



expertisecentrum
dementie
Vlaanderen

MEMO 2024 RANDUM

Beleidsprioriteiten inzake dementiezorg

Colofon

Auteurs: Herlinde Dely, Jan Steyaert,
Inge Vanfraechem, Jurn Verschraegen
Verantwoordelijke uitgever:
Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
Datum: 21 september 2023

Foto's: Leo De Bock

Dank aan de personen met dementie
en mantelzorgers die feedback gaven
op werkversies van deze tekst. Dank
ook aan alle collega's van de regionale
Expertisecentra Dementie die dat deden.

De Expertisecentra Dementie streven
naar een samenleving die met dementie
kan omgaan zodat elke mens die met
dementie te maken heeft, zich gewaardeerd
en ondersteund voelt. Als partner van
de Vlaamse overheid zetten de centra
hun deskundigheid in om de kwaliteit te
verbeteren van leven, wonen en zorg van
personen met dementie.





MEMO **2024** RANDUM

Beleidsprioriteiten inzake dementiezorg

1. Inleiding: korte terugblik – 5
 2. Preventie – 9
 3. Thuis – 13
 4. Zorg – 17
 5. Maatschappelijke context – 23
- TOP 10** beleidsaanbevelingen – 28



1 | Inleiding: korte terugblik

Wat is al bereikt?

Als we tien à twintig jaar terugkijken op dementie en dementiezorg, kunnen we niet anders dan vaststellen dat er heel wat bereikt is. Terwijl vroeger slechts een beperkt aantal zorgorganisaties vertrouwd waren met dementie en slechts een deel van de bevolking goed zicht had op wat dementie betekende voor wie er mee te maken kreeg, ligt dat nu anders.

Deels is dat helaas het gevolg van het stijgende aantal personen met dementie. Naar schatting telt het Vlaamse Gewest vandaag 130.567 personen met dementie. In 2013 waren dat er 106.198 en in 2003 waren het er 'slechts' 81.799. Maar er is meer aan de hand dan alleen de stijging van het aantal personen met dementie.

Via een in 2012 gestarte campagne (www.onthoumens.be) is er op diverse manieren gewerkt aan genuanceerdere beeldvorming. Voordien stond een diagnose dementie bij veel mensen zowat gelijk aan een doodsvonnis, terwijl er gemiddeld nog zo'n 8 jaar levensverwachting is waarin nog veel mogelijk is (Brodaty et al., 2012; Joling et al., 2020; Vermunt et al., 2019).

Ook de Vlaamse media hebben geleerd op een genuanceerdere manier dementie in beeld te brengen, bijvoorbeeld in het programma *Restaurant Misverstand* of *Durf te vragen*. Recent werkte de Vlaamse werkgroep van mensen met dementie een mediamaanifest uit. Ook in ons taalgebruik is die nuancering al gedeeltelijk doorgedrongen. We praten niet meer over "hij is kinds" of "zij is dement" (maar over "die persoon heeft dementie").

Zo vermijden we wat Albert Camus omschreef als "Dingen verkeerd benoemen maakt de wereld alleen maar ongelukkiger." Recenter door Nicci Gerard omschreven als het vermijden van "adding insult to injury".

We hebben natuurlijk veel meer bereikt dan bekendheid over en aandacht voor dementie. Zo is in Vlaanderen de opleiding van referentiepersonen dementie goed uitgebouwd, waardoor deze professionals samen met hun collega's in vrijwel elk woonzorgcentrum en in tal van andere zorgorganisaties aan goede dementiezorg kunnen bouwen. Op basis van het lopende dementieplan zijn trajecten opgestart om de referentiefunctie uit te breiden naar referentiearts dementie en een referentierol in de thuiszorg. Als ruggengraat van goede dementiezorg is het referentiekader voor

kwaliteit van leven, wonen en zorg uitgewerkt (Dely et al., 2018), met aansluitend tientallen coachingstrajecten in zorgorganisaties. Persoonsgerichte zorg wint terrein. Het referentiekader is ruim bekend in de sector en heeft een sterk draagvlak.

Op basis van groeiend wetenschappelijk inzicht en leefstijl-gebonden risicofactoren voor dementie, werd in vorige dementie-beleidsplannen voorzien in campagnes rond hersengezondheid. We hebben er in Vlaanderen twee uitgewerkt (SaniMemorix in 2018/2019 en www.2voordeprijs-van1.be sinds 2022). Daarmee lopen we internationaal voorop en bereiken we de gewenste resultaten. De Vlaamse inwoners (tussen 40 en 75 jaar) zijn zich bewuster van het belang van een hersengezonde leefstijl (Van Asbroeck et al., 2021).

Dit alles wordt grotendeels ontwikkeld en onderhouden door het netwerk van de Expertisecentra Dementie, ver-

spreid over Vlaanderen. We zijn trots op wat wij samen met anderen bereikt hebben, maar kijken tegelijk graag ook vooruit naar wat kan en zou moeten komen, en wat aangepast of uitgebreid moet worden.

Wat is het wenkend perspectief?

Van Dale omschrijft wenken als “door een armbeweging naar zich toe roepen”. Dat kan aantrekkelijk zijn, of het gevolg van bittere noodzaak (bv. als iemand je wenkt om aan naderend gevaar te ontsnappen). We zien beide bewegingen de volgende jaren een rol spelen in de Vlaamse dementiezorg.

Enerzijds is er het aantrekkelijke wenkend perspectief. Optimaal zou dat een medisch-farmaceutische oplossing zijn voor de ziekte van Alzheimer en de vele andere vormen van dementie. Maar hoewel er optimistische geluiden zijn over aducanumab, lecanemab en recenter donanemab, durft niemand

zeggen dat er binnen tien of vijftien jaar een vlot werkend en betaalbaar medicijn bij de apotheker beschikbaar zal zijn. Dus moeten we als context-gegeven helaas uitgaan van een blijvende stijging van het aantal personen met dementie. Om dat te combineren met de sterke wens van veel mensen om thuis oud te worden, moeten we de thuiszorg in zijn verschillende vormen grondig uitbouwen, zowel inzake capaciteit als inzake focus op kwalitatieve dementiezorg.

In de woonzorgcentra, dagcentra en ziekenhuizen moeten we blijven inzetten op de implementatie van het referentiekader als ruggengraat voor kwaliteit van leven, wonen en zorg.

Helaas is er ook het wenkende perspectief als gevolg van bittere noodzaak. De levensverwachting stijgt, het aantal personen op pensioenleeftijd en vooral het aantal 80+ en 90+ zal de volgende decennia gevoelig stijgen, met zo'n 25% tegen 2040. Misschien

dat deze aanstormende generatie ouderen wat gezonder leefde, maar een gevoelige stijging van het aantal zorgbehoevende ouderen lijkt onvermijdbaar.

Op basis van het door Alzheimer Europe (2020) geactualiseerde risicomodel waarin rekening gehouden wordt met geslacht en leeftijd, komen we voor wat betreft het Vlaams Gewest tot volgende inschatting van het aantal personen met dementie (inclusief jongdementie). Een stijging, die vooral vanaf 2030 stevig is.

2020	125.154
2025	136.254
2030	150.337
2035	168.634
2040	191.134

Onze beroepsbevolking gaat echter maar met zo'n 3% stijgen. Het zorgaanbod uitbreiden gaat zowel finan-

cieel als wat betreft personeel een gigantische uitdaging worden. Een demografische tijdsbom tikt (Steyaert, 2023). De reeds behaalde resultaten inzake betere dementiezorg geven zo geen garantie voor de toekomst. Misschien wordt zelfs het behouden van wat we bereikt hebben problematisch.

