

MARK SMIT

ALS EEN
Vlieg
IN EEN
SPINNENWEB

Anders omgaan met dementie

Uitgeverij Lucht BV, Hilversum

INHOUD

Voorwoord	9
Inleiding – 10 manieren waarop beeldvorming de zorg voor mensen met dementie beïnvloedt	13
1. De focus op dementie als ziekte maakt dat we de mens met dementie niet meer zien	14
2. De medische focus leidt tot vernauwd zicht op de behoeften van mensen met dementie	16
3. De diagnose bezorgt mensen een stigma waardoor ze zich buitengesloten voelen	17
4. We maken zorgvragen van ondersteuningsvragen, wat dus eigenlijk geen zorgvragen zijn	19
5. Wij zien mensen met dementie niet meer als sociale wezens, ze worstelen ook met relaties	20
6. We gaan ervan uit dat mensen met dementie geen sociale rollen meer vervullen	21

7. We hebben te weinig oog voor de invloed van de omgeving	22
8. We zien ingewikkeld gedrag te snel als probleemgedrag of onbegrepen gedrag	24
9. Hoe we kijken naar mensen met dementie bepaalt ook de (verpleeghuis)zorg	26
10. De eenzijdige blik op dementie beperkt ook hoe we omgaan met complexe vraagstukken	28
1. De start van mijn onderzoek – een kennismaking met het verpleeghuis	31
2. Meneer Slagter – verstrikt in stigma's	45
3. Mevrouw Petta en mevrouw Steens – wat hebben zij nodig?	69
4. Meneer Schaik en mevrouw Herder – relaties veranderen	89
5. Mevrouw Dolberg – 'te goed' voor het verpleeghuis	125
6. Mevrouw Kats – beter op haar plek	149
7. Mevrouw Herder – probleemgedrag of rouw?	171
8. Gerard – het verpleeghuis komt in zicht	193
9. Ten slotte – wilsonbekwaamheid en euthanasie	215
Nawoord	241
Mijn aanbevelingen als zoon	246
Mijn aanbevelingen als onderzoeker	251
Lees- en kijktips	261
Dankwoord	263

VOORWOORD

De afgelopen jaren ben ik zowel persoonlijk als professioneel veel in aanraking geweest met dementie. Sinds 2013 doe ik onderzoek naar de kwaliteit van leven van mensen met dementie die wonen in verpleeghuizen. Hoewel ik ben opgeleid als psycholoog gebruik ik daarvoor antropologische methoden, ook wel bekend als etnografisch onderzoek. Dat was best een omslag. Het betekent dat ik in plaats van kwantitatieve onderzoeksmethoden (vragenlijsten en cijfers) kwalitatief onderzoek ben gaan doen waarbij het verhaal een centrale plek heeft. Ik ben ervan overtuigd dat zulke onderzoeksmethoden beter aansluiten om onderzoek te doen naar een groep waarvan de stem slecht gehoord wordt.

Drie jaar lang heb ik zoveel mogelijk meegedraaid en meegeleefd op afdelingen waar mensen met dementie wonen, en

ik heb me zo goed mogelijk verdiept in hun levens. Zo leerde ik ook de mensen om hen heen kennen: hun familie en de professionals die met enorm veel toewijding voor hen zorgen.

In 2011 kreeg mijn vader Gerard Smit, die op 23 mei 2016 overleed, de diagnose alzheimer. Als zoon maakte ik zijn ziekteproces van dichtbij mee. Zo beleefde ik dementie gelijktijdig als onderzoeker en als zoon van een vader met dementie.

In dit boek breng ik deze twee perspectieven bij elkaar; beide ervaringen hebben elkaar beïnvloed. Ik geloof dat ik vanwege de ervaring met mijn vader een betere onderzoeker was: het leerde mij namelijk voorbij ziektebeelden te blijven kijken. Maar wat ik in het verpleeghuis zag beïnvloedde vanzelfsprekend ook hoe ik naar de situatie van mijn vader keek.

Hoewel ik veel verbeterpunten zie als het gaat om de manier waarop we de zorg voor mensen met dementie hebben ingericht, werden mijn angsten voor de toekomst toch minder groot.

