

# **Samen verder bouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen**

**Geactualiseerd Dementieplan Vlaanderen  
2016 - 2019**

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	3
2. Prevalentie van personen met dementie in Vlaanderen .....	6
3. Doelstellingen en acties.....	9
3.1 Genuanceerde beeldvorming als voorwaarde tot een humaan dementiebeleid	9
3.2 Het concept van de Dementievriendelijke gemeente als verbijzondering van een leeftijdsvriendelijk beleid ontwikkelt zich verder in Vlaanderen. ....	11
3.3 We bevorderen een gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving om de kans op dementie te verminderen .....	12
3.4 We versterken de autonomie van de persoon met dementie en zijn mantelzorger .....	14
3.5 We voorzien in afgestemde en doelgerichte zorg en ondersteuning op maat gedurende het gehele dementieproces.....	17
3.6 We hebben ook aandacht voor dementie op jonge leeftijd en erkennen de specifieke zorg- en ondersteuningsnoden.....	22
3.7 Vlaanderen stimuleert het wetenschappelijk onderzoek inzake dementie en dementiezorg. ....	24
3.8 Onderwijs en vorming .....	26
4. Tot slot.....	27

# 1. Inleiding

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt het aantal personen met dementie wereldwijd geschat op 36 miljoen. Momenteel bestaat er geen afdoende remedie tegen deze aandoening. In 2050 verwacht de WHO een stijging tot 115 miljoen personen<sup>1</sup> die getroffen worden door de aandoening over de hele wereld. De zorg en ondersteuning voor personen met dementie is een grote uitdaging voor de getroffen families en mantelzorgers, de zorgverleners en gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. De jaarlijkse kost voor de zorg voor en ondersteuning van personen met dementie wereldwijd wordt geschat op meer dan € 515 biljoen<sup>2</sup>. Dit is vergelijkbaar met het jaarlijks bruto binnenlands product van België. De context van de moeilijke economische situatie vereist dat de beschikbare middelen op een efficiënte manier worden ingezet.

Vlaanderen telt vandaag zo'n 122.000 personen met dementie, waarvan ongeveer 70% thuis woont, al dan niet omringd door familie, kennissen en vrienden. Het aantal personen met dementie zal tegen 2030 stijgen met een kwart (25%). Het is een opdracht van alle overheden, zorgverstrekkers en zeker ook voor onze samenleving om de personen met dementie hun volwaardige plaats in de samenleving te doen behouden en samen in de nodige zorg- en ondersteuning te voorzien.

Diverse Europese landen en ook Vlaanderen ontwikkelden een integraal dementiebeleid waarin medische zorg, psychosociale begeleiding, sociale ondersteuning en wetenschappelijk onderzoek elkaar versterken. De Vlaamse overheid kiest voor een adequate begeleiding van personen met dementie en hun omgeving. Deze valt of staat met een optimale zorg en ondersteuning die de persoon met dementie en zijn omgeving zelf in handen houdt en bepaald wordt door de zorg en ondersteuningsnoden van de persoon met dementie en zijn directe omgeving.

Als zorgmodel kiest de Vlaamse overheid voor het conceptuele raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsvoorzieningen van de Wereld Gezondheidsorganisatie<sup>3</sup> (WHO, 2015).

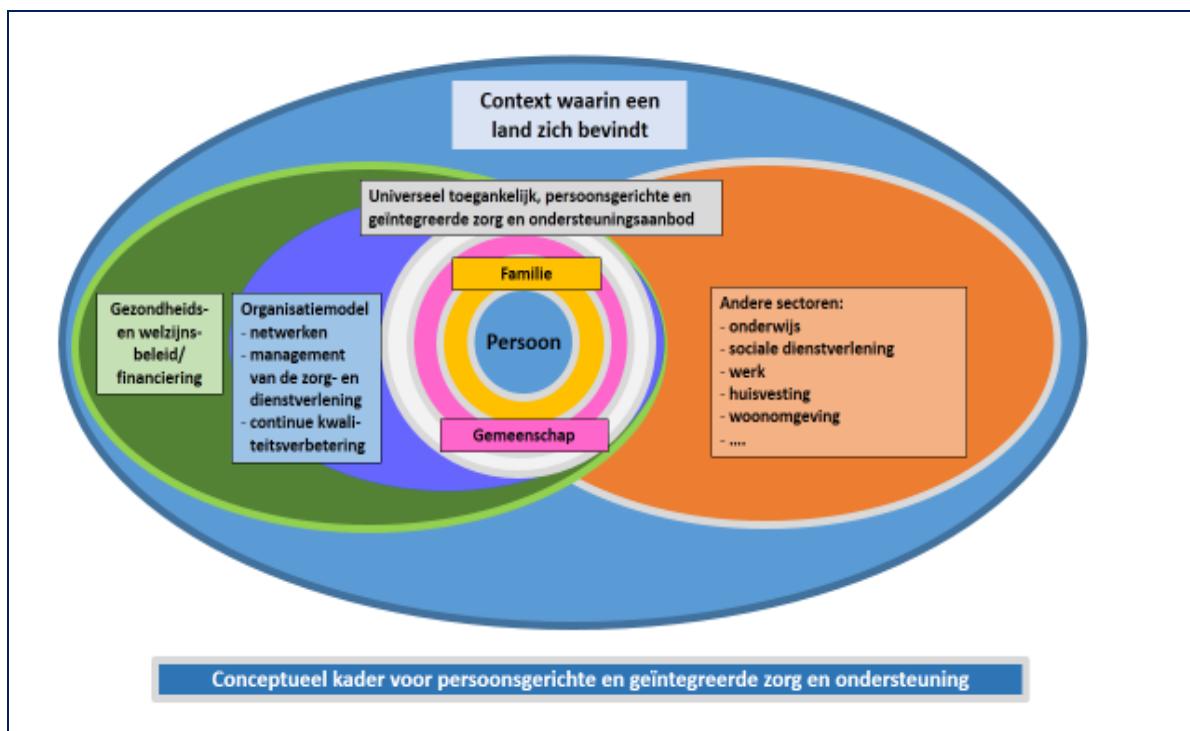
Bij de vraaggestuurde, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning op maat van de persoon met dementie gaat het om een benadering die doelbewust vertrekt van de perspectieven van deze persoon, zijn familie, vrienden en de gemeenschap(-pen) waartoe hij behoort. Het concept beschouwt hen enerzijds als deelnemers, anderzijds als begunstigden van een performant, vertrouwenswekkend welzijns- en zorgsysteem dat beantwoordt aan hun specifieke noden en voorkeuren op een menselijke en holistische wijze. De zorg en ondersteuning wordt georganiseerd met de focus op hun noden en verwachtingen, veeleer dan op hun gebreken of ziektes. In het WHO-concept zet men in op zowel de lichamelijke, sociaal-economische, psychische als emotionele componenten van het welzijn van mensen.

---

<sup>1</sup> [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dementia\\_20120411/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dementia_20120411/en/)

<sup>2</sup> European prevention of Alzheimer's dementia consortium Summary.

<sup>3</sup> WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. WHO/HIS/SDS/2015.6.



WHO conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg (welzijn en zorg), 2015<sup>4</sup>.

Het WHO-raamwerk verduidelijkt dat efficiënte en effectieve zorg en ondersteuning aan personen met dementie een zaak is van diverse te onderscheiden, maar niet van elkaar te scheiden én elkaar versterkende aspecten. De bijdrage van de persoon zelf, zijn familie of vrienden en de gemeenschap waartoe hij behoort, de universeel, toegankelijke eerstelijnszorg en -ondersteuning, de beschikbaarheid over specialistische zorg en ondersteuning, de leef- en woonomgeving, het organisatiemodel, het welzijns- en zorgbeleid, maar ook de sociale, economische en demografische context waarin Vlaanderen zich bevindt, zijn bepalend voor de wijze waarop zorg en ondersteuning persoonsgericht en geïntegreerd kan worden aangereikt en ervaren.

### **Samen verder bouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen**

Het positieve feit dat onze levensverwachting stijgt, houdt in dat het aantal mensen met dementie verder aangroeit. In deze context blijft de uitdaging tot het verder uitbouwen van een adequate dienstverlening voor personen met dementie extra groot. Het geactualiseerd Dementieplan Vlaanderen (2016-2019) accentueert de regierol van de persoon met dementie en diens omgeving. Een goede zorgvisie zien we breed: de gehele samenleving, ondersteund door het beleid, dient een rol op te nemen. Dit kan door vrijwilligerswerk en goed ondersteunde mantelzorg waar het mogelijk is, professionele ondersteuning waar het nodig is.

De demografische vaststelling impliceert per definitie een noodzakelijke groei in het aanbod aan dementiekundige basiszorg en gespecialiseerde psychosociale ondersteuning. Vlaanderen blijft inzetten op een coherent beleid.

De klemtoon blijft ook op verfijning liggen: niet alleen méér doen, maar het waar nodig ook anders doen. We werken hierbij ruimer dan het medische model. Een geëigend dementiebeleid van zowel de overheid als van zorgorganisaties is een cruciale sleutel. De voorliggende actualisatie van het

<sup>4</sup> Naar: WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. WHO/HIS/SDS/2015.6.

dementieplan Vlaanderen past binnen het Vlaams Ouderenbeleidsplan 2015-2020. Vlaanderen kiest hierin onder meer voor het behoud van een autonoom en kwaliteitsvol leven waarbij een gezonde leefstijl aangemoedigd wordt. Persoonsgerichte, vraaggestuurde en geïntegreerde zorg en ondersteuning draagt ertoe bij dat de juiste en gecoördineerde mix beschikbaar is voor de persoon met dementie op de juiste plaats, op het juiste moment en verleend door de juiste persoon. Dit betekent zorg op maat. Hierbij wordt eveneens rekening gehouden met de noden van de mantelzorger(s). De ondersteuning en de versterking van de omgeving rond de oudere persoon maakt deel uit van deze integrale visie.