Wij vragen aan het beleid:

- Pak de stijgende zorgvraag dringend aan in combinatie met de krapte op de arbeidsmarkt en de negatieve beeldvorming rond de ouderenzorg. Dat wordt dé uitdaging van de volgende jaren. Als dat geen prioritaire aandacht krijgt, dreigen alle eerdere en toekomstige initiatieven effect te verliezen.
- Geef ingezette trajecten rond referentiearts en referentierol in de thuiszorg een duurzame "landingsbaan". Het mogen geen tijdelijke initiatieven worden.

- Het netwerk van Expertisecentra Dementie is inzake financiering en personeel (VTE) al jaren stabiel, terwijl het aantal personen met dementie en de vragen uit het werkveld stevig groeien. Onze basiswerking moet structurele uitbreiding krijgen, zowel op Vlaams als regionaal niveau.



2 | Preventie

Wat is al bereikt?

Zorg staat dus onder druk, zowel wat betreft financiering als inzake personeel. Preventie is één van de meest efficiënte manieren om de zorg haalbaar te maken, want de goedkoopste zorg is die zorg die we vermijden. En daar is in het verleden fors op ingezet, onder meer inzake roken/longkanker en cardiovasculaire gezondheid.

Het is echter fascinerend te lezen hoe een sterk wetenschappelijk inzicht tussen leefstijl (roken) en ongezondheid (longkanker) zo lang met maatschappelijke tegenstand moet rekening houden en preventie een “uphill battle” is (Joossens, 2016). En hoewel er inzake roken nu een duidelijk maatschappelijk draagvlak is om het te ontraden, is dat op andere terreinen zoals bij alcohol of ongezonde voeding onzeker of onderbelicht (Nutt, 2020).

Over dementie werd lang gedacht dat leeftijd (en een beetje geslacht) de belangrijkste risicofactoren zijn, en verder alleen ‘het lot’ bepaalde of je er mee te maken kreeg of niet. Dat eerste is nog steeds waar: leeftijd en geslacht zijn belangrijke risicofactoren. Maar er is meer dan ‘het lot’. De afgelopen 10 jaar heeft epidemiologisch onderzoek steeds krachtiger aangetoond dat leefstijl een belangrijke factor is, én dat die beïnvloedbaar en aanpasbaar is. Het gaat dan om een aantal leefstijlfactoren zoals niet roken, gezonde bloeddruk, vaak bewegen, mediterrane keuken, matig met alcohol (allemaal ook goed voor cardiovasculaire gezondheid), cognitief actief blijven, sociaal actief blijven. Dat inzicht begon rond 2010 te groeien, maar cumuleerde in 2017 in een publicatie van The Lancet commissie over dementie, die als belangrijkste advies had: “be ambitious about prevention”

(Livingston et al., 2017). Tot wel 30% van toekomstige gevallen van dementie zouden vermeden kunnen worden, door in te zetten op hersengezonde leefstijl én het behandelen van onderliggende aandoeningen zoals hoge bloeddruk, diabetes type 2, depressie, obesitas en slechthorendheid. In een update een paar jaar later verhoogde de commissie die prognose zelfs tot 40% (Livingston et al., 2020).

Natuurlijk is die 40% eerder utopisch. Het inzicht dat +90% van de longkankers vermeden kan worden door niet

meer te roken heeft weliswaar geleid tot een sterke terugval in roken (en longkankers), maar nog steeds is $\pm 14\%$ van de Vlaamse bevolking roker (9% dagelijks, 5.1% af en toe, cijfers Sciensano)¹. Toch is in afwezigheid van een werkend medicijn tegen dementie dit nieuws over risicobeperking via leefstijl goed nieuws. Zelfs als we door te werken aan hersengezonde leefstijl 'maar' 30% of 20% van de toekomstige dementie kunnen vermijden of uitstellen, is dat enorm positief. Dit geldt voor de personen met dementie, voor de mantelzorgers, en in termen van betaalbaarheid van de zorg. Vanuit vorige dementie-beleidsplannen hebben we in 2018/2019 een eerste campagne uitgewerkt (SaniMemorix) en die leidde tot een groter inzicht bij Vlaamse inwoners over hersengezonde

leefstijl (Van Asbroeck et al., 2021). In 2022 lanceerden we dan de opvolger, die minder op dementie gefocust was, maar ruimer op hersengezondheid (www.2voordeprijsvan1.be). Dat campagnemateriaal is zo ontworpen dat het langdurig ingezet kan worden.

Wat is het wenkend perspectief?

Duitse collega's maakten een simulatie van het preventie-potentieel als er gewerkt wordt aan hersengezonde leefstijl (Blotenberg et al., 2023). Ze vertaalden daarbij niet alle in de literatuur genoemde risicofactoren, maar de meest voor de hand liggende. Ze hielden ook rekening met een eerder bescheiden reductie van die risicofactoren, van 'slechts' 15% of 30%. Het is immers utopisch om te denken dat iedereen plotseling een volledige hersengezonde leefstijl aanneemt. Maar toch is het preventie-potentieel met die bescheiden wijzigingen enorm. Voor Duitsland zou het gaan om het vermijden en

uitstellen van 138.000 gevallen van dementie (bij 15% reductie risicofactoren) of 265.000 (bij 30% reductie). En dat binnen nu en tien jaar, tegen 2033. De gebruikte analysemethode is te complex om deze oefening meteen voor Vlaanderen te doen. Maar als we de hypothese hanteren dat de Duitse en Vlaamse bevolking inzake leefstijl niet fundamenteel verschillend is en rekening houden met het feit dat de Vlaamse bevolking ongeveer 12 keer kleiner is dan die van Duitsland, dan komen we toch ook tot een indrukwekkend preventie-potentieel. Dat zou neerkomen op het vermijden en uitstellen van dementie bij 11.000 personen (bij 15% reductie risicofactoren) of 21.000 personen (bij 30% reductie). En opnieuw, dat binnen nu en tien jaar, tegen 2033. Blijvend inzetten op hersengezonde leefstijl levert dus winst op. Winst in termen van vermeden of uitgestelde dementie, behoud van kwaliteit van leven en vermeden of uitgestelde zorgkosten.

¹ We verwijzen voor verder beleid rond minder roken graag naar het memorandum van de Alliantie voor een rookvrije samenleving, <https://alliantierookvrijesamenleving.be/>.

Daarom lanceerden we mei 2022 in samenwerking met de regionale expertisecentra en andere zorgorganisaties breed de campagne www.2voordeprijsvan1.be met de kernboodschap “goed voor je hart = goed voor je hersenen”. Het zijn immers grotendeels dezelfde leefstijlfactoren die zorgen voor cardiovasculaire gezondheid en risicoverlaging voor dementie. Het bestaande campagnemateriaal van 2voordeprijsvan1 is zo gemaakt dat het relatief eenvoudig en efficiënt bijgemaakt en hergebruikt kan worden. Dat betekent ook dat het kan worden ingezet bij kleinere campagnes.