In *Als een vlieg in een spinnenweb* laat ik zien wat mijn onderzoek aan het licht heeft gebracht: dat onze beeldvorming goede zorg aan mensen met dementie in de weg staat. Op verschillende manieren. Tegelijkertijd maakt het ook zichtbaar welke kleine en grote stappen we kunnen zetten. Dat ik niet alleen sta in mijn wens voor een meer mensgerichte be-

nadering van mensen met dementie, mag duidelijk zijn uit de initiatieven die al genomen worden en uit de maatschappelijke discussie die hierover gaande is. Ik hoop dat mijn boek daarin een structurele bijdrage kan leveren.

Ik had *Als een vlieg in een spinnenweb* niet kunnen schrijven zonder de openheid van de bewoners van de verpleeghuizen waar ik onderzoek heb gedaan. Zij lieten mij toe in hun levens en lieten mij hun verhalen optekenen. Ook de ervaringen van mijn vader Gerard Smit kregen een plek. Het was voor hem heel belangrijk bij te dragen aan de kennis over dementie door zijn stem te laten horen, temeer omdat hij aan den lijve ondervond dat er niet goed wordt geluisterd naar mensen met dementie. Gerard vond het belangrijk dat er meer kennis kwam over dementie. Hij heeft zijn eigen ervaringen op meerdere manieren gedeeld en dat is niet makkelijk geweest: hij trad naar buiten als iemand met dementie. Dat had gevolgen voor hoe mensen hem behandelden. En tóch heeft hij het gedaan. Ik vind dat moedig, omdat hij het belang van een grote groep boven zijn eigen belang stelde. Terwijl het ook nog eens een groep mensen is waarvan het niet meer vanzelfsprekend is dat er naar ze wordt geluisterd. Gerard stond er volledig achter dat ik onze gedeelde ervaringen ook onderwerp van dit boek zou maken.

De titel van dit boek komt indirect van Gerard. Laatst vond mijn moeder een briefje van zijn hand terug. Daar stond op geschreven: *'Ik voel me als een vlieg in een spinnenweb. Ik*

weet dat ik word opgegeten, alleen nog niet wanneer'. Ik doe in dit boek mijn uiterste best een beeld te schetsen van ervaringen van mensen met dementie. Dit doe ik in de wetenschap dat ik dat nooit zo goed en mooi zal kunnen doen als hij dat kon, zelfs al in één zin op een briefje. Ik heb oneindig veel bewondering voor de wijze waarop hij dat tot het eind van zijn leven heeft gedaan. Voor de waardevolle inzichten die hij met de wereld heeft willen delen ben ik hem eeuwig dankbaar.

Mark Smit

INLEIDING

10 manieren waarop beeldvorming de zorg voor mensen met dementie beïnvloedt

In *Als een vlieg in een spinnenweb* laat ik je kennismaken met een aantal bewoners van de verpleegafdelingen waar ik mijn onderzoek heb gedaan. Hun verhalen zijn heel verschillend. Ze voelen zich op hun plek in het verpleeghuis. Of juist niet. Ze hebben geen behoefte aan contact. Of wel. Ze lopen af en toe tegen de muren van het instituut aan. Of ervaren helemaal geen beperking.

Maar hun verhalen hebben ook raakpunten en die hangen stuk voor stuk samen met beeldvorming: hoe wij als samenleving kijken naar dementie heeft gevolgen voor de manier waarop ze worden behandeld en voor de zorg en ondersteuning die ze krijgen. In mijn onderzoek onderscheid ik tien aspecten van de beeldvorming rond dementie, die de oplettende lezer in veel van de praktijkverhalen zal

zien terugkomen. Elk van deze tien aspecten afzonderlijk heeft specifieke effecten die per individu anders zullen uitwerken. In samenhang laten de aspecten zien dat de huidige beeldvorming over dementie leidt tot een discrepantie tussen de zorg- of ondersteuningsbehoefte van mensen met dementie en de zorg die we ze nu (kunnen) bieden. We lopen ze langs.

1 De focus op dementie als ziekte maakt dat we de mens met dementie niet meer zien

Hoe kijken wij eigenlijk naar mensen die vergeten? Welbeschouwd is dementie geen ziekte maar de verzamelnaam voor een aantal progressieve hersenziekten waarbij vermindering van de geheugenfuncties centraal staat. Maar de verschillende ziekten gaan gepaard met verschillende symptomen. Alzheimer is de meestvoorkomende vorm van dementie. Hoewel er breinschade zichtbaar is weten we verder nog weinig over alzheimer. Zo is nog onduidelijk wat de oorzaken zijn, daarom zijn er ook nog geen werkende medicijnen.