Niet alleen ouderen, ook jonge personen met dementie hebben recht op een passend en vernieuwend zorgaanbod met specifieke aandacht voor de voorkomende noden. Er wordt voorrang gegeven aan de meest kwetsbaren en de zwaarst zorgbehoevenden.

Tenslotte wordt ervoor geijverd dat al wie zorg en ondersteuning vraagt op een kwalitatieve wijze zo lang en zo zelfstandig mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving kan blijven wonen .

Een visie op personen met dementie die recht doet aan de realiteit vormt de basis van dit geactualiseerd dementieplan. Hierbij staan competentiedenken en een respectvolle omgang centraal. We focussen op resterende mogelijkheden en zien mensen met dementie als volwaardige burgers die zoveel mogelijk blijven deel uitmaken van de samenleving. Eigen zorgregie en maximaal behoud van de individuele autonomie zijn basisvoorwaarden om de levenskwaliteit van mensen met dementie en hun naasten te verhogen. Dit is geen eenrichtingsverkeer, maar een dialoog waarin we blijvend kunnen leren van mensen met dementie als ervaringsdeskundigen.

Het voorliggend plan moet gelezen worden als een evaluatie en actualisatie van het eerste dementieplan 2010-2014. De fundamenten uit het eerste plan zijn nog steeds actueel. De belangrijkste verschuivingen en nieuwe inzichten werden opgenomen in dit nieuwe plan.

## 2. Prevalentie van personen met dementie in Vlaanderen

Voor een goed toekomstgericht zorg- en ondersteuningsbeleid is het noodzakelijk betrouwbare cijfers<sup>5</sup> te hebben over het aantal personen met dementie in Vlaanderen. Deze cijfers moeten betrekking hebben op het heden en de toekomst, binnen 10 of 20 jaar, en dat liefst uitgesplitst naar regio. Op basis van dergelijke cijfers kan een planning worden gemaakt van de behoefte aan zorg en ondersteuning.

Recent is een wetenschappelijk onderzoek<sup>6</sup> opgestart om nauwkeurigere prevalentiecijfers voor Vlaanderen te berekenen op basis van de best beschikbare data over risico's en bevolkingscijfers, waar mogelijk opgesplitst per regio. Deze resultaten zullen beschikbaar zijn tegen eind 2017. Deze kunnen de basis zijn van een mogelijke bijsturing van de acties in dit plan.

Tot op vandaag hebben we geen exacte cijfers, enerzijds omdat er geen centraal register bestaat waarin informatie verzameld wordt over personen die de diagnose dementie krijgen, anderzijds omdat er sprake is van onderdiagnose. Bij dementie is er geen sprake van een plots zeer duidelijke medisch probleem met een heldere therapie. Dementie is een zeer langzaam proces waarvoor vooralsnog geen medische oplossing bestaat. Bovendien gaat dementie vaak gepaard met gebrek aan ziekte-inzicht. Gevolg is dat lang niet iedereen die dementie heeft, ook op zoek gaat naar een correcte diagnose of deze krijgt.

Voor onze cijfergegevens doen we een beroep op schattingen. Die bestaan in essentie uit het gebruiken van de meest betrouwbare prevalentieschattingen per leeftijd en geslacht. Deze schattingen worden vervolgens toegepast op de bevolkingscijfers van Vlaanderen. In de internationale literatuur zijn diverse schattingen van prevalentie te vinden. Tussen deze schattingen zitten kleine verschillen. We baseren ons hier op de schatting die ook door Alzheimer Europe gebruikt wordt:

%									
Leeftijd	30-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Mannen	0,16%	0,2%	1,8%	3,2%	7,0%	14,5%	20,9%	29,2%	32,4%
Vrouwen	0,09%	0,9%	1,4%	3,8%	7,6%	16,4%	28,5%	44,4%	48,8%

Bron: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>, cijfers op basis van het EuroCoDe onderzoek en (Hofman, Rocca, & Brayne, 1991).

Op basis van de bevolkingsstatistieken voor het Vlaamse gewest (bron be.STAT, peildatum 1/1/2015) geeft dat het volgende aantal personen met dementie:

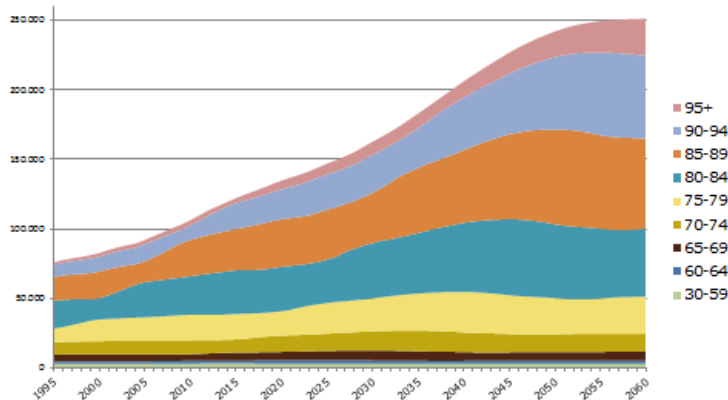
Aantal personen										totaal
Leeftijd	30-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	
Mannen	2.131	391	3.134	4.075	7.874	11.847	8.469	3.906	499	42.326
Vrouwen	1.177	1.762	2.520	5.353	10.513	19.451	21.292	14.717	3.049	79.835
Totaal	3.308	2.153	5.654	9.428	18.387	31.298	29.761	18.623	3.548	122.161

Eenzelfde berekening voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest resulteert in 17.030 personen met dementie (peildatum 1/1/2015). Zorgregio's en lokale overheden die beschikken over bevolkingsstatistieken voor hun gebied opgesplitst naar geslacht en deze leeftijdscategorieën kunnen eenzelfde berekening uitvoeren.

<sup>5</sup> Steyaert, J. (2016). *Prevalentie: hoeveel personen in Vlaanderen hebben dementie?*. In M. Vermeiren (Red.), *Dementie, van begrijpen naar begeleiden*. Brussel: Politeia.

<sup>6</sup> Stichting Alzheimer Onderzoek en LUCAS KU Leuven.

Aantal personen met dementie in het Vlaamse Gewest  
2015-2060



In de media zijn regelmatig berichten te vinden waarin sprake is van een spectaculaire groei van het aantal personen met dementie de volgende decennia. Die cijfers zijn vooral gebaseerd op een sterke groei van de bevolking in ontwikkelingslanden en een stijgende levensverwachting. Voor Vlaanderen is vooral de “dubbele vergrijzing” belangrijk: het aantal mensen op zeer hoge leeftijd stijgt behoorlijk de volgende decennia en juist daar

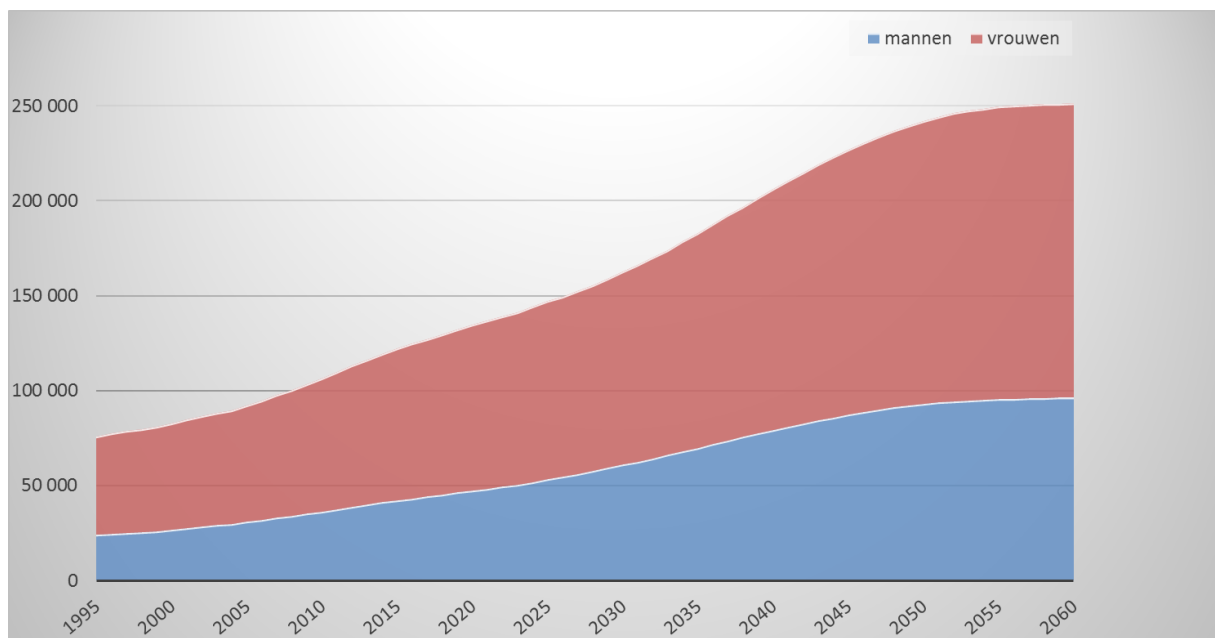
ligt het hoogste risico op dementie. Het aantal personen met een leeftijd van 90 jaar of hoger is in 2015 in Vlaanderen 54.312. Volgens recente bevolkingsprognose zal dat in 2020 stijgen naar 68.048, in 2030 naar 91.267, in 2040 naar 124.337, in 2050 naar 178.330 en in 2060 naar liefst 217.725 personen! Het aantal mensen dat 100 jaar of meer is, zal dan 7.843 bedragen.

Deze cijfers hebben natuurlijk onmiddellijk gevolgen voor het geschatte aantal personen met dementie. Bij gelijkblijvende therapeutische mogelijkheden en leefstijl stijgt het aantal personen met dementie van 122.161 nu naar 162.818 in 2030, naar 206.201 in 2040, naar 242.064 in 2050 en naar 251.166 in 2060. Dit zou een verdubbeling van het aantal personen met dementie in Vlaanderen betekenen.