Zo werkte bijvoorbeeld de gemeente Merchtem begin 2023 met het materiaal. Flyers werden bij elk huishouden gebust, de roll-up banners stonden in gemeentehuis en bibliotheek, op beeldschermen in het gemeentehuis werden de 2voordeprijsvan1-boodschappen geprojecteerd. Ook elders wordt zo het campagnemateriaal ingezet, bv. op de wekelijks markt van Gullegem.

Ook de media zijn alerter geworden op boodschappen die verwijzen naar hersengezonde leefstijl. Helaas vereenvoudigen ze de boodschap daarbij soms tot een wel erg simplistisch niveau (bv. met een middagdutje of met vitamine D verlaag je het risico op dementie). Het van correcte en actuele info voorzien is een blijvende uitdaging. Daarom moeten we het Vlaams Instituut Gezond Leven als bron voor onderbouwd leefstijladvies sterker in beeld brengen, naast onze dementie-specifieke informatie. Een belangrijke intermediair om hersengezonde leefstijl te bevorderen zijn

de huisartsen. Onderzoek geeft aan dat hoge bloeddruk een belangrijke risicoverhogende factor is (Mulligan et al., 2023), en huisartsen kunnen daar perfect op werken. Anderzijds kunnen ze informatie en advies geven. In de e-learning voor referentieartsen (start herfst 2023) is informatie over dit thema opgenomen, alsook op www.huisartsendementie.be. Eens de referentieartsen actief zijn, kunnen die het thema hersengezonde leefstijl actief promoten bij collega-huisartsen. Naast publiekscampagne en huisartsen, kan ook gewerkt worden via audiologen en hoorcentra. Meer en meer wordt immers duidelijk dat het gehoor verbeteren (via hoortoestellen, ...) het risico op dementie verlaagt en sociale participatie verhoogt (Livingston & Costafreda, 2023; Yeo et al., 2023).

Wij vragen aan het beleid:

- Investeer in Vlaanderen in gezonde leefstijl. Het budget voor preventie



is slechts een fractie van het budget voor curatieve zorg. Iedereen kent de gemeenspraak “beter voorkomen dan genezen”. Dat moet zich ook weerspiegelen in beleidsaandacht en budgetten. Immers, elke vermeeden zorgnood helpt om de eerder geschetste demografische tijdbom in de ouderenzorg te verkleinen.

- Maak budgetten vrij voor hergebruik/ herdruk van het bestaande campagnemateriaal, om dat blijvend in te kunnen zetten.
- Waar relevant, vraag aandacht voor het verbinden van onze boodschap rond hersengezonde leefstijl met andere preventie-campagnes en preventie-actoren zoals het Vlaams Instituut Gezond Leven en de logo's.

3 | Thuis

Wat is al bereikt?

Mensen met dementie wonen overwegend thuis. Bovendien is het ook ieders wens om zo lang mogelijk thuis te blijven, binnen de eigen gepaste en vertrouwde omgeving, in de geborgenheid van de mantelzorgers. Helaas is voor niet iedereen deze geborgenheid vanzelfsprekend (alleenstaanden, mensen in armoede, ...). Waar voorheen de aandacht van dementiezorg vooral uitging naar de residentiële zorg en voorzieningen, zien we de laatste jaren stilaan meer aandacht naar mensen met dementie thuis. In Vlaanderen ontwikkelden zich heel wat initiatieven die het leven van mensen met dementie ondersteunen en recent kregen buurtzorg-initiatieven bijzondere aandacht (zie ook punt 5). Recent worden burgers ook opgeroepen om pro-actiever na te denken en actie te ondernemen

op het ouder worden en hun toekomstige leefomstandigheden (Duppen & Doucet, 2023, in print; Volckaert, 2022).

De Vlaamse overheid besliste in 2023 in het kader van het Vlaamse Dementieplan om een eenmalig budget van 3.000.000 euro vrij te maken voor het uitrollen van de referentierol in de thuiszorg. Een beslissing die de Expertisecentra Dementie ten zeerste waarderen aangezien de praktijk hier al lang om vraagt.

Exemplarisch is de specialistische thuisbegeleiding dementie zoals deze is uitgerold in Brugge, in de schoot van het Expertisecentrum Dementie Foton. Ook de werkingen OpMaat (Huis Perrekes, Geel) en de Dementiecoach in het Waasland zijn goede praktijken die mensen ondersteunen die met dementie te maken krijgen. Er is behoefte aan vernieuwing van casemanagement

dementie, ook door vele maatschappelijke ontwikkelingen. De toenemende vergrijzing en het steeds langer thuis blijven wonen, maken dat ouderen met dementie steeds meer co-morbiditeit en complexe hulpvragen ontwikkelen. Het vergt grote kennis en vaardigheden om mensen met dementie en mantelzorgers goed te begeleiden gedurende het hele ziektebeloop. Daarbij is interprofessionele samenwerking uit de domeinen van welzijn, behandeling, zorg en ondersteuning vereist. Die moet onderling worden afgestemd en geïntegreerd om ervoor te zorgen dat de juiste zorg van de juiste persoon op het juiste moment en op de juiste manier wordt gegeven. Dit alles vergt bij voorkeur één persoon: de dementieconsulent of thuisbegeleider dementie.

Op diverse plaatsen ontstonden door community building van onderuit inloop-

huizen (Herentals, Antwerpen, Mechelen, ...), infopunten dementie en zorgcirkels jongdementie. De lotgenoten- en familiegroepen van Alzheimer Liga Vlaanderen bieden een luisterend oor van zelfhulp en een netwerk. Buddywerkingen zagen het licht, maar ook specifieke centra voor dagverzorging voor mensen met (jong)dementie bieden de noodzakelijke respijtzorg. Via praatcafés dementie en psycho-educatie, zoals het programma Dementie en **nu**, bieden we mogelijkheden om de draagkracht en draaglast bij mantelzorgers meer in evenwicht te brengen.

We erkennen dat dit zeer gevarieerde aanbod niet overal in dezelfde mate aanwezig is en ervoor kan zorgen dat het voor de persoon met dementie en mantelzorgers, maar ook voor de professional een doolhof kan worden. Nochtans ontstaan initiatieven niet zomaar, maar vooral vanuit een gemis dat de doelgroep ervaart in het klassieke zorgaanbod. Ze kopiëren naar een

andere regio is misschien soms wenselijk, maar lukt niet altijd omwille van cultuurverschil, het gebrek aan gepaste trekkers of het gemis aan een flankerend ondersteuningsbeleid door het lokale bestuur. Hierin zijn de Regionale Expertisecentra Dementie een belangrijke partner om ervoor te zorgen dat deze initiatieven kwaliteitsvol en duurzaam zijn én de nodige impact hebben.

Verder werden reeds enkele trajecten gelopen, met ondersteuning van de Vlaamse overheid, om een meer personsgerichte zorg mogelijk te maken binnen de (thuis)zorgactoren. Alleen was ook daar de residentiële zorg koploper in het aantal ingediende dossiers en was het met een vergrootglas zoeken naar projecten uit de thuiszorg. Als meer dan 70% van de mensen met dementie thuis woont, dient daar relatief meer aandacht aan besteed te worden, bijvoorbeeld in de opleiding tot referentiepersoon dementie richting thuiszorgactoren.

Wat is het wenkend perspectief?

Het gehele zorgaanbod is aldus nog te versnipperd en niet op dezelfde wijze doorheen Vlaanderen beschikbaar. Betrokkenen voelen zich nog te veel aan hun lot overgelaten als ze de diagnose van dementie krijgen. Hierdoor dreigt er kort na de diagnose veel kostbare tijd verloren te gaan. Net op dat moment is bespreekbaarheid van de diagnose en vroegtijdige zorgplanning met de persoon met dementie en diens naasten net van belang.