Regelmatig, en steeds vaker, worden ziektemodellen en bijbehorende hypothesen ten aanzien van dementie ter discussie gesteld door wetenschappers. Dat past in een bredere maatschappelijke en wetenschappelijke beweging. Ziektemodellen die alleen kijken naar het brein en die het complexe

samenspel met de omgeving negeren, voldoen niet meer. Ze dragen weinig tot niets bij aan de kwaliteit van het dagelijks leven van betrokkenen. Dat geldt ook voor dementie.

Het is heftig als iemand als diagnose een vorm van dementie krijgt: je hoort dat je een progressieve hersenziekte hebt, maar dat daar geen medicijn voor is. Die diagnose kan weliswaar zorgen voor meer begrip over de veranderingen die de betreffende persoon laat zien, maar geeft verder nauwelijks handvatten over het verloop van diens ziekte. En een diagnose dementie zegt nog minder over de invloed op het dagelijks leven. Of geeft advies over, bijvoorbeeld, wat mensen kunnen doen om hun leven op hun eigen wijze te kunnen blijven leiden. Dit boek mengt zich niet in deze discussie, maar laat wel zien wat voor de betrokkenen zelf de gevolgen zijn van de heersende medisch georiënteerde ziens- en denkwijze over dementie.

We medicaliseren dementie: we kijken te veel door een medische bril. Als we niet oppassen schrijven we alles wat er gebeurt in de levens van mensen met dementie toe aan de ziekte in hun brein. Zo wordt een normale menselijke emotie als boosheid te gemakkelijk toegeschreven aan de dementie, en ‘ongeremd’ genoemd. Hetzelfde geldt voor verdriet of rouw: als je de diagnose dementie hebt, wordt dat snel toegeschreven aan apathie, een depressie of omdat het ‘nou eenmaal onderdeel is van dementie’. Daardoor wordt er niet meer gezocht naar de bron of oorzaak van dit soort emoties en het gedrag dat daaruit voortkomt.

Met deze nauwe blik, gefocust op ziekte, doen we mensen

met dementie en hun naasten tekort. We zien ze onvoldoende als mensen, maar zetten de ziekte die ze hebben centraal in de manier waarop we naar ze kijken, met ze praten, over ze praten (*dementerenden*) en de manier waarop we ze ondersteuning bieden.

2 De medische focus leidt tot vernauwd zicht op de behoeften van mensen met dementie

Hoe kijken we naar kwetsbaarheid en naar wat mensen nodig hebben? Mijn onderzoek laat zien dat de hulpvraag van mensen met dementie op de eerste plaats gaat over hun levensgeluk. Dementie zet hun normale leven onder druk. Mensen zijn op zoek naar hoe ze dat normale leven in stand kunnen houden. Dementie heeft daar uiteraard invloed op, maar in de kern spelen in het dagelijks leven nog steeds normale menselijke behoeften mee, zoals zingeving, (verandering in het) zelfbeeld, waardevolle sociale relaties en contacten, het vervullen van sociale rollen, gezien worden en gehoord worden.

Mensen met dementie willen hulp bij het (opnieuw) invulling geven aan deze behoeften. Want niet alleen dementie drukt op die behoeften, maar ook de manier waarop er naar hen gekeken wordt. Waardoor sociale contacten veranderen. Natuurlijk willen mensen met dementie ook goede zorg wanneer ze die nodig hebben, maar dat komt het grootste deel van de tijd op de tweede plaats, pas later in het proces.

Goede ondersteuning van mensen met dementie zou daarom in de eerste plaats gericht moeten zijn op ondersteuning in het normale dagelijkse leven en gericht op vervulling van de normale menselijke behoeften.

Daarnaast zijn mensen op zoek naar de betekenis van dementie: niet in de vorm van een breinverklaring, maar naar de betekenis in hun normale leven. In dat normale leven liggen juist ook prangende ondersteuningsbehoeften. Hoe ga je om met de veranderingen in je leven? Hoe ga je om met rouw en verlies? Hoe bereid je je voor op de toekomst?

