enz.).	2, Inleiding	12
Opvallend gekleurde deuren van belangrijke vertrekken of naamplaatjes voor wc, keuken, etc.	2.2 Dwaalgedrag, 2.3 Incontinentie	14/15
Duidelijke klokken (die elk uur slaan).	2, Inleiding	12
Gebruiksvoorwerpen vervangen door soortgelijke voorwerpen in "ouderwetse" uitvoering (telefoon met een hoorn en toetsen/ draaischijf, klokken met wijzers, radio en tv)	2, Inleiding	12
<b>Slaapkamer</b>		
Verduisterende gordijnen	2.2 Dwaalgedrag	13/14
Nachtlampjes	2.2 Dwaalgedrag	14
Mogelijkheid tot lichtsnoer dat naar het toilet leidt.	2.2 Dwaalgedrag, 2.3 Incontinentie	15
Geen grove naden in het beddengoed	2.3 Doorliggen	14
Waterdichte beschermers voor matras, kussens en dekbedden.	2.3 Incontinentie	15
Absorberende, heet wasbare lakens en kussenslopen	2.3 Incontinentie	15
<b>Badkamer/toilet</b>		
Permanent lampje in het toilet.	2.3 Incontinentie	15
Het toilet moet makkelijk herkenbaar en te gebruiken zijn.	2.3 Incontinentie	15
Toiletten zijn het beste te vinden met afbeeldingen op de vloer.	2.3 Incontinentie	15
De mogelijkheid tot het achter slot bewaren van medicijnen.	2.4 Algemeen	15

Handdouche	2.4 Wassen en baden	17
Mogelijkheid tot zitten in de douche	2.4 Wassen en baden	17
Antisliptegels en –matten	2.4 Wassen en baden	17
Armsteunen en handgrepen	2.4 Wassen en baden	17
Extra afvoermogelijkheid voor wasbakken/bad of het verwijderen van stoppen	2.4 Wassen en baden	17
Sloten op badkamer en WC deuren die van buitenaf opengemaakt kunnen worden.	2.4 Algemeen	16
Thermostaatkranen die vastgezet kunnen worden op een veilige temperatuur.	2.4 Algemeen	16
Natuurlijke elementen in de badkamer (rust)	2.4 Wassen en baden	17
<b>Hal/gang/tuin</b>		
Sloten aan boven- of onderkant van de deur (geen extra sloten maar dus geen slot op de gebruikelijke plek).	2.2 Dwaalgedrag	14
Deuren moeten niet van binnen met grendels afgesloten kunnen worden.	2.2 Dwaalgedrag	14
Een afgesloten hek rond de tuin.	2.2 Dwaalgedrag	14
Gecamoufleerde buitendeuren (met gordijn of scherm, of met het behang dat ook op de muur zit).	2.2 Dwaalgedrag	14
Een donkere plek (bijv. donkere tegels) van ± een halve meter breed voor de deur kan voor een gat aangezien worden en wordt daardoor nog wel eens vermeden.	2.2 Dwaalgedrag	14
Jassen en sjaals uit het zicht hangen.	2.2 Dwaalgedrag	14
<b>Woonkamer</b>		
Zoals de bewoner gewend is/was.	2 Algemeen	12
Geen grove naden in de meubels.	2.3 Doorliggen	14
De mogelijkheid tot het achter slot bewaren van belangrijke documenten.	2.4 Algemeen	16
Herkenningspunten (foto's, klokken, kalender).	2 Algemeen, 2.2 Dwaalgedrag	12
<b>Keuken</b>		
Beveiligde gastoestellen met één of meer van de volgende functies: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beveiligde draaiknoppen</li> <li>• Aparte knop voor vonkontsteking</li> <li>• Eénknopsbediening waarbij gaskraan en vonkontsteking gelijktijdig geactiveerd worden</li> <li>• Ionisatie-beveiliging (een elektrode meet of het gas brandt)</li> <li>• Automatische herstart (bijvoorbeeld bij uitwaaien)</li> <li>• Kooktijdbegrenzing</li> <li>• Kinderslot</li> <li>• De mogelijkheid tot het achter slot bewaren van medicijnen, schoonmaakmiddelen, scherpe messen, gevaarlijke apparaten.</li> </ul>	2.4 Koken	16



# TECHNOLOGIE THUIS · NU!



**OT  
IB**

Technologie Thuis Nu! is een project van het Opleidings- en ontwikkelingsfonds van het Technisch InstallatieBedrijf (OTIB). In OTIB zijn vertegenwoordigd:

