

Teun Hamer

# Belevingsgerichte zorg in de praktijk: gewoon doen!

Teun Hamer

Klinisch psycholoog/gedragstherapeut

Zorgcentrum St. Jansgeleen te Geleen

Orbis Medisch en zorgconcern.

e-mail t.hamer@orbisconcern.nl

## Samenvatting

Belevingsgerichte zorg voor dementerende mag zich verheugen in een groeiende belangstelling en vindt ingang in tal van psychogeriatrische zorgsituaties. Een probleem is evenwel de vertaalslag van het theoretische en filosofische begrippenkader, vaak geformuleerd door academisch gevormde deskundigen, naar de dagelijkse zorgpraktijk. In dit artikel wordt een methode gepresenteerd die het de verzorgende mogelijk maakt om middels een systeem van tips en aanbevelingen (wel-doen; niet-doen) adequate Belevingsgerichte zorg te verlenen, aangepast aan het niveau van de dementerende en toegepast in verschillende belangrijke zorggebieden.

**H**oewel uit wetenschappelijk oogpunt bekeken Belevingsgerichte Zorg vooralsnog omstreden blijft op het punt van klinische effectiviteit, zijn er toch veel aanwijzingen dat deze manier van werken voor verzorgers en mensen met dementie positieve gevolgen heeft. Belevingsgerichte Zorg lijkt als sterke kant te hebben dat de zorg afgestemd wordt op de individuele behoefte, de sociale contacten verbeterd, probleemgedrag doet afnemen en zich goed laat aanvullen met tal van psychosociale interventies. Hiermee wordt de kwaliteit van leven van de dementerende ongetwijfeld bevorderd.

Dit kan natuurlijk komen door meer specifieke factoren. Cohen-Mansfield (2001) poneert in haar review over non-farmacologische interventies, zelfs de stelling dat het actieve ingrediënt van al deze benaderingen wel eens zou kunnen liggen in de krachtige uitwerking van het sociale contact. Dit zou volgens haar overigens ook een goede verklaringsgrond kunnen zijn voor het hoge placebo effect van farmacologische beïnvloeding van probleemgedrag.

Een uitweg is wellicht dat we ons meer moeten gaan afvragen wat nu aangewezen is voor welke cliënt, in welke fase van dementie, met welk probleemgedrag en in welke situatie.

Dit is ook een van de aanbevelingen die Finnema et al (2000) zien als de uitdaging voor de zorgsector. In ons psychogeriatrisch zorgcentrum hebben we dit punt opgepakt. We hebben gepoogd gedrags-, omgevings-, en communicatie aspecten die passen bij Belevingsgerichte zorg te matchen met de fase van dementie waarin de client zich bevindt en maar de zorggebieden waarbinnen de verzorgende de client ontmoet. Dit artikel beschrijft het materiaal dat door ons is ontwikkeld en de wijze waarop wij een goede implementatie pogen te bevorderen. Wij wilden de verzorgende een zorgkundig instrument in handen geven waarmee hij de dagelijkse zorg kan vormgeven en toetsen. In het vervolg van dit artikel zal dit instrument beschreven worden, waarbij ook het bijbehorende proces van implementatie in de dagelijkse zorg aan de orde zal komen.

## Dementiestadia: fasen in de ik-beleving

Dementie heeft een progressief verloop. De dementerende doorloopt verschillende fasen in zijn ziekte. Deze fasen veranderen de ik-beleving en de functionele capaciteiten en daarmee de persoonlijke verschijningsvorm. In de literatuur over de Belevingsgerichte zorg worden hiervoor diverse begripsaanduidingen gebruikt. Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillende benamingen die men zoal tegenkomt. Hoewel men nergens expliciet verwijzingen tegen komt naar de kwantitatief bepaalde ernst van de dementie die bij een fase hoort, wordt in deze tabel de mate van ernst tentatief geoperationaliseerd met de gangbare terminologie van de MMSE (Visser, 2000). Bij mijn weten is hier nooit onderzoek naar gedaan. Finnema (2000) geeft wel GDS scores, maar koppelt deze niet aan de fase van ik-beleving. Belangrijk is het te bedenken dat deze stadia alleen gelden voor de ziekte van Alzheimer en daaraan verwante vormen van dementie. Voor andere vormen zoals vasculaire dementie, frontaal-kwab dementie, Lewy-lichaampjes dementie, enz, zullen deze indelingen steeds met terughoudendheid gebruikt moeten worden.