Het verpleeghuis vergroot de verschuiving van normale menselijke behoeften naar zorgvragen uit. In het verpleeghuis is de kans dus nog groter dat er onvoldoende ondersteuning is waar het gaat om de normale menselijke behoeften. Daar ligt dus meteen ook de kans om de verpleeghuiszorg te verbeteren: een hoofdfocus op ondersteuning op normale menselijke behoeften in het dagelijks leven.

3 De diagnose bezorgt mensen een stigma waardoor ze zich buitengesloten voelen

Veel mensen met dementie geven aan dat er na hun diagnose anders naar ze wordt gekeken. Ze voelen zich niet meer serieus genomen. Mensen geloven niet wat ze zeggen, anderen gaan opeens heel hard tegen ze praten of bejegenen ze alsof ze kleuters zijn. Vaak voelen mensen met dementie zich niet langer welkom op plekken waar ze dat voorheen

wel waren. Mensen met dementie voelen zich hierdoor vaak tweederangsburgers.

Andoeningen die ons 'gezonde verstand' raken, geven ons een ongemakkelijk gevoel. De beelden die in de samenleving bestaan rond dementie leiden ertoe dat we niet langer lijken te geloven dat het gaat om normale mensen met normale behoeften. Op deze manier sluiten we mensen met dementie, vaak goedbedoeld, uit van het normale leven.

We geloven bijvoorbeeld dat we ze niet kunnen belasten met emoties als verdriet of angst. We zijn ervan overtuigd dat ze ons toch niet meer begrijpen en dat we ze snel overvragen. Maar dit heeft niet alleen effect op degene met dementie, deze uitsluiting is ook een onhandige manier om niet met ons eigen ongemak geconfronteerd te worden. Een verhuizing naar een verpleeghuis versterkt deze mechanismen.

Er zijn dus vooroordelen over mensen met dementie die ervoor zorgen dat wij als samenleving anders naar ze kijken, dat we ze anders behandelen en dat ze (onbedoeld) worden buitengesloten. Kortom, er is sprake van stigma.

Het wel is belangrijk om genuanceerd naar dat stigma te kijken: het is niet eenzijdig de boze buitenwereld die na een campagne anders gaat doen tegen mensen met dementie. We doen er allemaal zelf aan mee. Het verraderlijke aan stigma is dat het vaak onbewust en onzichtbaar is. Bovendien heeft het meestal weinig met slechte intenties te maken.

Om het nog ingewikkelder te maken: stigma is wederke-

rig. Ook mensen met dementie worden erdoor beïnvloed. Ze internaliseren het: ze gaan zelf ook in de vooroordelen geloven. Dat maakt ze zelfbewust en onzeker. Waardoor ze zich ook anders gaan gedragen en daar reageert de sociale omgeving weer op. Het bevechten van stigma is daarmee dus een sociaal en wederkerig proces.

Mensen met dementie die in een verpleeghuis wonen worden nog een keer geraakt door stigma en beeldvorming. We zijn geneigd de groep mensen met dementie in het verpleeghuis – onterecht – te beschouwen als een specifieke groep met bijzondere kenmerken: we zetten ze letterlijk en figuurlijk weg als mensen die altijd heel ziek zijn, nog weinig kunnen en vooral verzorgd moeten worden.

Het startpunt voor betere zorg en ondersteuning – en nog belangrijker: een beter leven van mensen met dementie en hun naasten, start bij genuanceerd kijken naar stigma, denkbeelden en de stapeling hiervan om vandaaruit het stigma te doorbreken.

4 We maken zorgvragen van ondersteuningsvragen, wat dus eigenlijk geen zorgvragen zijn

Wat is eigenlijk goede zorg? Gaat ondersteuning van mensen met dementie eigenlijk wel over zorg? Omdat we dementie medicaliseren, behandelen we alles wat er speelt in de levens van mensen met dementie als een zorgprobleem. We zien geen menselijke emoties meer, maar onbegrepen

gedrag. We zien geen zingeving meer, maar activiteiten. We bieden geen troost, maar leiden af vanuit de overtuiging dat mensen met dementie geen negatieve emoties kunnen en moeten ervaren. We zien geen mismatch met de omgeving, maar het voortschrijden van de ziekte.

Door die medicalisering is het hele zorgaanbod ook gericht op zorgvragen. We weten onvoldoende raad met de vragen uit het normale leven van mensen met dementie en hun omgeving. Daardoor dreigen vragen die niet binnen het bestaande aanbod passen niet gezien te worden of beantwoord te worden met ‘zorgantwoorden’.