Uit de grafieken is af te lezen dat deze stijging groter zal zijn bij vrouwen dan bij mannen, en groter bij de hogere leeftijdscategorieën dan bij de ‘lage’ leeftijdscategorieën. Het risico om als individu op een bepaalde leeftijd dementie te ontwikkelen zal de komende jaren niet toenemen, maar kan mogelijk wel op een positieve wijze beïnvloed worden door een gezonde(re) leefstijl.

Opgemerkt moet worden dat in deze cijfers rekening wordt gehouden met jongdementie (de eerste symptomen en de klinische diagnose “dementie” valt voor de leeftijd van 65 jaar). Het aantal personen met jongdementie blijft ongeveer stabiel: naar schatting gaat het over 5.461 personen. Het aantal personen met dementie jonger dan 65 jaar is weliswaar beperkt, maar gelet op de specifieke situatie (nog actief op de arbeidsmarkt, nog studerende kinderen, zeer late diagnose van dementie, ...) verdient deze groep bijzondere aandacht. De specifieke informatie over dit thema is terug te vinden op [www.jongdementie.info](http://www.jongdementie.info).

Evolutie van het aantal personen met dementie volgens geslacht in het Vlaamse Gewest.



langzaam neemt die diversiteit ook in de hogere leeftijdscategorieën toe. Op 1 januari 2015 leefden in het Vlaams Gewest 498.849 (geregistreerde) personen van buitenlandse herkomst. In 2010 bedroeg dit aantal nog 396.982.<sup>7</sup> In 2011 was een kleine 5% van de 65-plussers in Vlaanderen van buitenlandse afkomst. In 2020 verwacht men bijna 6% ouderen met een andere etnisch-culturele achtergrond. De situatie van Brussel is nog spectaculairder. Bijna een derde van de senioren in de hoofdstad is van allochtone afkomst. Deze groep is bovendien nog eens bijzonder divers.

In een recent Nederlands onderzoek werden dementietesten afgenomen bij een steekproef van Nederlanders met een niet-Westerse achtergrond. Men vond in deze groep een prevalentie die drie tot vier keer hoger lag dan bij autochtone Nederlanders. In de komende 10 jaar verwacht men daarom een verdubbeling van het aantal personen met dementie met een migratieachtergrond.<sup>8</sup> Dit stelt ons ook in Vlaanderen voor de uitdaging om binnen onze etnisch-culturele samenleving iedere persoon met dementie in het bereik van de nodige zorg en ondersteuning te brengen.

De relatie tussen etniciteit en het ontwikkelen van Alzheimer- of vasculaire dementie wordt ook in andere studies aangetoond. Leefstijl blijkt hier een belangrijke factor.<sup>9</sup>

Naar de volledige bevolking toe is er recent onderzoek dat aantoont dat cohortes ouderen die een gezondere leefstijl hadden, een lager risico op dementie vertonen ([Wu et al., 2016](#)).<sup>10</sup> Deze ontwikkeling kan een verlagend effect hebben op de incidentiecijfers (het aantal nieuwe personen met een diagnose) waardoor bovengenoemde schattingen naar beneden bijgesteld moeten worden. Het is echter vooralsnog onduidelijk of en in welke mate dit effect zich ook gaat doorzetten naar volgende generaties ouderen. Wel is duidelijk dat het effect beleidsmatig vergroot kan worden door te investeren in een gezonde leefstijl bij alle Vlaamse burgers, in het bijzonder in de leeftijd van 40 of 50 jaar, zodat hun risico op dementie 20 à 30 jaar later, lager ligt dan nu.

---

<sup>7</sup> Studiedienst van de Vlaamse Regering.

<sup>8</sup> Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., van Campen, J. P., Kok, R. M., ter Riet, G., de Rooij, S. E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, advance access*.

<sup>9</sup> Goudsmit M., Parleviet, van Campen, & Schmand, (2011), studie Health, Aging and Body Composition (Health ABC).

<sup>10</sup> Hofman, A., Rocca, W. A., & Brayne, C. (1991). The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *International Journal of Epidemiology*, 20(3), 736 - 748.

Steyaert, J., & Meeuws, S. (2015). *Langer thuis met dementie, de (on)mogelijkheden in beeld*. Antwerpen: EPO.

Wu, Y.-T., Fratiglioni, L., Matthews, F. E., Lobo, A., Breteler, M. M. B., Skoog, I., & Brayne, C. (2016). Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *The Lancet Neurology*, 15(1), 116-124.



## 3. Doelstellingen en acties

### 3.1 Genuanceerde beeldvorming als voorwaarde tot een humaan dementiebeleid

Als we het hebben over mensen met (jong)dementie, spreken we steeds over mensen mét (jong)dementie en niet over '(jong)dementerenden' of '(jong)dementen'. Een correct taalgebruik doet recht aan de persoon die voor ons een waardig persoon blijft, ondanks zijn aandoening.

Vlaanderen zette reeds in op het doorbreken van het taboe rond dementie. De Music For Life actie in 2012 spreekt nog steeds tot de verbeelding. Vlaanderen toonde zich bekommerd om de problematiek en het engagement. De bereidheid van de Vlaamse burgers om zich achteraf dienstbaar op te stellen, bleek groot. De media blijft hierbij een belangrijke rol spelen. Desalniettemin blijft de vaststelling dat het doorbreken van dit taboe een werk van lange adem is en van continu voortgezette inspanningen. Nog teveel mensen blijven ongenueanceerd spreken over dementie.

Gelukkig zijn er reeds heel veel positieve zaken te merken in de praktijk. Een genuanceerde beeldvorming en destigmatisering was een ambitie in het Dementieplan Vlaanderen 2010 – 2014. We hebben de ambitie om deze aanpak, in het huidige dementieplan verder te zetten.

Om de genuanceerde beeldvorming nog beter te stimuleren zullen we ::

- alle facetten en symptomen van dementie en de bijhorende gevoelens tonen;
- de verschillende fasen van dementie belichten. Het dementieproces duurt gemiddeld 8 jaar en de persoon met dementie leeft zo lang mogelijk thuis en wil doen wat hij graag doet. Liefdevol contact blijft mogelijk, ook in de latere fasen en moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden;
- de mantelzorgers volwaardig betrekken bij de zorg en hen terdege erkennen;
- de autonomie van de mensen erkennen;
- de persoon achter de mens blijven zien;
- mensen met dementie aanzetten tot deelname aan de samenleving.

Tegelijk dient er aandacht te gaan naar de beeldvorming over dementie binnen de diverse culturen in Vlaanderen. Gezien elke gemeenschap divers omgaat met dementie, bekijken we in onze acties welke aanpak de meeste kans tot slagen heeft inzake informatieverstrekking.

#### **'Vergeet dementie. Onthou mens'**

De afgelopen legislatuur werd gestart met de campagne 'Vergeet dementie. Onthou mens'. Dit is geen klassieke sensibiliseringscampagne. Het is een langzaam proces van wijziging van de beeldvorming over dementie door gebruik te maken van destigmatiserende counterframes of andere manieren van kijken naar dementie die beter aansluiten bij de werkelijkheid. De woonzorgactoren, gemeenten, verenigingen, iedereen die de boodschap 'Vergeet dementie. Onthou mens' mee wil uitdragen, kan terecht op de website [www.onthoumens.be](http://www.onthoumens.be). Het platform bevat informatie, een catalogus van hulpmiddelen, materialen en ideeën voor wie zelf aan de slag gaat om een website, folder, affiche, artikel, enz. te maken (of te herwerken) over dementie. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (EDV), de Alzheimer Liga Vlaanderen, de Koning Boudewijnstichting, de Vlaamse Ouderenraad, de Vereniging voor Steden en Gemeenten en de Vereniging van Vlaamse Provincies hebben dit mee mogelijk gemaakt. Op de website staat ook een fotodatabank met foto's van mensen met dementie zoals ze zijn, in hun dagdagelijkse omgeving, in relatie met mensen rondom hen, ... De foto's vermijden stereotypen en plaatsen de mens centraal.

Meer dan 250 organisaties, gemeenten of zorgvoorzieningen tekenden reeds de engagementsverklaring in het kader van 'Vergeet Dementie. Onthou mens' en zorgden op die manier voor een grotere bespreekbaarheid van het thema. Dat engagement moeten we koesteren en blijvend stimuleren. Personen met dementie moeten net als andere mensen gewoon deel kunnen uitmaken van onze samenleving op een zo normaal mogelijke manier.

## **Acties**

1. Op basis van de evaluatie van de campagne 'Vergeet dementie. Onthou mens' wordt deze op aangepaste wijze verdergezet. We verduurzamen de sensibilisering en het engagement van de bestaande doelgroepen zoals de formele en informele zorgverleners, lokale besturen, socio-culturele verenigingen, ... Hierbij zal speciale aandacht gaan naar het onderwijs en de media. Daartoe zal ook de campagnewebsite [www.onthoumens.be](http://www.onthoumens.be) visueel en inhoudelijk herwerkt worden met o.a. een nieuwe beeldendatabank, nieuwe getuigenissen en ambassadeurs en actuele 'good practices' die de missie van de campagne ondersteunen. Hiervoor wordt een begeleidingsgroep opgestart die de acties monitort. De campagne(website) wordt online en offline verder bekend gemaakt op relevante fora. Via de sociale media (Facebook, Twitter, LinkedIn) promoten we het onlineplatform [www.onthoumens.be](http://www.onthoumens.be) en dragen we een genuanceerde beeldvorming rond dementie uit. Het EDV is hiervoor verantwoordelijk, in verbondenheid met de andere stakeholders inzake dementiezorg.
2. We ondersteunen initiatieven die een genuanceerd beeld over dementie weerspiegelen. Voorbeelden zijn het sociaal-artistieke initiatief 'De Alzheimer Code' en 'De Stem van ons Geheugen' (contactkoren dementie). Beide initiatieven situeren we binnen de vermaatschappelijking van zorg en in de expertise-opbouw over de sectoren gezondheidszorg en cultuur heen. Dit wordt ook opgenomen in het kader van de afgesloten intentieverklaring tot samenwerking tussen het cultuur- en welzijnsbeleid.
3. We promoten de website [www.dementie.vlaanderen](http://www.dementie.vlaanderen) als portaal voor personen met dementie en hun mantelzorgers, professionelen en de media. Dit overzicht wordt actueel gehouden door het EDV.
4. We gaan na hoe de basiskennis over dementie en genuanceerde beeldvorming ook binnen onderwijs ingang kan vinden.
5. Op basis van lopend onderzoek naar cultuursensitieve zorg worden, in overleg met de betrokken actoren, door het EDV initiatieven genomen om de informatie over dementie beter te laten doordringen bij culturele minderheden in Vlaanderen. Een eerste noodzakelijke doelstelling om kwalitatieve zorg te kunnen bieden, is het meer bespreekbaar stellen van de problematiek van dementie binnen de culturele eigenheid. We zijn in dit kader ook betrokken bij het onderzoek van de Erasmushogeschool. We integreren deze inzichten in de verschillende dementiekundige opleidingen en binnen de overlegplatforms dementie. Het Overleg Platform Dementie binnen de SEL's (of toekomstige samenwerkingsstructuur), kan hierbij buurtgerichte acties starten, zoals het samenbrengen van zorgactoren en de relevante lokale actoren.