## Aanleiding tot de ontwikkeling van onze methodiek

Dröes, de Lange, van der Kooij, Finnema, (1999, 2000) hebben onderzoek verricht naar de effectiviteit van Belevingsgerichte zorg in de praktijk van het verpleeghuis. Dit was voor ons zorgcentrum aanleiding deze zorgvorm op te pakken. De participatie bracht met

Namens de projectgroep Belevingsgerichte Zorg Zorgcentrum St. Jansgeleen. Met dank aan Bep de Lange Charles Smits, Miranda Leurs, Jeannet van Oppen, Rini Gepkens, Ron Hoenen, Marianne van Zijden-Hoogenboezem, Cobi van Waart, Fer Driessen, Toine Creemers en alle anderen die een bijdrage geleverd hebben aan dit project.

Tabel 1. Enkele auteurs en hun terminologie van stadiering.

MMSE score	8-23 beginnende en milde dementie	4-7 matig ernstige dementie	0-3 ernstige dementie	0-3 ernstige dementie
Verdult en van der Kooij (1997)	Bedreigde -ik	Verdwaalde-ik	Verborgen-ik	Verzonken-ik
Naomi Feil (Benjamin, 1999)	Lichte verwardheid	Verwardheid in de tijd	Voortdurende beweging	Vegeteren.
Souren en Franssen (1993)	Aansporings-stadium	Interventie-stadium	Gedeeltelijke overname	Algehele overname
Hoveling (1995)	Bedreigd bestaan	Emotionele fase	Psychomotore fase	Zintuiglijke fase

Van der Kooij en Verdult hebben in navolging van Feil de stadia uitgewerkt in karakteristieke uiterlijke kenmerken, waaraan men het stadium waarin de dementerende zich globaal bevindt kan herkennen.

#### Box 1 Zorggebieden verzorging en dagbesteding voor de fase verdwaalde ik-beleving, tekst poster

##### Verzorging

- Zeg wat je doet of gaat doen
- Werk altijd op dezelfde manier
- Vermijd ingewikkelde handelingen
- Geef één op één verzorging en werk rustig
- Houd verbaal en non-verbaal contact
- Praat niet terwijl de cliënt bezig is
- Maak de cliënt opmerkzaam op zijn uiterlijk (spiegel, complimentje)
- Bied keuze mogelijkheden, maar beperk tot kiezen uit twee

##### Dagbesteding, activiteiten en hobby's

- Stel het dagbestedingsprogramma samen in overleg met de cliënt, maar geef sturing op basis van vroegere en huidige voorkeuren
- Stimuleer deelname met zachte overreding, praten en aanraken
- Houd het activiteitsaanbod op een eenvoudig niveau
- Houd activiteiten kort of met pauzes
- Gebruik gesloten vragen

zich mee dat één afdeling door het IMOZ werd geschoold in het toepassen van belevingsgerichte zorg. De betreffende afdeling is de terminologie van Verdult en van der Kooij gaan hanteren. Verder is men gaan werken met een consulente Belevingsgerichte zorg die het proces binnen het zorgteam gestalte gaf. De medewerkers volgden allen de opleiding bij het IMOZ, die in het kader van het onderzoek werd aangeboden (Kooij van der en Hoveling, 2002; Kooij van der, 1996a en b, 2001). Parallel aan deze ontwikkeling legde een andere afdeling zich toe op de ontwikkeling van het snoezelen. Men ontwikkelde een snoezel-observatiemethode om te bepalen welke vormen van zintuiglijke stimulering de persoon met dementie aanspreken. Er werd een snoezelruimte ingericht, een snoezel-badkamer, objecten in de afdelingsruimte enz. Medewerkers legden zich toe op het gebruik van vormen van massage, visuele en auditieve stimulering en aromatherapie.