Het aantal mensen met dementie dat thuis woont, zal de komende jaren substantieel stijgen. Bij de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen zien we de laatste jaren een stijging van 9.714 cliënten in 2018 naar 14.513 cliënten in 2022. Omwille van deze en de verder verwachte groei is het goed dat er een adequaat aanbod van ambulante dienstverlening is, op maat van de persoon met dementie en

diens mantelzorger. Dat betekent bijvoorbeeld ook het werken met een vermissingprotocol in samenspraak met de lokale politiezones. In 2022 waren er in ons land 96 vermissingen (bron: Cel Vermiste Personen). 90 mensen zijn toen levend teruggevonden, voor 6 personen kwam alle hulp te laat.

Vanuit de missie van de Expertisecentra Dementie streven we naar een samenleving die met dementie kan omgaan zodat elke MENS die ermee te maken heeft, zich gewaardeerd en ondersteund voelt. We bepleiten een beleid dat inzet op 'goed' thuiswonen met dementie. Dan zijn ook het herkennen van signalen van overbelasting van de mantelzorger en het mee ondersteunen van zijn draagkracht aan de orde. Tegelijk is het een kunst om een goede transitie mogelijk te maken naar een andere zorgvorm, gezien afwezige of gebrekkige communicatie een vlotte transfer eerder lijkt te bemoeilijken.

Ondanks alle pogingen om mensen dichter bij informatie rond zorg te brengen, blijft de ongeletterdheid inzake kennis van sociale voorzieningen groot, zowel bij hulpverleners als familie/personen met dementie.

Wij vragen aan het beleid:

- Maak outreaching van zowel ziekenfondsen als gemeenten naar hun burgers met een zorgvraag mogelijk. We zien het als een beperking dat er enkel als dementiemedicatie wordt voorgeschreven (meestal terugbetaling gevraagd en dus medische diagnose gekend) er sprake is van een ambtshalve contactname van de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds met familie/persoon met dementie en sociale dienst gemeente. Wanneer dit vroeger kan, bijvoorbeeld bij een opname in het ziekenhuis, winnen we tijd. Op die manier kunnen financiële tegemoet-

komingen sneller worden geïnitieerd en kan thuisbegeleiding veel vroeger worden gestart.

- Geef een stevige plek aan de ondersteuning van mantelzorgers van mensen met dementie, waardoor de autonomie en participatie van personen met dementie in de thuiscontext kan worden versterkt. Dit kan bijvoorbeeld in het kader van geïntegreerde chronische zorg. Hierbij pleiten we voor een kwalitatief professioneel aanbod van thuisbegeleiding én psycho-educatieve interventies die recht doen aan de

noden van mantelzorgers. De zorg vormt meestal een zware belasting en kan een weerslag hebben op de fysieke en mentale gezondheid van die mantelzorger(s). De kwaliteitscontrole op initiatieven inzake ondersteuning van mantelzorgers dient te worden opgenomen door de Expertisecentra Dementie.

- Voorzie financiële ondersteuning van psychologische begeleiding van mantelzorgers voor erkende programma's (cfr. Dementie en nu).
- Bouw specialistische ondersteuning van mantelzorgers en mensen met dementie in binnen het regelgevend kader dat aansluit bij het interfederaal plan geïntegreerde zorg. Stem de rol van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen hierop af.
- Stimuleer het gebruik van het vermissingsprotocol door de politiezones en zorgactoren.
- Bouw een leensysteem van hulpmiddelen uit en een grotere beschik-

baarheid van ergotherapeutisch advies, met financiële ondersteuning voor de persoon met dementie en zijn mantelzorgers. Essentieel daarbij is de toegankelijkheid van ergotherapeuten en een sensibiliserende rol rond de bestaande website www.hulpmiddelenbijdementie.be.

- Erken ervaringsdeskundigheid bij toekomstige ontwikkelingen met oog op spontane zorg en betrokkenheid, regelluw maar met de noodzakelijke financiële ondersteuning.
- Erken het belang van community building. Het is het (vaak lokale) sociaal weefsel dat aan de basis ligt van buddywerkingen (jong)de dementie en de start van inloophuizen dementie (soms ook Odensehuis genoemd). Dergelijke initiatieven zijn gegroeid vanuit ervaringsdeskundigheid en worden als cruciaal ervaren om mensen met dementie op een aangename wijze te ondersteunen.
- Stem het huidige urencontingent van de diensten voor gezinszorg af op

de reële behoeften van de bevolking en erken de referentiefunctie. Het generalistische profiel van de medewerkers van de diensten voor gezinszorg en hun 'mogelijk langdurige' aanwezigheid in het thuismilieu van de persoon met zorgbehoefte en zijn naaste omgeving maken dat zij binnen een zorg- en ondersteuningsteam een belangrijke schakel vormen. Daarom zijn we voorstander dat de referentierol dementie in de thuiszorg (diensten voor gezinszorg en diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds) wordt erkend en verankerd.

4 | Zorg

Wat is al bereikt?

We streven naar persoonsgerichte en geïntegreerde zorg. Dankzij het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor mensen met dementie (Dely et al., 2018) leeft er in alle takken van de zorg een steeds grotere bewustwording van wat goede dementiezorg is. Ook is er een groeiende bereidheid en enthousiasme in de zorg- en welzijnssector om de schotten te doorbreken en samen te werken, waarbij de kwetsbare persoon (al dan niet met dementie) centraal staat, niet de zorgvoorziening. Geïntegreerde zorg betekent in de eerste plaats zorg op maat van de persoon die zorg krijgt, over de sectoren heen en steeds met welzijn in het vizier (Vandeuren & Steyaert, 2022). We blijven anno 2023 echter stoten op regelgeving en financieringsmodellen die persoonsgerichte

zorg, intersectorale samenwerking en creativiteit belemmeren.

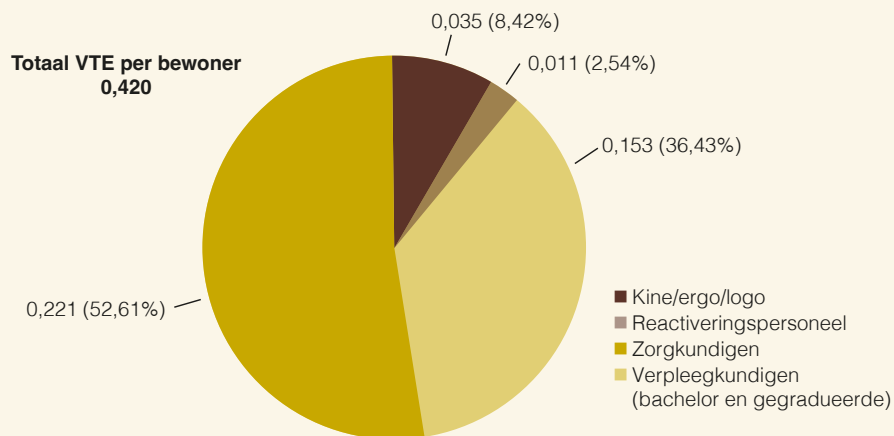
Spilfiguren zijn professionals met een expertise in dementiezorg. In Vlaanderen nemen onder meer de referentiepersoon dementie deze functie op zich. Tot vandaag werden reeds 2.322 referentiepersoon dementie door de Expertisecentra Dementie opgeleid. Binnen de woonzorgcentra worden deze professionals voor 0.5 VTE gefinancierd door de Vlaamse overheid. Zij worden verondersteld effectief vrijgesteld te worden van hun zorgtaken om mee het dementiebeleid en de zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers vorm te geven. In realiteit worden veel van deze referentiepersoon dementie ingezet bij zorg aan bed. Een begrijpelijke maar niet wenselijke keuze, aangezien dit de kwaliteit van de dementiezorg in het gedrang brengt. Ter vergelijking: in Wallonië wordt een

voltijdse persoon vrijgesteld vanaf 36 bewoners met matige/ernstige dementie en er wordt reeds vanaf 20 bewoners een recht geopend (i.p.v. 25 in Vlaanderen).