### **3.2 Het concept van de Dementievriendelijke gemeente als verbijzondering van een leeftijdsvriendelijk beleid ontwikkelt zich verder in Vlaanderen.**

Dementievriendelijkheid blijft een belangrijk beleidspunt. Investeren in dementievriendelijke gemeenten hoeft niet meteen veel geld te kosten. Belangrijke meerwaarde is dat de persoon met dementie de regie langer in eigen handen kan blijven houden en een hogere levenskwaliteit kan behouden.<sup>11</sup> Een studie van Mittelman (2006)<sup>12</sup> toonde in de Verenigde Staten aan dat een permanente opname in een voorziening met 557 dagen kan worden uitgesteld als de persoon met dementie in een omgeving kan wonen waar voldoende begrip is voor zijn aandoening. Afgelopen jaren werd er in ongeveer 50 Vlaamse gemeenten gewerkt aan een dementievriendelijk lokaal beleid. Een dementievriendelijke gemeente komt tegemoet aan de verbetering van de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en zijn omgeving. Het gaat erom dat mensen met dementie de mogelijkheid krijgen om een kwalitatief leven te leiden, hun eigen keuzes kunnen blijven maken en actief kunnen blijven deelnemen aan de maatschappij. Ondertussen groeide enerzijds de nood bij andere gemeenten om dementievriendelijke initiatieven te ontwikkelen en anderzijds waren er een aantal gemeenten die hun dementievriendelijk beleid wilden verbeteren en toetsen aan bestaande initiatieven. Daarom werd werk gemaakt van 2 instrumenten die tegemoet kwamen aan deze knelpunten: het ontwikkelen van een dementiometer en een handleiding van de Vereniging voor Steden en Gemeenten (VVSG) met de steun van Koning Boudewijnstichting en de medewerking van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Alzheimer Liga Vlaanderen. Deze handleiding is een gids voor iedereen die zijn of haar visie en ideeën rond een dementievriendelijke gemeente in de praktijk wil omzetten.

Het idee achter deze instrumenten was meerledig:

- Inhoudelijke bevindingen/ervaringen van de gemeenten die met de dementiometer hebben gewerkt worden gedeeld met alle andere gemeenten; hierbij gaat het vooral om de goede én concrete voorbeelden.
- Gemeenten worden geïnspireerd om op een correcte wijze om te gaan met de ondersteuning van hun burgers met dementie en hun omgeving.
- Gemeenten krijgen een barometer waaraan ze hun dementievriendelijk beleid kunnen toetsen.

#### **Acties**

1. Om het dementievriendelijk beleid zichtbaar te maken, zal de dementiometer gevisualiseerd worden via een 'widget' (d.i. een specifieke applicatie) die op de website van het lokaal bestuur zal kunnen getoond worden. Er wordt ook nagegaan hoe de verbinding kan worden gemaakt met de methodiek 'gezonde gemeente' vanuit het oogpunt van preventie.

2. Kandidaat-gemeenten die dementievriendelijk willen worden, worden aangespoord om dit te realiseren door initiatieven op te zetten in samenspraak met de VVSG, de regionale expertisecentra dementie en de Alzheimer Liga Vlaanderen. De Vlaamse Regering engageert zich om deze samenwerking te ondersteunen en stimuleert lokale besturen om dit thema op te nemen in hun lokaal sociaal beleid. Deze ondersteuning is opgenomen in de beheersovereenkomst die de Vlaamse overheid met de VVSG heeft afgesloten als partnerorganisatie houdende de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen.

---

<sup>11</sup> [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/news\\_article.php?newsID=2113](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/news_article.php?newsID=2113)

<sup>12</sup> Neurology, Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL, 14 novembre 2006.

### 3.3 We bevorderen een gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving om de kans op dementie te verminderen

Preventie is van groot belang. Een groot aantal hartaandoeningen, beroertes, diabetes type II en kwaadaardige tumoren kunnen vermeden worden indien we voldoende inzetten op preventie. Daarom heeft Vlaanderen gezondheidsdoelstellingen, met speerpunten rond voeding en beweging en rond tabak, alcohol en drugs.

Wetenschappelijk onderzoek heeft ondertussen uitgewezen dat er voortekens van dementie kunnen gevonden worden in de hersenen nog vóór de eerste uiterlijke symptomen verschijnen. Wetenschappers richten hun aandacht naar het vinden van methodes om de aandoening een halt toe te roepen tijdens de pre-symptomatische periode om op deze manier de aandoening te voorkomen of op zijn minst de doorbraak van de uiterlijke symptomen uit te stellen. Zolang geen afdoende medische behandeling gevonden is, zal de prevalentie van dementie, voor een groot deel afhankelijk zijn van de mate waarin we onze algemene gezondheidstoestand zullen verbeteren. Gezond leven en een gezonde leefomgeving zijn belangrijke stappen op weg naar een toekomst met minder kanker, hart- en vaatziekten, diabetes en ook dementie.

In de Rotterdam Studie<sup>13</sup> concluderen de onderzoekers dat het mogelijk is om preventief op te treden tegen dementie door een goede beheersing van de gekende risicofactoren (vb. roken, hoge bloeddruk, diabetes, onvoldoende beweging, ...) zodat het aantal personen met dementie voor een vierde tot een derde kan verminderd worden.

Dit betekent uiteraard ook dat er nog verder moet gezocht worden naar andere, minder voor de hand liggende risicofactoren die de overige twee derde incidenten verklaren.

Maatregelen met als doel dementie te voorkomen hebben de beste kansen op slagen indien ze pragmatisch zijn, gemakkelijk op grote schaal toepasbaar zijn, de verschillende zorgaanbieders betrekken en geen hoge investeringen, kosten of overlast veroorzaken voor de gebruikers, hun behandelende artsen en hun zorgverleners.

#### Preventie op middelbare leeftijd

Ook uit de onderzoeken van Christensen<sup>14</sup> en Matthews<sup>15</sup> blijkt dat een algemeen gezondere leefstijl en gezonde leefomgeving het risico op dementie kan verkleinen. De belangrijkste risicofactor voor dementie is een hoge leeftijd. Vrouwen zouden ook iets meer risico op dementie hebben dan mannen bij gelijkblijvende leeftijd.<sup>16</sup> Leeftijd en gender zijn niet te beïnvloeden. De factoren waar we wel invloed kunnen uitoefenen hebben vooral te maken met (on)gezonde bloedcirculatie: overgewicht, hoge bloeddruk, roken en fysieke inactiviteit.<sup>17</sup> Aandacht op alle leeftijden en zeker op middelbare leeftijd is hiervoor cruciaal.

De krachtigste beïnvloedbare factor (maar daarom niet de gemakkelijkste) is fysieke activiteit. Hoe meer we bewegen, hoe lager het risico op dementie.<sup>18</sup>

De tweede krachtigste beïnvloedbare factor is roken, wat niet alleen het risico op longkanker en aandoeningen van het hart en bloedvaten verhoogt, maar ook het risico op alzheimerdementie.<sup>19</sup>

---

<sup>13</sup> 2015 de Bruijn et al; licensee BioMed Central. DOI 10.1186/s12916-015-0377-5, 'The potential for prevention of dementia across two decades: the prospective, population-based Rotterdam Study'

<sup>14</sup> Christensen et al., 2013.

<sup>15</sup> Matthews et al., 2013.

<sup>16</sup> Erol et al., 2015.

<sup>17</sup> Steyaert, J. and S. Meeuws (2015). Langer thuis met dementie, de (on)mogelijkheden in beeld. Antwerpen, EPO

<sup>18</sup> Steyaert, J. and S. Meeuws (2015). Langer thuis met dementie, de (on)mogelijkheden in beeld. Antwerpen, EPO

Naast de hogervermelde risicofactoren zijn er ook een aantal elementen die ons kunnen beschermen tegen het ontstaan van dementie.

De hersenen actief houden is erg belangrijk. We kunnen de hersenen blijven prikkelen door een actief sociaal leven. Andere manieren zijn het volgen van opleidingen, cursussen, het leren van een nieuwe taal, (vrijwilligers)werk, hobby's of sociale activiteiten. Mensen die actief zijn, zijn beter in staat om de symptomen van dementie 'op te vangen'. Vlaanderen biedt, in samenwerking met de lokale socio-culturele organisaties en de Vlaamse sportclubs, maximale kansen aan alle ouderen om een actieve leefstijl te ontwikkelen of te onderhouden.

Het grote probleem bij het aanbevelen van preventieve maatregelen bestaat erin om de mensen te motiveren om actie te ondernemen alhoewel zij nog geen negatieve symptomen ondervinden.