5 Wij zien mensen met dementie niet meer als sociale wezens, ze worstelen ook met relaties

Er is, gelukkig, steeds meer aandacht voor de impact van dementie op sociale relaties. Ook hier kan een genuanceerde blik veel brengen. We zijn als mensen namelijk geneigd tot zwart-witdenken: iets is er of het is er niet. Als het om relaties gaat, laat de praktijk zien dat dementie een genuanceerd en wederkerig proces in gang zet. Sociale relaties vormen een zoektocht. Vaak zie je dat die gepaard gaat met verlies en verdriet, maar er zijn ook veel mooie en hoopvolle voorbeelden waarbij nieuwe invullingen gezocht en gevonden worden voor bestaande relaties.

Het wonen in een verpleeghuis heeft invloed op deze zoektocht. Vaak spelen er bij de betrokkenen gevoelens van

schuld, schaamte, verdriet of boosheid rond de beslissing te verhuizen. Vaak is er een grote achteruitgang in het functioneren van een bewoner na de verhuizing. Daarnaast betekent het een ingrijpende verandering als het gaat om de rollen die iemand in zijn of haar leven heeft vervuld.

Dat geldt ook voor de naaste. Die heeft tot op het moment van de verhuizing vaak haast niks anders gedaan dan de geliefde te ondersteunen. Dat een deel daarvan nu bij professionals komt te liggen, is een hele grote omslag. Bovendien was het persoonlijke leven door het vele zorgen geminimaliseerd, ook daar ligt nu een opgave. Juist in dit complexe proces van veranderende relaties, hebben mensen met dementie en hun naasten op dit gebied een grote ondersteuningsbehoefte.

6 We gaan ervan uit dat mensen met dementie geen sociale rollen meer vervullen

Wat kunnen we binnen een gemeenschap of in de samenleving voor mensen met dementie betekenen? We kunnen ze helpen door te zorgen dat hun sociale omgeving beter bij hen aansluit. Dit geldt niet alleen voor relaties, maar ook in bredere zin. Mensen met dementie geven immers aan zich geen volwaardig onderdeel van de samenleving te voelen.

Als het gaat om sociale behoeften helpt het om hun situatie vanuit sociale rollen te bekijken. Mensen vervullen in hun leven veel sociale rollen zoals: ouder, kind, vriend,

werknemer, expert, buur, vertrouwenspersoon en nog veel meer. Mensen met dementie geven vaak aan dat ze nadat ze hun diagnose hebben gekregen alleen nog worden gezien als dementiepatiënt (of verpleeghuisbewoner met dementie). Ze beklagen zich niet over die rol, want die is er en speelt nu eenmaal een belangrijke rol in hun levens. Ze beklagen zich er wel over dat ze geen ruimte meer krijgen om al hun andere rollen te blijven vervullen.

Ook hier speelt de beperkte blik door de medische focus een rol. Die biedt maar weinig tot geen ruimte om uit te vinden hoe we iemand, ondanks kwetsbaarheid en beperking, kunnen ondersteunen om zo veel mogelijk sociale rollen te blijven vervullen. Terwijl het nu net die andere sociale rollen zijn die het leven kleur geven.

Hulp bij het in stand houden, herstellen en creëren van andere sociale rollen dan die van patiënt of bewoner, is misschien wel de belangrijkste sociale behoefte van mensen met dementie.

7 We hebben te weinig oog voor de invloed van de omgeving

Wat kunnen we betekenen voor mensen met dementie en hun naasten? Het gemedicaliseerde kijken kan zorgen voor een zo grote focus op de ziekte en het brein dat we het complete plaatje uit het oog verliezen. We schrijven het functioneren van mensen met dementie daarbij (haast) helemaal

toe aan (de fase van) de ziekte. Terwijl in de praktijk blijkt dat de omgeving een gigantische invloed heeft op het functioneren van mensen met dementie. Te vaak zeggen we dat iemand achteruit is gegaan door de dementie, terwijl de oorzaak eigenlijk in de omgeving ligt.