Beide afdelingen bleken in staat de kernelementen van Belevingsgerichte zorg binnen hun eigen afdeling te verwezenlijken. Dit leidde tot afname van de hoeveelheid voorgeschreven medicatie en vermindering van onrust. Hoewel deze veranderingen niet onderbouwd zijn met metingen is dit de stellige klinische indruk van alle betrokken disciplines. Afgaande op de reeds beschreven onderzoeksresultaten elders en de uitkomsten van het onderzoek waaraan was deelgenomen, kan gesteld worden dat deze 2 afdelingen een werkwijze hadden ontwikkeld die effectief was in de omgang met de cliënten. Dit vormde de aanleiding voor het management om een multidisciplinaire projectgroep in te stellen die als taak kreeg een methode te ontwikkelen om het hele psychogeriatrisch zorgcentrum met deze methodiek te gaan laten werken. Gezien de omvang van ons centrum was een scholing voor iedereen door een instituut als het IMOZ niet haalbaar. Dit zou te kostbaar worden en bovendien erg veel tijd in beslag gaan nemen. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe de projectgroep haar taak heeft aangepakt.

##### Vanuit de praktijk verder bouwen

Gezien de algemeen zeer positieve resultaten van de twee bovengenoemde afdelingen leek het de projectgroep aangewezen om te bezien of het mogelijk was de concrete werkzaamheden van alle dag expliciet te beschrijven vanuit de optiek van Belevingsgerichte zorg. Op deze manier zou een best-practice model ontwikkeld kunnen worden. In het zorgcentrum wordt gewerkt met een verzorgingsplan dat uit acht zorggebieden bestaat. Deze gebieden zijn afgeleid uit het methodisch verplegen en zijn sinds een aantal jaren ingeburgerd op alle afdelingen.

Het betreft de volgende gebieden:

- Rol en relatie;
- Verzorging
- Bewegen;
- Uitscheiding;
- Voeding en stofwisseling;
- Dagbesteding / activiteiten en hobby's;
- Slaap/rust;
- Wondverzorging.

De verzorgenden zijn zeer vertrouwd met deze zorggebieden en gebruiken deze om de individuele verzorgingsplannen te maken. De terminologie is afkomstig uit hun eigen deskundigheidsgebied. Het zorggebied 'rol en relatie' is bijzonder, omdat het expliciet in gaat op hoe de cliënt zich zelf beleefd en wat dit betekent voor de sociale interactie met de cliënt. De behoefte hieraan kwam uit de groep verzorgenden zelf.

Met de acht verzorgingsgebieden als leidraad is per fase van dementie, de ik-beleving, aangegeven welke zorgkundige aspecten aangewezen zijn. Bovendien is per zorggebied aangegeven welke punten altijd van belang zijn ongeacht het stadium van dementie. Dit heeft geleid tot een matrix bestaande uit 8x5 cellen die in poster-vorm zijn weergegeven. Vanuit deze matrix is een handzaam boekje in de vorm van een waaier samengesteld, waarin de punten omgewerkt zijn naar 'wel-doen en niet-doen' (Zie box 1, 2 en 3).

Box 2 Zorggebieden verzorging en dagbesteding voor de fase verdwaalde ik-beleving, tekst waaier

#### Verzorging

##### Wel doen:

- Zeggen wat je gaat doen;
- Vaste routine;
- Contact houden;
- Rustig werken;
- Complimentjes geven;
- In de spiegel laten kijken.

##### Niet doen:

- Ingewikkelde handelingen;
- Praten terwijl cliënt bezig is;
- Open keuzes geven.

#### Dagbesteding, activiteiten en hobby's

##### Wel doen:

- Inhoud sturen;
- Voorkeuren volgen;
- Gesloten vragen;
- Stimuleren.

##### Niet doen:

- Ingewikkelde activiteiten;
- Te lang doorgaan

Box 3 Zorggebieden verzorging en dagbesteding algemene punten, tekst waaier

#### Verzorging

##### Wel doen:

- Rekening houden met vaste gewoonten;
- Warme kamer;
- Warme handen;
- Rekening houden met; schaamte;
- Eén op één verzorging;
- Complimentjes geven;
- Rustig werken.

##### Niet doen:

- Zorg te vlug overnemen;
- Haast hebben.

#### Dagbesteding, activiteiten en hobby's

##### Wel doen:

- Dagbestedingsprogramma;
- Aansluiten bij interesses;
- Restcapaciteiten gebruiken;
- Rustmomenten inlassen;
- Gebruik: muziek, bewegen, reminiscentie, snoezelen;
- Stimulerende materialen;
- Vaste routine.