## Acties

1. Preventieve maatregelen tegen dementie kunnen zowel op het individuele vlak, micro/meso, exo en macroniveau genomen worden. Op regionaal en lokaal niveau hebben de huidige LOGO's een specifieke opdracht te vervullen. De expertisecentra dementie maken afspraken met deze en andere actoren die actief zijn rond preventie om deze gegevens in hun informatieverstrekking op te nemen.
2. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen overlegt met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) om ook het dementiethema een plaats te geven binnen de strategieën voor gezondheidsbevordering in Vlaanderen. VIGeZ zal nagaan hoe de geformuleerde acties op het vlak van preventie van dementie kunnen versterkt worden door inzet van zijn expertise op vlak van algemene gezondheidsbevordering, doelgroepgericht werken naar ouderen en kwetsbare groepen. Dit gebeurt op vlak van de gezondheidsthema's voeding, beweging, sedentair gedrag, tabakspreventie en stoppen met roken, geestelijke gezondheidsbevordering, de werking naar de setting lokale besturen en gezondere leefomgevingen. De winst van een daling van de risicofactoren op dementie dienen we toe te voegen aan bestaande gezondheidsboodschappen en campagnes.
3. Om te komen tot nieuwe preventiedoelstellingen en -strategieën wordt, conform het preventiedecreet, een traject doorlopen dat zal uitmonden in de Gezondheidsconferentie Preventie op 16 en 17 december 2016. Deze gezondheidsconferentie wil het draagvlak aftoetsen, engagementen stimuleren in het werkveld en de kennis van bewezen strategieën (evidence) verhogen om zo richting te geven aan het beleid voor de komende jaren. De Vlaamse overheid, gemeenten, socio-culturele organisaties, sportfederaties en ziekenfondsen worden aangespoord om gezondheidsinitiatieven te organiseren en de burger te motiveren eraan deel te nemen.
4. De Vlaamse Regering keurde een nieuwe collectieve gezondheidsovereenkomst (CGO) goed tussen de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en FEVIA Vlaanderen (Federatie Voedingsindustrie). FEVIA beoogt het bereiken van een productsamenstelling die beter bijdraagt tot het realiseren van een gezond voedingspatroon bij de bevolking.

---

<sup>19</sup> Steyaert, J. and Meeuws, S. (2015). Langer thuis met dementie, de (on)mogelijkheden in beeld. Antwerpen, EPO

### **3.4 We versterken de autonomie van de persoon met dementie en zijn mantelzorger.**

Het uitgangspunt van ons beleid zijn de behoeftes van de persoon met dementie en zijn naasten. Binnen dit kader zal het beleid de voorwaarden scheppen zodat de persoon met dementie zo lang mogelijk de regie over zijn leven in handen houdt. Dat betekent dat we aandacht hebben voor verscheidenheid, individuele beleving en ieders eigen verhaal. Mensen met dementie worden – net als anderen – met respect behandeld en niet terzijde geschoven. Ze krijgen gelijkwaardige kansen en we gaan uit van hun mogelijkheden. Mensen met dementie zien we niet verdwijnen achter hun aandoening. We willen dat mensen met dementie, ongeacht waar en hoe ze wonen, ‘erbij horen’, zich serieus genomen voelen en zoveel mogelijk het leven leiden dat ze wensen. We verwijzen hierbij ook naar het hoofdstuk rond het levenseinde: we wensen dat ze samen met hun omgeving en betekenisvolle anderen tijdig stil staan bij hoe zij hun leven en beslissingen aan het levenseinde vorm kunnen geven.

Uit onderzoek blijkt dat het uiterst belangrijk is om van bij de eerste symptomen van dementie voldoende aandacht te besteden aan het stimuleren, ondersteunen en herstellen van de zelfzorg bij de zorgbehoevende en zijn mantelzorger. De vraag naar zorg en ondersteuning start meestal bij de huisarts en wordt in het verdere verloop van het hulpverleningsproces uitgebreid met de ondersteuning van andere zorg- en hulpaanbieders, zowel op professionele als vrijwillige basis. Een belangrijk proces waar we enkele cruciale ankerpunten en actoren omschrijven in onderstaande items.

We vinden het belangrijk dat alle zorgactoren inzicht verkrijgen in de tekenen van beginnende dementie (het niet-pluis-gevoel) en dit met de persoon en zijn omgeving bespreekbaar maken. Het is bovendien belangrijk dat de huisarts de eerste signalen van dementie tijdig herkent en nadien de verdere medische opvolging van de patiënt en zijn mantelzorger na de diagnosestelling kan opnemen. Een tijdige doorverwijzing naar de specialist (neuroloog, geriater, psychiater) met wie hij zal samenwerken en een goede integrale begeleiding zijn hierbij essentieel. We spreken daarom over een gedeelde verantwoordelijkheid. Er dient hierbij aandacht te zijn voor zorgdiagnostiek naast de medische diagnose. In dit kader lijkt het belangrijk aan te geven dat het ‘ideale’ dementietraject niet bestaat. Elke persoon is uniek en ook de context verschilt sterk. In die zin willen we trachten om vanuit de diverse behoeftes van de persoon en zijn omgeving een duidelijk kader te schetsen dat recht doet aan de persoon zelf en diens omgeving.

#### **Acties**

##### ***Met betrekking tot signaleren en eerste tekenen van dementie***

1. De huisarts speelt een belangrijke rol bij het signaleren en de casefinding van mensen met dementie. Domus Medica ontwikkelt een praktijkrichtlijn voor de eerste lijn over attitude rond detectie en diagnosestelling. Deze richtlijn wordt afgestemd met het EDV en de eerstelijnsactoren.
2. We integreren binnen het beleid de bevindingen van de Hoge Gezondheidsraad inzake dementiezorg: het promoten van expertise, multi- en interdisciplinariteit, het ontsluiten van goede informatie voor zowel mantelzorgers, hulpverleners als voor het grote publiek. Samen met het EDV en de regionale expertisecentra dementie wordt de mogelijkheid nagegaan om het boekje ‘Dementie, je staat er niet alleen voor’, momenteel een jaarlijkse uitgave van drie provinciebesturen, op Vlaamse schaal te verspreiden aan geïnteresseerde mantelzorgers.
3. We onderzoeken in welke mate een sensibiliserende campagne voor het brede publiek kan inspelen om de tijd tussen de eerste tekenen van een mogelijke dementie en de diagnosestelling zo

kort mogelijk te houden. Hierbij wordt rekening gehouden met de bevindingen binnen de projecten die rond het Niet-Pluisgevoel werken. Bij de uitrol van een dergelijke campagne wordt in voldoende toegankelijkheid van begeleiding, ondersteuning en zorg voorzien, in overleg met de diverse actoren.

4. Via het project FAZODEM (farmaceutische zorg voor personen met dementie) dat loopt in samenwerking met het EDV wordt ingezet op een detectierol inzake eerste tekenen van dementie, door de huisapotheker, in afstemming met de huisarts. Dit project wordt geconsolideerd in het project van het Vlaams Apothekers Netwerk (personen met dementie, hun mantelzorgers en de huisapothekers).

#### ***Met betrekking tot een verdere ondersteuningsbehoefte vanwege de persoon met dementie en zijn omgeving***

5. Op maat van de mantelzorger wordt psycho-educatie verder gestimuleerd met als doel de draagkracht en de kwaliteit van leven van de mantelzorger te verhogen. Dit aanbod wordt verder als aandachtspunt opgenomen in het globale mantelzorgplan (in opmaak). We weten immers uit wetenschappelijke studies dat psycho-educatie bijdraagt tot het langer thuis wonen met dementie en dat onder meer onbegrepen gedrag op die manier beter kan worden gekaderd. Het psycho-educatiepakket 'Dementie en nu' wordt hiervoor door het EDV en de Alzheimer Liga Vlaanderen permanent gemonitord en zo nodig geactualiseerd. Dit pakket wordt ter beschikking gesteld aan alle organisaties die dit binnen evidence based afspraken mogen gebruiken.

6. In de Vlaamse beleidsontwikkeling rond dementie zorgen we ervoor dat de cliënt vertegenwoordigd wordt. Hierbij wordt o.m. gebruik gemaakt van de expertise van de Alzheimer Liga Vlaanderen.

7. We bewerkstelligen continuïteit van de zorg en ondersteuning door het stimuleren van de samenwerking tussen de betrokken zorgactoren. Die samenwerking moet leiden tot een adequate ondersteuning van de persoon met dementie en zijn mantelzorger. Zo kan bijvoorbeeld de huisarts of de geneesheer-specialist voor het uittekenen van een zorg- en ondersteuningsvraag de persoon met dementie en zijn mantelzorger doorverwijzen naar bestaande zorgactoren die dementiekundige basiszorg aanbieden: diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor oppashulp, thuisverpleegkundigen, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf en dementie-experten verbonden aan het regionaal expertisecentrum dementie, woonzorgcentra enz. Op maat van elke cliënt en zijn eventuele mantelzorger kan een geïntegreerd zorg- en ondersteuningsplan opgesteld worden, in nauwe samenspraak met de persoon met dementie of diens vertegenwoordiger en zijn directe omgeving met de diensten die hij zelf verkiest. Daarnaast kunnen alle zorgactoren familieleden en mantelzorgers informeren over het belang en het aanbod van lotgenotencontact of zelfhulp.

8. De complexiteit van het ziekteproces bij dementie vereist een specifieke aanpak. Dementiekundige basiszorg wordt door meerdere zorgactoren geboden. Passend binnen het transitieplan dementiekundige basiszorg in het natuurlijk thuismilieu, wordt nagegaan hoe de opgebouwde expertise en de werking van thuisbegeleiding door het regionaal expertisecentrum dementie Foton en de dementiekundige begeleiding van diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, verder uitgerold kan worden binnen de reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. In elk regionaal expertisecentrum dementie in Vlaanderen blijft een dementie-expert beschikbaar voor de zorgverleners uit de omgeving.