Veel Vlaamse ziekenhuizen kiezen ervoor om, met eigen middelen, zo'n referentiepersoon dementie te laten opleiden. Een ziekenhuisopname is voor veel patiënten met dementie een traumatiserende ervaring, waarvan de negatieve effecten intussen wetenschappelijk aangetoond werden (Andrews, 2013; Van de Voorde et al., 2017). De aanwezigheid van professionals met expertise in dementie is dan geen overbodige luxe.

Het dementiebeleid in woonzorgcentra kreeg dankzij het referentiekader dementie en de sterke aanwezigheid van referentiepersoon dementie een boost. Toch zal het, gezien de demografische tijdsbom waar we voor staan, een uitda-

VTE aanwezig per zorgkwalificatie per bewoner (ingediend in RAAS applicatie), 1 juli 2020 - 30 juni 2021



Bron: Zorgnet-Icuro

ging blijven om de theorie ook effectief in de praktijk om te (blijven) zetten.

De zorgsector heeft te weinig handen aan bed. We weten dat er in woonzorgcentra een woonzorgratio is van 0.42 VTE per bewoner. In de zorg voor mensen met een beperking is dat 0.93

en in de ziekenhuizen 2. In de Nederlandse ouderenzorg bedraagt die 2.1. Dit zijn onaanvaardbare verschillen voor een bewonersprofiel dat zeer gelijkend is in zorg- en ondersteuningsbehoefte. Bovendien is er een toenemende nood om ook staffuncties te kunnen voorzien (BelRAI coördinator,

kwaliteitscoördinator, ICT-expert, expert infectiepreventie, een betere bestaffing voor palliatieve en levenseinde zorgsituaties, ...) en de nood aan meer flexibiliteit o.a. door het inzetten van elders verworven competenties, ... Meer personeel inzetten en dit doorrekenen aan de bewoner is echter geen optie. De betaalbaarheid van de zorg moeten we als solidaire samenleving ook bewaken.

Kan meer mantelzorg een deel van het antwoord zijn? Misschien. Maar ook mantelzorgers staan voor grote uitdagingen: langer werken, de zorg voor (klein)kinderen en mantelzorg opnemen (Steyaert et al., 2020). In onze samenleving verdienen mantelzorgers een volwaardige plek en erkenning. In 2019 werd een start gemaakt met de bijzondere erkenning jongdementie in woonzorgcentra, aangezien dit een specifieke doelgroep is die een andere aanpak vereist, o.a. omwille van het feit dat zij actief zijn, hun partner nog beroepsactief is en ze studerende kin-

deren hebben, een lening af te betalen hebben, enz. Bovendien kunnen de ziektebeelden sterk variëren en zijn er specifieke aandoeningen die een aparte benadering vergen.

Hebben we in Vlaanderen een kwalitatief aanbod aan dagbesteding voor mensen met dementie? Ja, maar... de dagbesteding is te weinig afgestemd op mensen met beginnende dementie, is momenteel te eenzijdig vormgegeven en is te rigide geleid in de wetgeving. Dit staat vernieuwende vormen van respijtzorg, zoals bv. de zorgboerderijen in Nederland en Scandinavië, in de weg.

Wat is het wenkend perspectief?

We gaan voor zorg waarbij de MENS achter de persoon met dementie centraal staat. Waarbij thuiszorg, residentiële zorg en ziekenhuizen met elkaar samenwerken, en de vrijheid hebben om kwaliteit van leven, wonen en zorg creatief en vanuit persoonsgerichtheid vorm te geven.



Positieve gezondheid ligt volgens de WHO aan de basis van geïntegreerde zorg, dus niet zozeer de aan- of afwezigheid van ziekte, maar het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Deze visie sluit perfect aan bij ons referentiekader dementie.

Door de vergrijzing stijgt het aantal mensen met dementie. De diagnose wordt vaak laat gesteld, wat leidt tot lange periodes van onzekerheid en overbelasting van de mantelzorgers. De huisarts speelt een belangrijke rol in zowel de ziekte- als de zorgdiagnose (Vermandere et al., 2012).

Het bestendigen van de referentiearts dementie is cruciaal om de huisartsen te ondersteunen in deze rol. Maar ook de centra voor diagnostiek en de via een conventie erkende geheugen(revalidatie)klinieken komen hier in beeld aangezien zij de snelle en deskundige diagnose verzorgen. Deze laatste

zouden ook ten dienste moeten staan voor mensen in een matig dementiestadium en binnen de conventie zou er een hogere vrijheidsgraad moeten zijn inzake toepassing van het aantal sessies. Op zich is een uitbreiding van het aantal geheugenklinieken ook aan de orde gelet op streken die momenteel niet of onvoldoende bediend worden (Zuid-West-Vlaanderen, en delen van Limburg).

Willen we geïntegreerde zorg verwezenlijken, dan is samenwerking op niveau van de eerstelijnszone, bijvoorbeeld door middel van een zorgpad dementie, een essentiële beweging.

Vanuit de Expertisecentra Dementie werken we daar graag aan mee. Een flankerend beleid vanuit de lokale overheid is echter aangewezen, zodat dergelijke initiatieven verankerd worden in het lokale zorgaanbod.

Triadisch werken (samenwerking tussen zorgpersoneel, patiënt en mantelzorgers) is zeker van belang voor mensen met dementie. Aangezien zij moeilijker hun noden en behoeften kunnen verwoorden zijn het meestal hun mantelzorgers die deze taak opnemen. Een cultuur van kwaliteitsvolle doelgerichte zorg maakt dat professionele zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers samen een team vormen en persoonsgerichte zorg realiseren, in afstemming met de persoon met dementie.

Wij vragen aan het beleid:

- Ontschot. We vragen het beleid om moedige keuzes te maken en

het zorglandschap en de bijhorende financiering te hertekenen. Vertrekkend vanuit de kwetsbare zorgvrager en zijn noden, en de mantelzorgers en hun noden, niet vanuit gevestigde waarden en eigenbelang. We wensen samenwerking over alle lijnen heen, met meer kruisbestuiving met de (referentie-) huisarts, de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, de palliatieve zorg, psychiatrie, preventie, organisaties voor mensen met een beperking ... Met dit advies richten we ons dus naar alle beleidsniveaus tegelijk.

- Pas regelluwt voor de zorg toe, zodat er meer vrijheid is om mensen met atypische profielen in te zetten en om creatieve samenwerking en innovatieve projecten in de zorg, over de sectoren heen, uit te bouwen.
- Zet op voldoende zorgpersoneel binnen de residentiële ouderenzorg in, gelet op de krapte op de arbeids-

markt en de behoefte aan een hogere zorgratio om kwaliteitsvolle zorg te garanderen.

- Zorg voor een ruimer gefinancierde en effectief vrijgestelde referentiepersoon dementie zowel in de thuiszorg, residentiële zorg als ziekenhuizen.
- Geef de zorginspectie meer ruimte en flexibiliteit, zodat zij kwaliteitsvolle zorg niet enkel beoordelen op basis van objectieve, maar ook op basis van dementievriendelijke en goed onderbouwde argumenten. Een zorginspectie die persoonsgerichte zorg te allen tijde vooropstelt, zonder daarbij kwaliteitsvolle zorg uit het oog te verliezen.
- Evaluer de financiële houdbaarheid en regionale spreiding van de bijzondere erkenningen voor mensen met jongdementie. Zet stappen richting een persoonsvolgend budget voor jongdementie.
- Organiseer meer diverse dagopvang voor mensen met (jong)dementie.

- Veranker en breid het contingent referentieartsen uit, gezien het grote belang van tijdige (zorg)diagnose.
- Breid de doelgroep van patiënten voor de geheugenklinieken naar personen met een matige dementie uit (budgetneutraal) en verruim in dit licht ook de conventie met bijkomende geheugenklinieken (niet budgetneutraal).
- Investeer in de opleiding van toekomstige zorgverleners, zodat elke nieuwe professional vertrouwd is met 'omgaan met dementie'.



5 | Maatschappelijke context

Wat is al bereikt?

Leven met dementie is lang een groot taboe geweest in onze samenleving. Initiatieven zoals o.a. de www.onthoudmens.be-campagne, Cera-webinars (Dementie in Vlaanderen cera.coop), dementievriendelijke gemeenten en steden, en praatcafés dementie hebben de laatste jaren bijgedragen tot het doorbreken van dit taboe. Toch blijft de (maatschappelijke) beeldvorming vaak gefocust op de laatste fasen van de aandoening. Men gaat weinig of niet in op de vele mogelijkheden die er nog zijn, zeker in de eerste jaren van het ziekteproces. *Restaurant Misverstand* bracht het thema de huiskamers binnen en bewerkstelligt open gesprekken. Dat leidt tot een andere kijk op, een andere benadering (socialisatie) van, en anders omgaan met personen met dementie en hun naasten. Het

humaniseert en verzacht (een stuk van) de complexe realiteit.

Zoals de Vlaamse Raad WVG in haar advies over het recentste Vlaamse Dementieplan aangeeft “moet er naast gepaste zorg ook de ambitie zijn om de samenleving zodanig te organiseren dat mensen met dementie een goede levenskwaliteit behouden, inclusief autonomie, geborgenheid, respect en sociale integratie.”

Willen we een échte dementie-inclusieve samenleving creëren, dan moeten we blijven inzetten op beeldvorming, alsook op concrete inclusieve activiteiten zoals sport en cultuur. Dementievriendelijke gemeenten zijn daartoe een krachtig middel. Deze kunnen nog meer worden gelinkt aan de zorgzame buurten. De Vlaamse overheid heeft de laatste jaren veel ingezet op die

zogenaamde “zorgzame buurten”, maar het idee dient nog te worden geconcretiseerd, gerealiseerd en gefinancierd. Het betrekken van mensen met dementie én hun mantelzorgers in het uitdenken en uitbouwen van deze initiatieven is van groot belang. Ook is het belangrijk om hierbij de lokale ouderenraden en ouderenverenigingen te betrekken, om op die manier een realistisch perspectief en draagvlak te creëren.

Vanuit de bestaande zorgvoorzieningen spelen de professionals met expertise in dementiezorg een belangrijke faciliterende rol in de uitbouw van een dementie-inclusieve samenleving, waarbij bv. een link wordt gemaakt vanuit een woonzorgcentrum naar de buurt, initiatieven om tuinen te delen, e.d. Willen we de zorg herdenken en mensen thuis en in de buurt oud laten

wonen, dan kunnen initiatieven als de Boomgaard te Leuven inspiratie bieden.

Wonen in een zorgzame vertrouwd aanvoelende gemeenschap heeft immers een positief effect. Eerst vinden mensen het aantrekkelijk om iets samen te doen, bijvoorbeeld bewegen. Als ze elkaar beter kennen, gaan mensen steeds meer voor elkaar doen en groeit de sociale cohesie. Het begint met ontmoeten en daar hoef je niet meteen zorgbehoevend voor te zijn.

Wat is het wenkend perspectief?

Tijdens de coronapandemie kreeg de samenleving een zeer eenzijdig en negatief gekleurd beeld van de ouderen (zorg) en bij uitbreiding van (de zorg voor) mensen met dementie. Willen we een samenleving waarin kwetsbare personen echt een plaats én een waarde hebben, dan is een correcte en genuanceerde beeldvorming een nood-

zakelijke voorwaarde. Ouderen een stem geven in dit verhaal, zoals gebeurt door de Vlaamse Ouderenraad, is een grote meerwaarde. In de media kan die stem meer aan bod komen, en dan niet enkel over de organisatie van de ouderenzorg maar ook over andere maatschappelijke ontwikkelingen.

In een zorgzame samenleving kunnen ook mensen met dementie zich van waarde blijven voelen en een eigen bijdrage leveren, bv. door vrijwilligerswerk te doen op basis van hun talenten. Een zorgzame samenleving zet in op de kracht van mensen. Zij erkent dat iedere burger op een moment in het leven wel eens kwetsbaar is. Vroegtijdige zorgplanning wordt dan een evidentie, waarbij men het gesprek aangaat over hoe men wil wonen en leven doorheen de verschillende fasen van het leven. De buurt en samenleving kunnen daaraan bijdragen en daar moet vanuit de lokale overheid sterk op ingezet worden. De maat-

schappij dient immers de voorwaarden te creëren opdat mensen effectief naar waarde worden geschat en elk naar hun kunnen bijdragen aan het samen-leven.

Ook mantelzorgers worden gedragen door hun omgeving en de buurt. Dat is nodig opdat zij het zelf volhouden en hun draagkracht kunnen verstevigen, aangezien de zorg voor een persoon met dementie niet enkel kan leiden tot verdieping van relaties maar ook tot overbelasting. Mantelzorgers kunnen hun expertise mee inzetten in de zorg, indien zij dit wensen en daar de mogelijkheid toe hebben. Op die manier is samenwerking, elk vanuit zijn kracht, mogelijk. Buurt- en zorgteams kunnen dit proces onderbouwen en versterken, met ondersteuning van het lokaal bestuur. Aandacht voor kwetsbare groepen, zoals mensen in armoede, is daarbij van belang. Door van in het begin formele en informele actoren meer op elkaar af te stemmen, vermijden we

een cascade systeem waarbij de formele hulpverlening het overneemt als het te zwaar wordt voor de informele actoren.

Wanneer kinderen van kleinsaf aan in contact komen met kwetsbare doelgroepen, leren zij dat kwetsbaarheid bij het leven hoort. Een samenleving kan daar dan zorgzaam mee omgaan. Intergenerationele projecten vinden stilaan hun ingang en dragen bij tot een meer positieve visie op ouder worden en zijn, waardoor een hechtere samenleving kan ontstaan en groeien. Bovendien vergemakkelijkt het de keuze voor een zorgberoep vanuit een positiever beeld van ouderdom.

Willen we gaan voor een inclusieve samenleving, dan wordt eenieder gezien als individu met een gelaagde identiteit (ouder, partner, werk, seksuele voorkeur, psychische weerbaarheid, migratie, ...). Dit pleit voor een persoons- en relatiegerichte benadering van de

uitdagingen en kwetsbaarheden waar burgers zich mee geconfronteerd weten, alsook de zorg die kan worden geboden. Een inclusieve samenleving zet de talenten van eenieder op de voorgrond en zorgt ervoor dat die elkaar versterken, om zo het risico van uitsluiting van groepen te verminderen.

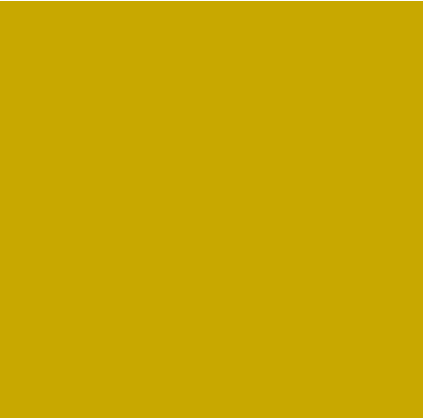
Aandacht voor specifieke groepen kan niettemin van belang zijn. Mensen met een migratieachtergrond of in armoede lopen bv. een hoger risico op dementie. In sommige culturen leeft een groot taboe op dementie en is er geen equivalent voor het woord dementie, dat soms niet eens kan worden vertaald. Zorgdiagnose kan dan een uitdaging zijn.

Wij vragen aan het beleid:

- Zie diversiteit als een realiteit en evidentie: specifieke bewustwordingscampagnes kunnen, maar zet vooral in op een persoons- en relatiegerichte zorg voor eenieder.

- Bouw het taboe en de stigmatisering verder af: faciliteer en bestendig de inspanningen om dementie op een genuanceerde manier in beeld te

brengen door gerichte campagnes. Werk ook aan sensibilisering via populaire media die het grote publiek bereiken. Heb daarbij aandacht voor 'dubbele' taboes, zoals dementie en vroegtijdige zorgplanning, dementie en diversiteit.



Laat de stem van mensen met dementie, en hun naasten, weerklinken: een samenleving waar mensen met dementie een plek hebben, komt alleen tot stand wanneer zij er blijvend bij betrokken worden en volgens hun mogelijkheden mee aan het roer kunnen blijven staan. Dit kan in organisaties, door bv. vrijwilligers- en buddywerk, maar ook door hen te betrekken in een beleid gericht op het emanciperende “Nothing about us, without us”.

- Laat buurtgerichte, innovatieve initiatieven evalueren, zodat we op een onderbouwde manier anders kunnen beginnen kijken naar de organisatie van de zorg, en formele en informele zorg beter op elkaar kunnen afstemmen.
- Zet sterker in op het uitbouwen van dementie-inclusieve steden en gemeenten. Creëer hier op bv. de Werelddag Dementie meer bewustwording rond. Dit kan de beeldvorming van de samenleving over dementie mede positief beïnvloeden. Ondersteun gemeenten om hiermee aan de slag te gaan en betrek alle actoren op gemeentelijk vlak. Sport (samen actief zijn) en cultuur (samen zingen, samen lezen, ...) bieden hiertoe een laagdrempelige ingang.
- Bied ruimte aan intergenerationele projecten, zodat wederzijds begrip toeneemt binnen de zorgzame samenleving en jongeren mogelijks kiezen voor een zorgberoep. Betrek scholen waar mogelijk.
- Ondersteun het initiatief van Stop Alzheimer, Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Waalse partners om te komen tot een campagne-organisatie die dementie nog beter op de kaart zet (cfr. Kom op tegen Kanker) en mensen letterlijk in beweging kan zetten.



TOP 10 beleidsaanbevelingen

- 1** Ontwikkel beleid om de krapte op de arbeidsmarkt aan te pakken. Kwaliteit van zorg voor personen met dementie en hun mantelzorgers staat of valt met kwalitatief personeel. Dat staat nu al zwaar onder druk, maar de uitdaging zal door demografische ontwikkelingen alleen maar groter worden. Dit oplossen moet TOPPRIORITEIT worden van elk toekomstig beleid.
- 2** Maak werk van een nieuw geactualiseerd dementiebeleidsplan, opnieuw voor de volgende 5 jaar. Op die manier blijven we met en voor alle belanghebbenden werken aan goede dementiezorg.
- 3** Werk aan promotie van hersengezonde leefstijl. Elke zorgbehoefte die we kunnen vermijden, is de meest efficiënte zorg.
- 4** Integreer verder het referentiekader dementie als ruggengraat van goede dementiezorg, zowel in woonzorgcentra, thuiszorg als ziekenhuizen.
- 5** Ondersteun mantelzorgers van personen met dementie via psycho-educatie en thuisbegeleiding dementie.
- 6** Veranker expertise in dementiezorg in elke zorgsetting: de referentierol dementie bij de diensten voor gezinszorg en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, van de referentiearts dementie, referentiepersonen dementie in het ziekenhuis.
- 7** Bed de dementie-expertise in binnen de Eerstelijnszones in samenspraak met de regionale Expertisecentra Dementie.
- 8** Verdubbel de zorgratio naar het voorbeeld van zorg voor mensen met een beperking of ziekenhuiszorg.
- 9** Voorzie een persoonsvolgend budget voor personen met jongdementie.
- 10** Faciliteer de opstart van een campagne-organisatie 'Samen tegen alzheimer' en steun (psycho-sociaal) onderzoek.