##### Niet doen:

- Herstel nastreven;
- Nieuwe dingen leren;
- Trainen.

De bedoeling hiervan is de verzorgende een concrete set van gedragsaanbevelingen letterlijk voor ogen te houden en in handen te geven. Beide zijn fraai vormgegeven in opvallende kleuren. Het geheel wordt ondersteund met een boekje waarin nadere uitleg gegeven wordt en verschillende observatieformulieren zijn afgedrukt. Waaier en poster samen voorzien op een eenvoudige, visuele en tastbare manier in datgene waar Finnema et al (2000) op doelden:

**Expliciet maken welke interventies geschikt zijn in welk stadium van dementie en voor welke zorgvraag.**

Op het moment dat de verzorgende de punten, die dus allemaal afkomstig zijn uit het eigen zorgkundige handelen, gaat gebruiken, zal hij merken dat de cliënt hier goed op reageert. We durven dit te stellen op basis van de ervaringen van onze twee pionierafdelingen. Dit stimuleert het gebruik en het toepassen en kan uiteindelijk leiden tot de gewenste verandering in de zorghouding. Deze verandering is dan als het ware al-doende (operant) tot stand gekomen. Hiermee is natuurlijk nog lang niet gegarandeerd dat de verzorgende dit ook werkelijk allemaal gaat en vooral ook blijft doen. Vandaar dat de projectgroep ook een implementatie traject heeft uitgezet. Hierover gaat de volgende paragraaf.

#### Implementatie van Belevingsgerichte zorg

Poster en Waaier vormen de kern van het geheel. Echter om hier mee te gaan werken is een basaal kennisniveau over Belevingsgerichte zorg nodig. In het zorgcentrum liep reeds een cursus voor alle verzorgenden op het gebied van omgaan met probleemgedrag: Het

ABC van gedragsverandering bij ouderen (Hamer en Voesten, 2001; Hamer, 2002). Deze methode, die wortelt in communicatie en toegepaste leertheorie, vertoont veel overeenkomsten met de concepten in de Belevingsgerichte zorg. Met name het aspect van goede communicatie, inleving in de behoefte, eigen gedrag, prikkels uit de omgeving, enz als uitlokkers en bestendigers van problemen past heel goed bij de Belevingsgerichte zorg uitgangspunten. Voor de medewerkers in de psychogeriatrische zorg werd de ABC cursus uitgebreid met les in kennis en vaardigheden Belevingsgerichte zorg op basis niveau. Naast de houdingsaspecten leerden de verzorgenden ook hoe zij de observatieformulieren moesten gaan gebruiken om te bepalen in welke fase de cliënt zich bevindt en wat belangrijke individuele zorgaspecten zijn. (zie box 4) De formulieren zijn met enkele kleine aanpassingen overgenomen vanuit de IMOZ opleiding en geordend volgens het SAMPC model. Alle verzorgenden hebben inmiddels de ABC cursus en aanvulling gevolgd en voor nieuwe personeelsleden worden 2x per jaar cursussen georganiseerd.

Voorjaar 2003, werden poster en waaier officieel gepresenteerd op een feestelijke middag. Alle medewerkers hebben de waaier gekregen en op iedere afdeling hangt de poster.

Hieraan was een stellingen offensief vooraf gegaan. Iedere week werden naar ieder afdeling twee prikkelende stellingen voor bij de koffie gestuurd. Bijvoorbeeld:

‘Belevingsgerichte zorg is onuitvoerbaar want dit kost te veel tijd’ of ‘Belevingsgerichte zorg is meer dan lief en aardig zijn’

Op alle afdelingen zijn kartrekkers benoemd, die verantwoordelijkheid dragen het verzorgend handelen te sturen in de richting van de Belevingsgerichte zorg. Deze kartrekkers worden eenmaal in de maand gecoached door de consulente Belevingsgerichte zorg en de

Box 4 voorbeelden uit het observatieformulier Belevingsgerichte Zorg

S omatiek	• Is bij de cliënt wondverzorging nodig? Zo ja wat en hoe? Hoe beleeft de cliënt deze verzorging?
A DL	• Hoe laat staat de cliënt ongeveer op. • Hoe is zijn stemming tijdens het opstaan? • Wat doe je om de stemming positief te beïnvloeden?
M aatschappelijk	• Heeft de cliënt negatieve gevoelens tijdens de verzorging? Welke gevoelens en hoe ga je daar mee om? • Is de cliënt doelgericht? • (hoe gaat de cliënt om in de regel met hulpverleners, medecliënten en familie)
P ysichisch	• Speelt geloof nog een rol? Zo ja op welke manier beleeft de cliënt zijn geloof? • In welke tijd, plaats, wereld leeft de cliënt (Ik-beleving)? • Wanneer voelt de cliënt angst, verdriet of boosheid? (Zijn er concrete aanleidingen, mensen of situaties aan te wijzen?)
C ommunicatie	• Op welke manier kijkt de cliënt je aan. (fel met stekende ogen of meer zoekend?) • Zoekt de cliënt uit zichzelf contact met anderen? (Zo nee, hoe ga je hier mee om?)
V oeding	• Wat vindt de cliënt lekker? • Hoe beleeft de cliënt de eetsituatie / maaltijden? (Groepsgrootte, alleen zitten, op de eigen kamer eten, enz)

aandachtsfunctionaris snoezelen. De psycholoog helpt met het maken van ABC gedragsanalyses daar waar toch probleemgedrag ontstaat en stimuleert het bedenken van interventies die weer passen in het kader van de Belevingsgerichte zorg.

**Tot slot**

Wij zijn van mening dat wij een concreet en hanteerbaar zorgkundig instrument ontwikkeld hebben, waarmee de verzorgende in staat is belevingsgericht 'te doen'. Wij verwachten dat de verzorgenden hiermee hun werk kunnen vormgeven op een manier die past bij de dementerende in zijn specifieke behoefte op een specifiek zorgmoment. Van een complex geheel van filosofieën en opvattingen, dat voor de verzorgenden in wezen moeilijk toegankelijk is, hebben wij

een op de praktijk gebaseerd overdraagbaar en aan te leren geheel van 'doen' of 'niet-doen' gemaakt. Met een relatief geringe nascholingsinspanning, die daardoor ook haalbaar is binnen de organisatie, maken wij deze Belevingsgerichte zorg voor de dementerende beschikbaar. Niet alleen het personeel profiteert van deze aanpak, ook mantelzorgers reageren positief op de tips die zij krijgen. Voor degenen die meer willen en kunnen is de weg daarna open voor verdere verdieping. Iets wat wij uiteraard willen stimuleren. Hiermee willen wij geen afbreuk doen aan de aanbevelingen van Dröes en Finnema (2001) die er voor pleiten de Belevingsgerichte zorg in de basisopleiding op te nemen. Overigens heeft één van de regionale opleidingscentra al laten weten dat zij ons systeem graag in hun basisopleiding zouden willen opnemen.

De matrix leent zich goed tot het maken van een scholingsmethode, door bij iedere cel een praktijk demonstratie op DVD te maken. De tekst van de cel vormt dan de leerpunten. Een dergelijke DVD kan gemakkelijk gebruik worden als on the job trainings-instrument, maar ook functioneel zijn in de basisopleiding.

**Summary**

*Emotion oriented care is seen by many as a favorite way of caring for persons with dementia. Many nursing-homes in the Netherlands are trying to use it. Despite this it is difficult to translate the body of*



scientific and philosophic knowledge, mostly originating from academic schooled experts, to the nurse who is working with the patient. This article describes a practice-based model which makes it possible for the nurse, by means of a system of 'do's and do-not's' to give emotion oriented care. The system is adapted for different important areas of care and stages of dementia. ✓

#### Geraadpleegde en aanbevolen literatuur

- Ballard C, J O'Brien, I James and A Swann (2001). Dementia: management of behavioural and psychological symptoms. Oxford University Press
- Benjamin BJ (1999) Validation: A communication Alternative. In: Volicer, L. & L Bloom-Charette (eds). (1999). Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Brown JE (1999). Snoezelen. In: Volicer, L & L Bloom-Charette (eds). (1999). Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Cohen-Mansfield, J (2001) Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviors in dementia. Am J Geriatr Psychiatry 9:4, Fall 2001
- Dröes RM, JCM de Lange, AC Vink, EJ Finnema & C van der Kooij (2002). Belevingsgerichte zorg bij dementie (5). Aanbevelingen voor de toekomst. Denkbeeld, juni, 2002, (8-11)
- Dröes, RM en Finnema E, (2001). Belevingsgerichte zorg bij dementie (1). Theorie en dagelijkse zorg. Denkbeeld, augustus 2001 (6-10).
- Dröes, RM, EJ Finnema, J de Lange, C van der Kooij, e.a. (1999). Geïntegreerde Belevingsgerichte zorg versus gangbare zorg voor dementerende ouderen in het verpleeghuis: een klinisch experiment naar de effecten en kosten. Concept eindrapport Amsterdam/Utrecht: Vrije universiteit Amsterdam, Trimbos-Instituut, NZI
- Finnema E, J de Lange & RM Dröes (2002). Een onderzoek naar de meerwaarde en de kosten. Denkbeeld, april 2002, 8-12
- Finnema E, RM Dröes, M Ribbe & W van Tilburg (2000). The effects of emotion oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. Int J geriatr Psychiatry Feb; 15(2): 141-61
- Finnema, E (2000). Emotion-oriented care in dementia. A psychosocial approach. Proefschrift, Groningen: Stichting Drukkerij C. Regenboog.
- Hamer, AFM & AEJM Voesten (2001). Gedragsverandering? Een ABC-tje! Een cursus voor ziekenverzorgenden. Denkbeeld; februari 2001. (5 pg)

- Hamer, AFM (2002). Probleemgedrag bij dementie: de gedragstherapeutische visie in de zorg. Psychopraxis, jrg 4, nr.6, 244-249.
- Hoffman, SB, & CA Platt (2000). Comforting the Confused. Strategies for Managing Dementia. New York: Springer Publishing Company.
- Hoveling P (1995). De Belevingsgerichte benadering van dementerende ouderen. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jonker C, Verhey, F.R.J. en Slaets, J.P.J. (2001). Alzheimer en andere vormen van dementie. Bohn Stafleu Van Loghum Houten/Diegem
- Kooij van der C (1996). Validation en Belevingsgerichte zorg. Alles gebruiken wat je in huis hebt. TvV, 6 juli 1996
- Kooij van der C & P Hoveling (2002). Belevingsgerichte zorg bij dementie (3). De invoering van geïntegreerde Belevingsgerichte zorg. Denkbeeld, februari 2002, 8-12
- Kooij van der C (1996). Validation en Belevingsgerichte zorg. Op zoek naar gelijkwaardigheid. TvV, 6 juli 1996
- Kooij van der C (2001). Belevingsgerichte zorg bij dementie (2). Wat is geïntegreerde Belevingsgerichte zorg. Denkbeeld, oktober 2001, 16-20
- Lange, J de, CH van der Kooij en RM Dröes (2000). Belevingsgericht werken met ouderen met dementie. De klok rond. In: MT Vink en AEM Hoosemans (red) Gevoelens zijn tijdloos. Belevingsgerichte interventies bij ouderen. Reeks Psychologie en ouderen 4. Bohn Stafleu van Loghum
- Lawton, MP & RL Rubinstein, (eds). (2000). Interventions in Dementia Care. Toward Improving Quality of Life. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Mahoney EK, L Volicer & AC Hurley (2000) Management of challenging behaviors in dementia. Health Professions Press, Inc. Baltimore
- Miesen, B, A Allewijn, C Hertogh, F Groot & M van Weten (red) (2003) De Leidraad Psychogeriatric. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Parker, J & B Penhale (1998). Forgotten People: positive approaches to dementia Care. Ashgate Arena
- Schrijnemakers, VJJ (2002). Effects of emotion oriented care in homes for the elderly. Academisch proefschrift Universiteit Maastricht
- Souren, L & E Franssen (1993) Verbroken verbindingen,. De ziekte van Alzheimer, Deel 1-Ontstaan en beloop. Swets & Zeitlinger
- Verdult, R (1997). Dement worden: een kindertijd in beeld. Intro.
- Visser PJ (2000). Predictors of Alzheimer type dementia in subjects with mild cognitive impairments. Proefschrift Universiteit Maastricht
- Volicer, L & L Bloom-Charette, L. (eds). (1999). Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Zgola JM (1999) Care that works. A relationship approach to persons with dementia. John Hopkins University Press Baltimore/London.