9. De dementie-expert kan, conform het transitieplan 'Dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuismilieu', rechtstreeks specialistisch advies geven aan personen met dementie en hun mantelzorgers zonder evenwel in plaats te treden van de dementiekundige zorgverleners. De dementie-experten realiseren rechtstreekse cliëntcontacten vanuit een vraaggestuurde insteek en een specialistische consultopdracht. De regionale expertisecentra dementie zullen bovendien

tegemoetkomen aan vragen tot psycho-educatie, gesprekken met cliënten, ontmoetingsmomenten voor personen met (jong)dementie, ontmoetingsmomenten voor mantelzorgers en doorverwijzing naar andere zorgverleners.

Het aantal dementie-experten in de regionale expertisecentra dementie worden bepaald overeenkomstig de reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

10. De overheid blijft de afstemming tussen zorgverstrekkers binnen de zorgregio's stimuleren via de overlegplatforms dementie om in een zo compleet mogelijk aanbod te voorzien waaronder psycho-educatie, buddywerking, lotgenotencontact (bijvoorbeeld via Familiegroepen (Jong)Dementie), praatcafés dementie, thuiszorg, woonzorgvoorzieningen (dagverzorging, kortverblijf, ...). Er wordt van onderuit gewerkt met de burger/cliënt centraal.

11. Er wordt een mantelzorgplan ontwikkeld waarbij ook aandacht wordt besteed aan de ondersteuning van mantelzorgers in het geval van dementie.

Aandachtpunten van dit plan zijn:

- \* erkenning en waardering van de mantelzorger
- \* ondersteuning van de mantelzorger
- \* samenwerking tussen mantelzorg en professionele zorg
- \* de aandacht voor de jonge mantelzorger.



### **3.5 We voorzien in afgestemde en doelgerichte zorg en ondersteuning op maat gedurende het gehele dementieproces**

Vlaanderen beschikt over een kwalitatief uitgebouwd zorgaanbod voor personen met dementie. Niettemin vergt het een aanhoudende zorg om dit aanbod kwaliteitsvol te houden en zijn er blijvende noden. We dienen er aandacht voor te hebben dat de meest kwetsbare personen ook toegang hebben tot deze zorg, waaronder personen met een migratie-achtergrond.

Bij de ontwikkeling van de zorg en ondersteuning wordt rekening gehouden met de specificiteit van de doelgroep van personen met (jong)dementie. Hierbij wordt gestreefd naar een volwaardige participatie van personen met dementie, hun mantelzorgers en/of ervaringsdeskundigen. De vrijwilligers- en patiëntenvereniging Alzheimer Liga Vlaanderen vzw onderlijnt deze participatie onder meer door haar rol binnen het Familieplatform GGZ en binnen het Vlaams patiëntenplatform.

Zorg op maat impliceert voldoende dementiekundige basiszorg binnen de context van de vermaatschappelijking van de zorg. Vlaanderen tekent deze weg reeds uit via het transitieplan 'Dementiekundige basiszorg in het natuurlijk thuismilieu' (maart 2014) dat de deskundigheid van zorgverleners moet verhogen. Het doel is om elke persoon met dementie en zijn mantelzorger tijdig, kwaliteitsvol en doelgericht te ondersteunen. Daar waar het kan in het natuurlijke thuismilieu, waarbij zowel informele zorg (mantelzorg of zorg door vrijwilligers) als professionele zorg belangrijk zijn. Waar nodig gebeurt de ondersteuning binnen het gespecialiseerde (intramurale) woonzorgaanbod.

Een studie van Mittelman<sup>20</sup> (2006) toont de preventieve impact (o.m. op vlak van isolement van de persoon met dementie en de mantelzorg) en het kostenbesparend effect aan van een geïntegreerd aanbod op maat van de cliënt. Er wordt daarbij gewezen op de inzet van basiszorg, psycho-educatie, gespecialiseerde psychosociale ondersteuning, thuisbegeleiding dementie (Foton), informele ontmoetingsmomenten en ontmoetingsgroepen voor personen met dementie en mantelzorgers.

Behoeft- en doelgerichte zorg op maat houdt ten slotte ook rekening met de wensen en visie van de personen met (jong)dementie op vlak van de zorg en kwaliteit van het leven en levenseinde wanneer een chronische aandoening in het vizier komt.

Het vraagt een permanent proces van overleg tussen de betrokkene, zijn naasten (vertrouwenspersoon) en de zorgverleners, waarbij doelstellingen en keuzes worden geformuleerd over de manier waarop de betrokkene wenst verzorgd te worden, zijn leven wenst te beleven, ook op het moment dat hij de regie van zijn eigen zorg niet meer (volledig) kan opnemen. Zeker voor personen met dementie én hun familie dient een vroegtijdige zorgplanning integraal deel uit te maken van dit proces. Volgens de projectpartners van het wetenschappelijke INTEGRATE-project (Integration of palliative care into home, nursing home and hospital care into the community in Flanders- Vrije Universiteit Brussel, UGent, KU Leuven LUCAS) is er toenemend wetenschappelijk bewijs dat zorg met betrekking tot het levenseinde idealiter vroegtijdig in het ziekteproces wordt opgestart. We pleiten daarom voor een sterkere integratie van doelgerichte zorg zowel in de reguliere zorgvoorzieningen, de thuissetting, woonzorgcentra en in ziekenhuizen, maar ook in de ruimere gemeenschap .

---

<sup>20</sup> Mittelman, M., Haley, W.E., Clay, O., Roth, D.L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 1592-1599.

## Acties

### 1. Op vlak van zorgbeleid

- a. We ontwikkelen dementiespecifieke kwaliteitsindicatoren en onderzoeken de inpassing in het lopende Vlaams indicatorenproject.<sup>21</sup>
- b. De problematiek inzake de bescherming van de privacy die momenteel nog een belemmering betekent voor de bevraging van de vertrouwenspersonen of de mantelzorgers van personen met dementie zal juridisch geanalyseerd worden naar mogelijke oplossingen. Een wettelijke regeling zal een evenwicht moeten vinden tussen de bescherming van de privacy en het onderzoeken van de specifieke kwaliteitsindicatoren in de zorg van personen die niet meer voor zichzelf kunnen opkomen.
- c. Zorg op maat betekent eveneens het faciliteren van automatische toekenning van tegemoetkomingen aan betrokkenen en hun mantelzorgers. In het kader van de realisatie van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) wordt ingezet op maximale transparantie en automatische rechtentoekenning.
- d. In de zorgcontext dienen we ook de aandacht te vestigen op misbehandeling. De integriteit van personen met (jong)dementie vergt bijzondere aandacht. Voor wie zich in de thuissituatie bevindt, is een melding mogelijk via het meldpunt 'misbruik, geweld en kindermishandeling'. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen zorgt ervoor dat het meldpunt beter kenbaar gemaakt wordt o.m. via de website [www.dementie.be](http://www.dementie.be). Zorgverstrekkers kunnen terecht bij het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling ([www.ouderenmisbehandeling.be](http://www.ouderenmisbehandeling.be)). We zetten in op een verdere bewustwording over misbehandeling en bekendmaking van deze meldingspunten. Voor misbehandeling in woonzorgcentra kan men zich richten tot de Vlaamse woonzorglijn.
- e. We vragen het advies aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek aangaande de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de woonzorg voor personen met dementie. Samen met de sectoren wordt nagegaan hoe dit advies kan worden geïntegreerd in het kwaliteitsbeleid van de woonzorgactoren.

### 2. Op vlak van oriëntering en ondersteuning

- a. De bestaande expertise, opgebouwd door de regionale expertisecentra dementie en de Alzheimer Liga Vlaanderen voor oriëntering en ondersteuning van personen met (jong)dementie en hun omgeving wordt bestendigd.
- b. Het contactpunt dementie werd in uitvoering van het transitieplan dementiekundige basiszorg opgestart als laagdrempelig meldpunt voor professionele hulpverleners. Concreet houdt het aanbod een gratis huisbezoek in, binnen de week na het melden van de noodzaak van verdere opvolging door de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds. Na dit huisbezoek kan, indien nodig, beslist worden tot het opstarten van langdurige begeleiding. Het contactpunt dementie wordt verder bekendgemaakt bij professionele hulpverleners. Tevens wordt er gemonitord welke groepen van hulpverleners het contactpunt benutten zodat gerichte bekendmakingsinitiatieven genomen kunnen worden.

---

<sup>21</sup> De woonzorgcentra meten indicatoren over zorg, veiligheid, de zorgverleners en de organisatie. Ze meten die het hele jaar door, en 2 keer per jaar bezorgen ze hun gegevens aan het Agentschap Zorg en Gezondheid.

### 3. Op vlak van ondersteuning van het zorgaanbod

- a. We zorgen, zoals beschreven in het transitieplan Dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuismilieu, voor voldoende ondersteuning voor personen met dementie en de mantelzorg via dementiekundige professionele en vrijwillige basiszorg en gespecialiseerde begeleiding: voldoende zorgverleningsuren, vormingsuren en omkadering in functie van een kwalitatieve thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg.
- b. We zetten in op een verdere groei en ondersteuning van het vrijwilligerswerk. Acties opgezet in het kader van het gecoördineerd Vlaams vrijwilligersbeleid zijn hierbij ondersteunend.
- c. We erkennen het belang van referentiepersonen dementie. Door de zesde staatshervorming komen de federale middelen naar Vlaanderen. We evalueren de randvoorwaarden en het competentieprofiel van de referentiepersoon dementie en bepalen naast de opleidingsinhoud, de verdere modaliteiten, zowel in de residentiële zorg als in de thuiszorg. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de evoluties in de eerstelijnsgezondheidszorg.
- d. Binnen projectoproepen ondersteunen en moedigen we vernieuwende zorg- en ondersteuningsvormen rond dementie aan. We vinden het belangrijk dat deze geëvalueerd worden en dat goede praktijken ontsloten worden. Het EDV heeft hierin een blijvende opdracht.
- e. We geven de opdracht aan het EDV om een integraal referentiekader uit te werken inzake kwaliteit van zorg en leven voor personen met dementie. Zowel de netwerkgroep kleinschalig genormaliseerd wonen als de koepelorganisaties worden bij deze toetsing betrokken.
- f. We blijven de animatiefunctie in de woonzorgcentra zien als een belangrijk ankerpunt in de omslag van een medisch zorgmodel naar een meer sociale en persoonsgerichte benadering van bewoners met dementie, met bijzondere aandacht voor woon- en welzijnsaspecten.
- g. Zowel in de thuiszorg en in de woonzorgcentra blijven we het triadisch werken stimuleren: dat betekent het nastreven van een optimaal samenspel tussen de professionele hulpverleners, de persoon met dementie en zijn naasten.
- h. Vlaanderen blijft inzetten op een verdere groei van kwalitatieve professionele thuiszorg en residentiële zorg. We realiseren zowel de residentiële erkenningskalenders als het groeipad in de gezinszorg.