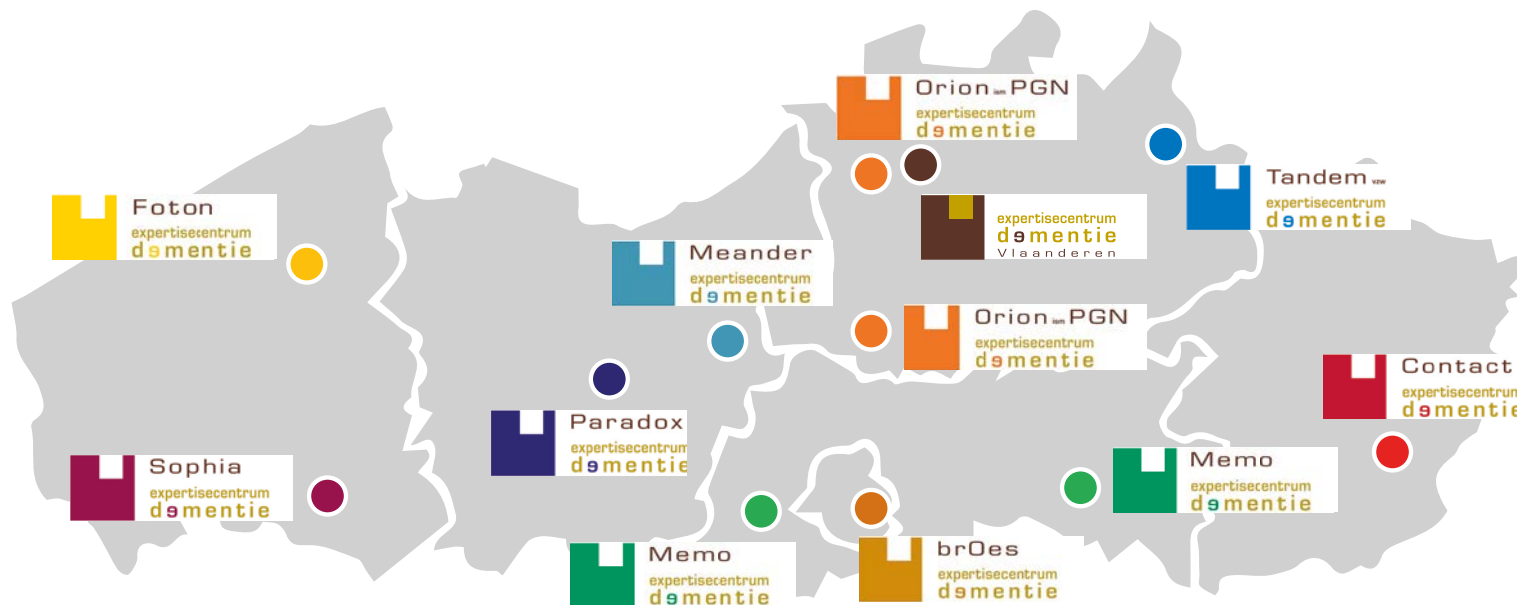
MEMO 2024
RANDUM

Verwijzingen

- Alzheimer Europe. (2020). *Alzheimer in Europe year-book 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe.
- Andrews, J. (2013). A guide to creating a dementia-friendly ward. *Nursing Times*, 109(8), 20-21.
- Blotenberg, I., Hoffmann W., & Thyrian, R. (2023). Dementia in Germany: epidemiology and prevention potential. *Deutsches Ärzteblatt International, Forthcoming*. doi: DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0100
- Brodsky, H., Seeher, K., & Gibson, L. (2012). Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia *International Psychogeriatrics*, 24(07), 1034-1045.
- de Vries, M., & de Weijer, T. (Eds.). (2020). *Handboek leefstijlgeneskunde, de basis voor iedere praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dely, H., Verschraegen, J., & Steyaert, J. (2018). *Ik, jij, samen MENS. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie*. Antwerpen: EPO.
- Duppen, D., & Doucet, D. (2023, in print). *Zorgen voor morgen: Vrijdag*.
- Joling, K. J., et al. (2020). Time from diagnosis to institutionalization and death in people with dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 16(4), 662-671.
- Joossens, L. (2016). *De tabakslobby in België* Berchem: EPO.
- Livingston, G., & Costafreda, S. (2023). Preventing dementia through correcting hearing: huge progress but more to do. *The Lancet Public Health*, 8(5), e319-e320. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00058-0
- Livingston, G., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet, online*. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Mulligan, M. D., et al. (2023). Population attributable fraction of hypertension for dementia: global, regional, and national estimates for 186 countries. *eClinicalMedicine*, 60, 102012. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102012>
- Nutt, D. (2020). *Drink? the new science of alcohol and your health*. London: Hachette UK.
- Steyaert, J. (2023). Dreigende crash voor ouderenzorg? 'De demografische tijdbom tikt'. *Sociaal.Net*, <https://sociaal.net/achtergrond/ouderenzorg-dreigende-crash-demografische-tijdbom-tikt/>.
- Steyaert, J., et al. (2020). Hoe vangen we het toekomstig tekort aan mantelzorgers op? *Sociaal.Net*.
- Van Asbroeck, S., et al. (2021). Increasing knowledge on dementia risk reduction in the general population: results of a public awareness campaign. *Preventive medicine*, 147.
- Van de Voorde, C., et al. (2017). Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit – Synthese. Health Services Research (HSR). In Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (Ed.), *KCE Reports 289As*. Brussel.
- Vandeuren, J., & Steyaert, S. (2022). *Geïntegreerde zorg - werken aan samenwerken*: Lannoo Campus.
- Vermandere, M., Decloedt, P., & De Lepeleire, J. (2012). Zorgdiagnose bij thuiswonende, dementerende patiënten, een nieuw concept? . *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 43(1), 25-32.
- Vermunt, L., et al. (2019). Duration of preclinical, prodromal, and dementia stages of Alzheimer's disease in relation to age, sex, and APOE genotype. *Alzheimer's & Dementia*, 15(7), 888-898.
- Volckaert, E. (2022). *Oud vasthouden. Over vergrijzing, wonen en beleid*: Gompel&Svacina.
- Yeo, B. S. Y., et al. (2023). Association of Hearing Aids and Cochlear Implants With Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA neurology*, 80(2), 134-141. doi: 10.1001/jamaneurol.2022.4427.

Expertisecentra Dementie in Vlaanderen

www.dementie.be



Expertisecentrum Dementie Vlaanderen

Pastoor Van de Wouwerstraat 2
2600 Berchem
☎ 03 609 56 14
✉ info@dementie.be

Expertisecentrum Dementie brOes

🌐 www.dementie.be/broes
Haachtsesteenweg 76
1210 Sint-Joost-Ten-Node
☎ 02 778 01 70
✉ broes@dementie.be

Expertisecentrum Dementie Contact

🌐 www.dementie.be/ecdcontact
Hadewychlaan 74 – 3500 Hasselt
☎ 011 88 83 84
✉ contact.limburg@dementie.be

Expertisecentrum Dementie Foton

🌐 www.dementie.be/foton
Biskajersplein 2 – 8000 Brugge
☎ 050 44 67 93
✉ foton@dementie.be

Expertisecentrum Dementie Meander

🌐 www.dementie.be/meander
Kerkstraat 115 – 9200 Dendermonde
☎ 052 26 28 23
✉ meander@dementie.be

Expertisecentrum Dementie Memo

🌐 www.dementie.be/memo
Vlaams Brabant
's Hertogenlaan 97 – 3000 Leuven
☎ 016 50 29 06
✉ memo@dementie.be
Halle-Vilvoorde
Heetveldelaan 8 – 1700 Dilbeek
☎ 02 344 44 40
✉ memo@dementie.be

Expertisecentrum Dementie

Orion ism. PGN

🌐 www.dementie.be/orionenpgn
Orion (arrondissement Antwerpen)
Markgravelei 133 – 2018 Antwerpen
☎ 03 247 03 85
✉ orion@dementie.be

PGN (arrondissement Mechelen)

Lange Ridderstraat 20 – 2800 Mechelen
☎ 0476 93 49 56
✉ pgn@dementie.be

Expertisecentrum Dementie Paradox

🌐 www.dementie.be/paradox
Molenaarsstraat 34 – 9000 Gent
☎ 09 233 14 38
✉ paradox@dementie.be

Expertisecentrum Dementie Sophia

🌐 www.dementie.be/sophia
Budastraat 20 – 8500 Kortrijk
☎ 056 32 10 75
✉ sophia@dementie.be

Expertisecentrum Dementie Tandem

🌐 www.dementie.be/tandem
Prins Boudewijnlaan 9 – 2300 Turnhout
☎ 014 47 83 71
✉ tandem@dementie.be



expertisecentrum
dementie
Vlaanderen



brOes
expertisecentrum
dementie



Contact
expertisecentrum
dementie



Foton
expertisecentrum
dementie



Meander
expertisecentrum
dementie



Memo
expertisecentrum
dementie



Orion^{sem} PGN
expertisecentrum
dementie



Paradox
expertisecentrum
dementie



Sophia
expertisecentrum
dementie



Tandem^{vzw}
expertisecentrum
dementie