Wat in de omgeving dan concreet bijdraagt aan beter functioneren van mensen met dementie? Mensen hebben een omgeving nodig die aansluit bij hun (normale) behoeften, maar ook bij hun door de dementie veroorzaakte kwetsbaarheid. Een logisch onderdeel van de omgeving is de fysieke omgeving. Sluit deze aan bij wat mensen willen en nodig hebben? Is er een fysieke omgeving waar je het normale dagelijks leven kan leven? Of staat toch vooral het leven als patiënt of bewoner centraal? Mensen met dementie zoeken hetzelfde in een fysieke omgeving als jij en ik. Voel je je vrij, kan je naar buiten? Kun je kiezen bij welke groep je wil zijn? Kan je je terugtrekken?

Maar mensen met dementie zijn natuurlijk ook kwetsbaar door hun ziekte. We moeten dus ook een omgeving hebben die aansluit bij die kwetsbaarheid. Natuurlijk is veiligheid dan belangrijk. Maar ook of het er niet te stil of juist te druk is. Het is belangrijk dat je er een (vertrouwelijk) gesprek kan voeren. Een omgeving die autonomie en vrijheid stimuleert en ondersteunt ondanks de kwetsbaarheid. Dan kunnen mensen er de dingen blijven doen die hun leven kleur geven.

Ten slotte, maar misschien wel het belangrijkste: is het een inclusieve omgeving? Een omgeving waar mensen worden

geaccepteerd zoals ze zijn en niet (te veel) worden geconfronteerd met vooroordelen. Een omgeving waar je zelf invloed kan hebben, bijvoorbeeld door zelf te bepalen bij welke mensen je aansluiting zoekt en wat je doet op een dag. Het is belangrijk dat mensen met dementie leven in een (sociale) omgeving waar ze zich niet beperkt voelen tot patiënt of bewoner.

Je zult in dit boek voorbeelden tegenkomen van de positieve invloed van een accepterende omgeving die aansluit bij de behoeften en kwetsbaarheid van mensen. Helaas zien we ook dat er in de praktijk nog veel van deze kansen blijven liggen.

8 We zien ingewikkeld gedrag te snel als probleemgedrag of onbegrepen gedrag

Wanneer mensen met dementie ingewikkeld gedrag vertonen, noemen we dat in het verpleeghuis, maar ook steeds meer in de samenleving, al snel ‘probleemgedrag’ of ‘onbegrepen gedrag’. Dat gebeurt met goede bedoelingen: we willen mensen helpen. Dit hangt nauw samen met die grotere focus op zorg als we kijken naar mensen met dementie. Die leidt ertoe dat de manier waarop iemand zich gedraagt wordt bestempeld als ‘probleemgedrag’ of ‘signaalgedrag’, in ieder geval als een uiting dat er iets mis is. Vervolgens is de stap naar termen als ‘fysieke en verbale agressie’, ‘ontremming’, ‘depressie’ of ‘apathie’ snel gemaakt.

De valkuil hierbij is dat de menselijke aspecten wegvallen uit de analyse. Zou er voor de diagnose nog gekeken worden naar iemands omstandigheden, behoeften en emoties als verklaring voor gedrag, als er eenmaal dementie is vastgesteld wordt alleen nog maar naar de ziekte gekeken als verklaring. Emoties worden nu toegeschreven aan de ziekte. Natuurlijk heeft dementie wel effect op hoe mensen hun emoties ervaren en uiten, maar dementie veroorzaakt geen emoties. Mensen moeten wel een manier vinden om om te gaan met de onzekerheid die het met zich meebrengt, de veranderingen in hun functioneren, aanpassen van hun zelfbeeld of de veranderende sociale omgeving. Daar zou je als gezond mens al een hele kluit aan hebben.

Door ingewikkeld gedrag op de ziekte te schuiven, blijven mogelijkheden tot passende ondersteuning onbenut. Oplossingen worden gezocht in regels en het duurt meestal niet lang voordat rustgevendende medicatie ter sprake komt. We slaan de stap over om te zoeken naar de bron. Welke onderliggende (onvervulde) behoeften en emoties liggen er aan de basis van het gedrag? Hier ligt vaak de sleutel voor een passende en duurzame oplossing.

Overigens betekent het niet dat we door te kijken naar behoeften en emoties altijd een oplossing zullen vinden. Helaas, niet alles is op te lossen. Dat is moeilijk te accepteren voor mensen met dementie, maar als omgeving kunnen we hier ook vaak slecht mee omgaan. Dan kiezen we nog liever een niet-passende oplossing, dan helemaal geen oplossing. Zo graag willen we mensen helpen.