#### 4. Op vlak van dementievriendelijk bouwen en wonen

- a. We zetten verder in op dementievriendelijk bouwen en wonen. Het EDV vervult hierbij een belangrijke adviesopdracht en biedt deze aan voor toekomstige bouwheren (dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, woonzorgcentra, ...).
- b. Ergotherapeutisch advies aan huis voor personen met dementie door de Regionale Dienstencentra en andere lokale aanbieders wordt verder bekendgemaakt (o.a. door het EDV, Alzheimer Liga Vlaanderen enz.).
- c. Laagdrempelige toegankelijkheid van dementie-specifieke hulpmiddelen – domotica - wordt gestimuleerd. Hiervoor wordt via het EDV een overzicht up to date gehouden en zowel inzake de mogelijke hulpmiddelen als de voorzieningen die in de nodige ondersteuning voorzien.
- d. Personen met dementie kunnen dwaalgedrag vertonen. Een maatschappelijk veiligheidsnet via een vermissingsprotocol helpt politiediensten gericht en efficiënter te zoeken. Er wordt een pakket ontwikkeld dat kan dienen voor gebruik tijdens de politieopleiding en dementie integreert. De overheid stimuleert de implementatie van het protocol in afstemming met de Cel Vermiste Personen. Het reeds ontwikkelde protocol wordt in overleg met de bevoegde instanties verder kenbaar gemaakt naar lokale implementatie. Hierbij wordt rekening gehouden met het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.<sup>22</sup>
- e. Vernieuwende vormen van woningondersteuning zoals de mantelzorgwoning, kangoeroewoning, co-housing ... maar ook ICT-innovaties zoals de dementie-app worden aangemoedigd, ondersteund en geëvalueerd. Goede praktijken worden ook op dit vlak ontsloten. We verwijzen hierbij eveneens naar de proeftuinen, ondersteund door het Vlaams Agentschap Innoveren en Ondernemen (VLAIO) en Flanders Care.

#### 5. Op vlak van zorg voor het levenseinde

- a. Vroegtijdige zorgplanning (VZP) ingebed binnen een geheel van visie over welzijn en zorg, wordt een aandachtspunt binnen het behoefte- en doelgericht werken van zorgverstrekkers. Hiervoor is een richtlijn VZP dementie (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en EDV) in ontwikkeling. Deze richtlijn wordt afgetoetst en gedeeld met experts op dit gebied zoals LEIF (LevensEinde InformatieForum).. De richtlijn VZP dementie zal op [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be) beschikbaar zijn. Deze richtlijn wordt ook opgenomen in de te ontwikkelen kwaliteitsindicatoren. VZP is tevens een opdracht van elke woonzorgvoorziening en in de woonzorgcentra wordt hieraan bij opname en doorheen het verblijf, aandacht besteed als wezenlijk onderdeel van de ondersteuning en begeleiding.
- b. We stimuleren de afstemming tussen de regionale expertisecentra dementie en de netwerken palliatieve zorg met als doel om de richtlijn vroegtijdige zorgplanning bij dementie verder te implementeren bij zorgmedewerkers. Vroegtijdige zorgplanning maakt van bij de aanvang deel uit van doelgerichte zorg- en ondersteuning voor personen met dementie.

---

<sup>22</sup> Advies nr 56 van 16 december 2013 met betrekking tot hulpmiddelen voor dwaaldetectie in de thuissituatie, Belgisch Raadgevend Comité Bio-ethiek.

- c. We stimuleren het bespreekbaar maken van de wensen van de persoon met dementie doorheen zijn verdere leven. In opvolging van het wetenschappelijk onderzoek wordt bekeken in welke mate de app VZP dementie (ontwikkeld door WZC De Ruyschaert, Marke) kan worden verspreid onder organisaties in de woonzorg zodat de tool kan gebruikt worden. Dit gebeurt in samenwerking met het EDV en de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.
  
- d. Naar analogie van de referentie-arts palliatieve zorg wordt in samenspraak met Domus Medica het profiel van een referentie-huisarts dementie uitgetekend. Deze referentie-huisarts is zeer alert voor het herkennen van de eerste symptomen en het stellen van een tijdige diagnose, maar is er vooral voor de eigen beroepsgroep. Hij legt de nadruk op het belang van de juiste benadering van de persoon met dementie en kijkt of er nood is voor verdere ondersteuning van de zorgbehoevende en de mantelzorger.

### **3.6 We hebben ook aandacht voor dementie op jonge leeftijd en erkennen de specifieke zorg- en ondersteuningsnoden**

We kunnen stellen dat er, zowel bij professionelen als mantelzorgers nog een te grote onwetendheid bestaat over de verschillende verschijningsvormen van jongdementie. We spreken van jongdementie of dementie op jonge leeftijd wanneer de eerste symptomen en de diagnose 'dementie' gesteld worden voor de leeftijd van 65 jaar. De klinische presentatie en noden van personen met jongdementie en hun familie kunnen sterk verschillen van deze bij personen die dementie ontwikkelen op hoge leeftijd. De tijd die verstrijkt tussen het verschijnen van de eerste symptomen en de uiteindelijke (correcte) diagnose is bij jongdementie beduidend langer dan bij dementie op hoge leeftijd met name 4,4 jaar versus 2,8 jaar<sup>23</sup>. Vaak worden late of verkeerde diagnoses gesteld en zelfs verkeerde en nutteloze behandelingen opgestart. Hierbij kunnen zowel de betrokken persoon met jongdementie als de mantelzorgers ernstige relationele en emotionele schade oplopen.

Eens een correcte diagnose gesteld is, is een benadering aangewezen die aangepast is aan de verschijningsvorm van de ziekte, de leeftijd van de persoon met jongdementie en de specifieke psychosociale context.

In Vlaanderen wonen naar schatting 5400 personen met dementie op jonge leeftijd. Vlaanderen kiest voor een integrale benadering van deze doelgroep met aandacht voor de specifieke noden die men stelt zowel voor de hulpbehoevende als de mantelzorger. We denken hierbij aan kwaliteitscriteria en een goed afgesproken regionale spreiding van initiatieven. Aansluitend op wetenschappelijk onderzoek (NeedYD-studie, 2013) vergt de zorg en begeleiding van personen met jongdementie een specifieke aanpak. Uiteraard zal de problematiek rond jongdementie een plek moeten krijgen binnen de (zorg)opleidingen.

De Vlaamse Regering heeft de opnamecriteria voor personen jonger dan 65 jaar in ouderenvoorzieningen versoepeld. Dit biedt de mogelijkheid om personen met jongdementie kwalitatieve zorg en ondersteuning te bieden in een aangepaste omgeving. De opvang van personen van minder dan 65 jaar binnen de erkende ouderenzorgvoorzieningen kan echter nog niet afgedwongen worden, met uitzondering van de dagverzorgingscentra dat uitsluitend zorg- en dienstverlening verstrekt aan gebruikers met een specifieke chronische aandoening.

Daarnaast wordt ook de specifieke opvang voor personen met jongdementie gestimuleerd en verder ontwikkeld op basis van de ervaringen bij de 65-plussers. Een voorbeeld hiervan is 'Het Anker' te Tongeren.

Per erkend woonzorgcentrum mag het aantal gebruikers jonger dan 65 jaar, maximaal 10% van het totale aantal erkende woongelegenheden van dat woonzorgcentrum bedragen, voor iedere bijkomende gebruiker boven deze 10 % moet een specifiek verslag ter beschikking houden. De Vlaamse Regering heeft het woonzorgvoorzieningen bovendien mogelijk gemaakt om, indien meer dan 10 % van het aantal gebruikers van de totale erkende capaciteit woongelegenheden jonger dan 65 jaar is, op basis van een gemotiveerd verzoek, een groep van gebruikers jonger dan 65 jaar met gemeenschappelijke zorg- en ondersteuningsnoden op te nemen.

Een dagverzorgingscentrum dat zorg- en dienstverlening verstrekt aan uitsluitend gebruikers, met een specifieke chronische aandoening, waardoor die gebruikers behoefte hebben aan ondersteuning in

---

<sup>23</sup> Van Vliet, D., de Vugt, E., Bakker, C., Pijnenburg, L.A.Y., Vernooij-Dassen, M.J., Koopmans, R.T & Verhey, F.R. (2012). Time to diagnosis in young-onset dementia as compared with late-onset dementia. *Psychological Medicine*, 43, 423–432.

het dagelijkse leven; heeft geen leeftijdsbeperking. Personen met jongdementie behoren tot de doelgroep. In andere dagverzorgingscentra kan 25% van de gebruikers jonger dan 65 zonder bijkomende motivatie zorg- en dienstverlening bekomen.

## **Acties**

We werken aan een kwalitatief netwerkaanbod jongdementie binnen een regelgevend kader met garantie op kwaliteit. Dit houdt een betaalbaar en beheersbaar aanbod op zorgregio niveau in.

1. We zetten in op de toekomstige rol van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) en het expertisecentrum dementie die professionals en mantelzorgers sensibiliseren inzake de verschillende verschijningsvormen van jongdementie en het kenbaar maken van het aanbod in de regio voor deze doelgroep.
2. We stemmen af met de Federale overheid om de samenwerking tussen “een geheugenkliniek” en, indien aanwezig, een “centrum voor cognitieve revalidatie”, verbonden aan een algemeen ziekenhuis te realiseren met het oog op een tijdige, correcte diagnose en verdere behandeling en opvolging, in nauwe samenspraak met de behandelende artsen.
3. We stimuleren samen met de betrokken actoren de ontwikkeling van gespecialiseerde begeleiding en psychosociale ondersteuning van de persoon met jongdementie en zijn brede context.
4. Via de website [www.jongdementie.info](http://www.jongdementie.info) wordt het specifieke aanbod actueel gehouden. We gaan na waar zich hiaten bevinden en bekijken in overleg met de sector hoe deze binnen de bestaande programmatie kunnen ingevuld worden.
5. Bij opstelling van reconversiecriteria van woonzorgcentra wordt nagegaan of een bijkomende deskundige medewerker, die de contextuele situatie van personen met jongdementie en hun omgeving ondersteunt, kan opgenomen worden voor woongelegenheden die zich specifiek naar personen met jongdementie richten.
7. We stimuleren initiatieven die inzetten op een buddywerking (jong)dementie gezien de grote empowerende kracht die ervan uit kan gaan voor alle betrokkenen.
8. De proeftuin voor woonzorg in de geestelijke gezondheidszorg “Expertise Dementie Vlaamse-Brabant” die zich met het model van zorgcirkels richt tot personen met jongdementie is geselecteerd en wordt ondersteund.

### 3.7 Vlaanderen stimuleert het wetenschappelijk onderzoek inzake dementie en dementiezorg.

Vlaanderen mag trots zijn op het toponderzoek op vlak van genetica, moleculaire biologie en diagnostiek!

Wetenschappelijk onderzoek heeft in het verleden een belangrijke bijdrage geleverd aan het verhogen van de gezondheid en het terugdringen van wat ooit terminale ziektes waren. Er is een grote maatschappelijke hoop dat dementie kan 'gedisciplineerd' worden naar een behandelbare aandoening. Daarom is het noodzakelijk dat ook in Vlaanderen verder geïnvesteerd wordt in fundamenteel wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Alzheimer. Het is de enige manier om de patiënt van morgen een ziekte-modificerend medicijn te kunnen aanbieden of medicatie die de ziekte werkelijk remt of zelfs stopt. Als lopend onderzoek leidt tot effectieve medicatie die de eiwitstapelingen in de hersenen kan remmen of stoppen, en men behandelt de ziekte van Alzheimer in het (lange) preklinische stadium, dan kan men het ontstaan van symptomen uitstellen of zelfs helemaal voorkomen.

We weten inmiddels dat de ziekte van Alzheimer een zeer lang preklinisch verloop kent (van 10 à 20 jaar), gevolgd door een stadium van milde cognitieve tekorten (MCI) en tenslotte het terminale dementiestadium. We kunnen inmiddels de aandoening vaststellen in het preklinische stadium. Er is nog verder onderzoek nodig om deze diagnostische instrumenten te valideren zodat deze klaar staan tegen het moment dat ziektemodificerende geneesmiddelen zouden beschikbaar zijn. Bovendien kunnen deze diagnostische instrumenten, eens gevalideerd, ook aangewend worden voor klinische studies met nieuwe medicatie in het preklinische stadium.

In 2015 is voor het eerst een doorbraak gerealiseerd en gecommuniceerd op het CTAD congres.<sup>24</sup> Het betrof een klinische studie met aducanumab<sup>25</sup> bij patiënten met MCI door de ziekte van Alzheimer. De onderzoekers stelden vast dat het aantal amyloïd plaques verminderde in de behandelde groep (en niet in de placebogroep) en dat de actief behandelde groep trager of niet cognitief achteruitging terwijl de placebogroep verder achteruit ging. We staan dichterbij een echte causale behandeling van de ziekte van Alzheimer.

We pleiten in dit Dementieplan voor een tweesporenbeleid: enerzijds een impuls geven aan het fundamenteel en klinisch wetenschappelijk onderzoek en anderzijds investeren in een verdere verbetering van zorgkwaliteit en dus zorgonderzoek (vb. kwaliteitsonderzoek en behandelt thema's als persoonsgerichte zorg, vroegtijdige zorgplanning, methodieken en instrumenten, ...). De praktijkrelevantie van dit zorgonderzoek staat onder druk. Werken in een academische context vereist steeds meer dat er internationaal gepubliceerd wordt in zogenaamde "blind peer review" tijdschriften en gewerkt wordt aan promoties. Budgetten voor onderzoek verwerven, vraagt een stevige inspanning en is hoogst concurrentieel. De vertaling van onderzoek naar de Vlaamse zorgpraktijk is hiervan te dikwijls het slachtoffer. Niet alleen zijn publicaties te traag beschikbaar en slechts voor wie toegang heeft tot dure wetenschappelijke tijdschriften, de methodologie en wetenschappelijke onderbouwing kapen de aandacht weg van de implicaties voor goede zorg, verspreiding en implementatie van de resultaten in de Vlaamse praktijk. Dit onevenwicht tussen wereldwijde academische prestatienormen en praktijkrelevantie moet weggewerkt worden. We vragen Vlaamse universiteiten en hogescholen om in hun onderzoek naar goede zorg bij dementie (en andere situaties) de praktijkrelevantie en implementatie van hun onderzoeksresultaten hoog in het vaandel te plaatsen.

---

<sup>24</sup> <http://www.ctad-alzheimer.com/>

<sup>25</sup> <http://www.alzforum.org/therapeutics/aducanumab>



## **Acties**

### **Fundamenteel onderzoek**

Het Vlaams Initiatief voor Netwerken voor Dementie-onderzoek (VIND) voorziet in een impulsfinanciering tot 2018.

Ondersteuningsmogelijkheden zijn verder voorzien via het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek, zoals de mogelijkheid van het indienen van Strategisch BasisOnderzoek projecten en projecten van Toegepast Biometrisch onderzoek met een primair Maatschappelijke finaliteit.

### **Zorgonderzoek**

1. Vlaanderen kiest ervoor om de wisselwerking tussen het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en het zorgonderzoek te stimuleren. De praktijkrelevantie van het huidige zorgonderzoek dient weliswaar verhoogd te worden. Voor de disseminatie wordt verder afgestemd met het EDV. Het moet steeds de bedoeling zijn bij zorgonderzoek om te komen tot een adequate vertaling van onderzoeksresultaten naar de Vlaamse zorgpraktijk.
2. We willen stimuleren dat de website dementie.be (ook benaderbaar via [www.dementie.vlaanderen](http://www.dementie.vlaanderen)) hét knooppunt wordt voor diverse vormen van onderzoek en gaan op die manier versnippering tegen. Hierbij is ook de kennisagenda 'Op weg naar een moderne dementiezorg' van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Alzheimer Liga Vlaanderen ter beschikking van onderwijs en het zorgonderzoek. Er dient ook voor gezorgd te worden dat onderzoek in een begrijpbare taal wordt aangeboden aan de geïnteresseerde burger.
3. Gesubsidieerd onderzoek dient in open access ter beschikking te zijn van de geïnteresseerde burger. Vlaanderen stimuleert deze optie.
4. We geven gevolg aan de conclusies van de Europese Raad waarbij ondersteuning gevraagd wordt van een gender-sensitieve benadering bij het wetenschappelijk onderzoek en in de uitwerking van dementie-strategieën, inclusief de doelgroepen met een specifieke zorgnood (mensen met een diverse culturele achtergrond en de rechten van mensen met dementie en hun mantelzorgers).

### **3.8 Onderwijs en vorming**

Vlaanderen kiest voor dementiekundige zorgverleners. In de opleiding van de diverse zorgberoepen dient de nodige aandacht besteed te worden aan chronische zorg, in casu dementiekundige zorg. Hierbij dient steeds te worden uitgegaan vanuit een competentie-denken en een behoeftegericht denken ten aanzien van de persoon met dementie. Hierbij wordt uitgegaan van de regie door de persoon met dementie en zijn omgeving, alsook het zoeken naar een gemeenschappelijke taal voor alle zorgverleners is hierbij essentieel en vergt de verdere ontwikkeling van competenties en een samenwerkingscultuur in de zorg en ondersteuning.

We beogen dat de problematiek van dementie voorkomt in alle opleidingen in functie van een genuanceerde beeldvorming en passend in het hoger beschreven competentie-denken. Ook in basiszorgopleidingen dient dementie en de persoonsgerichte benaderingsvisie een plek te hebben.

#### **Acties**

1. In uitvoering van het transitieplan dementie wordt blijvend aandacht besteed aan de opleiding en navorming van dementiekundige basiswerkers.
2. Het transitieplan wordt einde 2017 geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd.  
Levenslang leren is ook binnen het thema dementie essentieel om maatschappelijk verantwoorde zorg te kunnen blijven garanderen.

## 4. Tot slot

De drijfveer van dit geactualiseerd dementieplan blijft de ambitie om in een dementievriendelijk Vlaanderen een adequaat antwoord te bieden op zowel fysieke, psychische als sociale noden van alle personen met dementie en hun mantelzorgers.

In overleg tussen de Vlaamse overheid en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen wordt dit plan permanent gemonitord. We voorzien een tussentijdse evaluatie van dit plan samen met alle stakeholders.

Uitgangspunten hierbij zijn de menselijke waardigheid en kwaliteit van leven. De persoon met dementie is een volwaardige burger binnen de samenleving. Hierbij worden zijn visie en regie over zijn persoon-zijn gerespecteerd en gestimuleerd.

Mensen die zorg of begeleiding opnemen voor hun familie en/of vrienden moeten zich hierbij ondersteund en gewaardeerd weten. Levenskwaliteit staat centraal bij de geboden zorg- en ondersteuning door zowel mantelzorg, informele zorg als de veelheid van professionele zorgactoren.

Een opbouwende dialoog tussen de persoon met dementie, professionele en informele zorgverstrekkers is essentieel voor een kwalitatieve dementiezorg.

Het verder bouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen gebeurt over de beleidsdomeinen en beleidsniveaus heen, samen met de personen met dementie, hun naasten en vele andere betrokken actoren.

Jo Vandeurzen

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin