



CONSEIL de l'Égalité des CHANCES ENTRE HOMMES ET FEMMES
RAAD VAN DE GELIJKE KANSEN VOOR MANNEN EN VROUWEN
RAT FÜR CHANCENGLEICHHEIT ZWISCHEN MÄNNER UND FRAUEN

**AVIS N° 32 DU 7 AVRIL 2000 DU CONSEIL
DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE
HOMMES ET FEMMES CONCERNANT
LES PERSONNES AGÉES DÉMENTES**

**ADVIES NR 32 VAN 7 APRIL 2000 VAN DE
RAAD VAN DE GELIJKE KANSEN VOOR
MANNEN EN VROUWEN BETREFFENDE
DEMENTERENDE BEJAARDEN**

AVIS N°32 DU 7 AVRIL 2000 DU CONSEIL DE L'EGALITE DES CHANCES ENTRE HOMMES ET FEMMES CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES DÉMENTES

I. INTRODUCTION

L'avis n° 29 concernant les personnes âgées est applicable aux personnes âgées démentes, mais un avis spécifique est nécessaire pour ce groupe.

Le présent avis se préoccupe de la qualité des soins formels et informels à domicile et de la charge que supportent les membres de la famille qui s'occupent de personnes âgées démentes.

Les soins informels reposent encore pour une grande part sur les épaules des femmes.
Les soins professionnels sont également dispensés pour une grande part par des femmes.

Selon les estimations du Centre des études de la Famille et de la Population, 75% des personnes âgées démentes sont à la maison, 19% dans des maisons de repos et le reste dans des hôpitaux généraux.

II. CONSTATATIONS

A. DEFINITION - SYMPTOMES- DETERMINANTS

La démence est un complexe de symptômes ou syndrome qui se développe à la suite d'affections divergentes. Des troubles mnémoniques occupent une place centrale. Ils sont internationalement reconnus DSM III-R (1). On parle d'une démence lorsque:

- il y a présence de déficiences mnémoniques à court ou à long terme, quand il y a une manifestation d'au moins un des troubles suivants:
 - 1) des troubles de la pensée abstraite;
 - 2) des troubles concernant les pouvoirs de jugement et de critique;
 - 3) des troubles concernant le langage, le comportement et l'identification;
 - 4) un changement de la personnalité.
- de tels troubles sont responsables d'interférences majeures dans le travail ou dans d'autres activités sociales courantes ou dans la relation avec les autres.

ADVIES NR 32 VAN 7 APRIL 2000 VAN DE RAAD VAN DE GELIJKE KANSEN VOOR MANNEN EN VROUWEN BETREFFENDE DEMENTERENDE BEJAARDEN

I. INLEIDING

Het advies n°29 over de bejaarden is ook van toepassing op de dementerende ouderen, maar voor deze groep is een specifiek advies nodig.

Dit advies behandelt de formele en informele thuiszorg en de belasting voor de familieleden die demente ouderen verzorgen.

De informele zorgverlening berust nog grotendeels op de schouders van de vrouwen.
Professionele zorgverlening wordt ook grotendeels door vrouwen gedaan.

Volgens schattingen van het Centrum van Gezin en Bevolkingsstudies zijn 75% van de dementerende ouderen thuis, 19% in rusthuizen en de overigen in algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen.

II. VASTSTELLINGEN

A. DEFINITIE - SYMPTOMEN-DETERMINANTEN

Dementie is een symptomencomplex of syndroom dat zich ontwikkelt ten gevolge van uiteenlopende aandoeningen. Ingrijpende geheugenstoornissen staan centraal. Dementie wordt best omschreven door middel van de internationaal gehanteerde DSMIII-R criteria (1). Men spreekt van dementie wanneer:

- aantoonbare aanwijzingen van tekortkomingen in het korte en lange termijn geheugen aanwezig zijn wanneer ten minste één van de volgende aanwezig is:
 - 1) stoornissen van het abstract denken
 - 2) oordeels- en kritiekstoornissen
 - 3) taal-, handelings- of herkenningstoornissen
 - 4) een persoonlijkheidsverandering
- deze stoornissen interfereren in belangrijke mate met het werk of andere gebruikelijke sociale activiteiten of de relatie met anderen.

- de tels symptômes ne se présentent pas exclusivement au cours d'une période de confusion.
- on considère qu'il y a un lien étiologique entre le facteur ou les facteurs spécifiques organiques et le trouble ou qu'il y a une suspicion de la présence d'un facteur étiologique organique dans le cas où le trouble ne peut être expliqué par un trouble psychique non-organique (comme par ex. la dépression).
- deze symptomen komen niet uitsluitend in een periode van verwardheid.
- een specifieke organische factor of factoren worden geacht etiologisch samen te hangen met de stoornis, of een etiologische organische factor kan verondersteld worden indien de stoornis niet verklaard kan worden door een niet-organische psychische stoornis (b.v. een depressie).

Symptomatologie

La démence se caractérise par son impact profond et de longue durée sur les fonctions et le bien-être de la personne. Le trouble cognitif s'exprime dans ses fonctions diverses. En ce qui concerne la mémoire, on note une perturbation de l'inculcation des informations nouvelles dans un stade précoce. Le pouvoir mnémonique de faits du passé ou de faits généralement connus fléchit progressivement. Les troubles concernant le comportement deviennent perceptibles lorsque des actions habituelles, comme la préparation du café ou l'habillement posent des problèmes. Des troubles en ce qui concerne l'aptitude à planifier et à penser sont responsables du fait que des problèmes relationnels, familiaux et ayant trait au travail sont devenus insolubles. Il est possible que des troubles spécifiques du langage se manifestent, par lesquels un état consécutif de solitude s'accroît. Des fabulations et une labilité émotionnelle s'observent fréquemment. De tels dysfonctionnements intellectuels et émotionnels s'accompagnent d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité comme la passivité, un comportement sexuel aberrant et l'agitation.

Le dysfonctionnement du cerveau mène à une déchéance de la personnalité entière et à une indigence accrue. Dans un stade initial, il y a la présence d'une perturbation des activités complexes qui reste contrôlable par une surveillance est suffisante, mais plus tard, un soutien accru s'avère nécessaire pour l'accomplissement des activités journalières.

D'autres symptômes secondaires de la démence peuvent apparaître.

Causes et déterminants

La démence est un syndrome qui se développe à la suite de différentes affections. On connaît plusieurs dizaines de causes (tableau 1).

Symptomatologie

Démence heeft een ingrijpende en langdurige impact op het functioneren van het welzijn van de persoon. De cognitieve stoornis uit zich in verschillende functies. Wat betreft het geheugen wordt het inprenten van nieuwe informatie in een vroeg stadium gestoord. Het zich herinneren van gegevens uit het verleden of algemeen bekende feiten vermindert progressief. Stoornissen in het handelen zijn merkbaar wanneer gekende handelingen zoals koffie zetten of zich aankleden problemen opleveren. Stoornissen in het plannen en denken maken het oplossen van relationele, familiale en werkproblemen onmogelijk. Specifieke taalstoornissen kunnen optreden die het isolement verder versterken. Verzinsels en emotionele labiliteit worden frequent vastgesteld. De intellectuele en emotionele disfuncties worden begeleid door één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen zoals passiviteit, afwijkend seksueel gedrag en rusteloosheid.

Het disfunctioneren van de hersenen leidt tot een aftakeling van de totale persoon en een toenemende hulpbehoefte. Daar waarin een beginstadium enkel complexe activiteiten gestoord zijn en toezicht volstaat, is na verloop van tijd toenemende hulp nodig bij activiteiten van het dagelijks leven..

Diverse bijkomende symptomen van demencia kunnen zich voordoen.

Oorzaken en determinanten

Démence is een syndroom dat zich ontwikkelt ten gevolge van uiteenlopende aandoeningen. Vele tientallen oorzaken zijn bekend (tabel 1).

Les maladies primaires dégénératives constituent la cause la plus fréquente de la démence (50%-60%), suivie par la démence aux infarctus multiples (20%-30%). D'autres affections sont responsables d'un nombre plus restreint de démences (10%-20%).

Tableau 1: Causes du syndrome de la démence

Catégories générales	Affections
- Maladies primaires dégénératives	Maladie d'Alzheimer, de Parkinson, de Huntingdon, de Pick, Diffuse Lewy-body disease, ...
- Affections vasculaires	Démence vasculaire, ...
- Affections métaboliques et endocriniennes	Thyroïde, diabète, rein, ...
- Infections	Jacob-Creutzfeldt, SIDA, syphilis, ...
- Néoplasmes	Hématome sous-dural, tumeurs du cerveau, ...
- Toxicité	Alcool, métal, médication, drogues
- Manque d'oxygène	CO, ...
- Traumatismes	Boxe, commotion cérébrale, ...
- Affections de nutrition	Déplétion de vitamines (B1, B3, B12), ...
- Autres	NPH, épilepsie, MS, ...

Dans la plupart des pays européens, une investigation épidémiologique concernant les facteurs de risque de la démence est en cours, sauf en Belgique.

Données épidémiologiques

- Prévalence

La démence est le syndrome le plus courant chez les grands vieillards, et par sa symptomatologie, et par sa prévalence.

La prévalence de la démence augmente de manière exponentielle avec l'âge et est, en outre, plus élevée chez les femmes que chez les hommes (tableau 2).

population	groupes d'âge			
	30-59	60-69	70-79	80-89
Femmes	0,03 (1/3,273)	0,4 (4/1,127)	3,6 (48/1,349)	11,2 (119/1,059)
Hommes	0,0 (0/3,164)	0,3 (3/947)	2,5 (15/608)	10,0 (58/581)
les deux sexes	0,0 (1/6,437)	0,3 (7/2,074)	3,2 (63/1,957)	10,8 (177/1,640)

Hofman, Rocca et al. (1991) (2)

De primair degeneratieve ziekten zijn de meest voorkomende oorzaak van dementie waaronder de ziekte van Alzheimer (50%-60%), gevolgd door de multi-infarct dementie (20%-30%).

Andere stoornissen zijn verantwoordelijk voor een kleiner aandeel der dementerenden (10%-20%).

Tabel 1: Oorzaken van het syndroom dementie

Algemene categorie	Aandoening
- primair degeneratieve ziekten	Ziekte van Alzheimer, Parkinson, Huntington, Pick, diffuse Lewybody disease, ...
- vasculaire aandoeningen	Multi-infarct dementie, ...
- metabole en endocriene stoornissen	Schildklier, diabetes, nier, ...
- infectie	Jakob Creutzfeldt, AIDS, syphilis, ...
- Ruimte innemend letsel	Sub-duraal haematoom, hersentumor, ...
- toxiciteit	Alcohol, metaal, medicatie, drugs, ...
- zuurstoftekort	CO, ...
- trauma	Boksen, hersenschudding, ...
- voedingsstoornissen	Vitamine B1, B3, B12 tekort, ...
- andere	NPH, epilepsie, MS, ...

In de meeste Europese landen loopt er epidemiologisch onderzoek naar de risicofactoren van dementie, België uitgezonderd.

Epidemiologische gegevens

- Prevalentie

Dementie is het belangrijkste syndroom bij hoogbejaarden, niet enkel vanwege de symptomatologie, maar eveneens vanwege zijn prevalentie.

De prevalentie van dementie neemt exponentieel toe met de leeftijd en is bovendien hoger bij vrouwen dan bij mannen (tabel 2).

populatie	Leeftijdsgroepen			
	30-59	60-69	70-79	80-89
Vrouwen	0,03 (1/3,273)	0,4 (4/1,127)	3,6 (48/1,349)	11,2 (119/1,059)
Mannen	0,0 (0/3,164)	0,3 (3/947)	2,5 (15/608)	10,0 (58/581)
Beide seksen	0,0 (1/6,437)	0,3 (7/2,074)	3,2 (63/1,957)	10,8 (177/1,640)

Hofman, Rocca en al. (1991) (2)

B. SOINS INFORMELS À DOMICILE

1. Les diagnostics sont posés trop tard.

Les premiers signes étant souvent pris à la légère, le diagnostic est souvent posé trop tard.

Diagnostiquer la maladie à temps peut encore éventuellement ralentir le processus de vieillissement et faciliter le passage des soins à domicile à l'accueil dans un hôpital.

2. Les personnes qui prodiguent les soins: notamment les femmes

75% des personnes qui prodiguent des soins primaires sont des femmes. Les femmes s'occupent des parents et du compagnon, les hommes le plus souvent seulement de la compagne.

Il n'y a pas de réponse univoque à la question de savoir comment ce déséquilibre entre le nombre de personnes qui prodiguent les soins masculins et féminins s'est précisément produit. Aerts, Geerts, Van Den Bossche et Verbande, 1998 (3) citent, entre autres, comme explications possibles, des facteurs démographiques, l'inégalité dans le partage du travail et des processus de socialisation.

A côté de ces différences quantitatives entre les hommes et les femmes qui prodiguent les soins, il y aurait ainsi une différence quantitative dans l'approche des soins. Certains estiment que les hommes sont plutôt axés sur la tâche, tandis que les femmes se sentent plus solidaires des personnes âgées et apportent davantage de soutien émotionnel (4).

Comme les femmes travaillent de plus en plus à l'extérieur, que le nombre de divorces augmente, que les familles sont plus petites, l'action médico-sociale, informelle et non rémunérée, ne peut que diminuer.

3. Il y a un manque de connaissances

Prodiguer des soins aux personnes âgées démentes est une tâche très pénible.

Les dispensateurs de soins n'ont pas de formation spécifique; dès lors, il est parfois très difficile pour eux de se montrer à la hauteur de leur tâche.

Ils ne savent à qui ils doivent s'adresser pour recevoir des explications ou une aide professionnelle.

4. Difficultés pour les personnes qui prodiguent les soins informels.

Les personnes qui prodiguent des soins sont minées par le stress et l'insomnie.

B. INFORMELE THUISZORG

1. De diagnoses worden te laat gesteld

Omdat de signalen vaak te licht worden opgenomen, wordt meestal de diagnose te laat gesteld.

Het tijdig vaststellen van de ziekte kan nog eventueel het aftakelingsproces vertragen en de overgang van thuiszorg naar ziekenhuisopname gemakkelijker maken:

2. De zorgverlenenden: voornamelijk vrouwen

75% van de zorgverlenenden zijn vrouwen. Vrouwen zetten zich in voor ouders en partner, mannen heel dikwijls alleen voor de partner.

Op de vraag hoe dit onevenwicht tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke mantelverzorgenden precies totstandkomt, bestaat geen eenduidig antwoord. Aerts, Geerts, Van Den Bossche en Verbande, 1998 (3) vernoemen onder meer demografische factoren, de ongelijke arbeidsverdeling en socialisatieprocessen als mogelijke verklaringen.

Naast deze kwantitatieve verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke zorgverlenenden, zouden ze ook op kwalitatief vlak de zorgtaken anders aanpakken. Sommigen menen dat mannen eerder taakgericht zijn, terwijl vrouwen een grotere verbondenheid voelen met de bejaarde oudere en meer emotionele steun bieden (4).

Daar meer en meer vrouwen buitenhuis werken, door het stijgende aantal echtscheidingen en de kleinere gezinnen, zal de informele, onbetaalde zorg afnemen.

3. Er is gebrek aan kennis

Zorgverlenen aan dementerende ouderen is een zeer lastige opdracht.

De zorgverlenenden hebben geen specifieke opleiding en ze weten meestal niet tot wie zich te wenden voor uitleg of professionele hulp.

4. Moelijkheden voor de informele zorgverlenenden.

De zorgverlenenden worden ondermijnd door stress en slapeloosheid.

Comme elles consacrent beaucoup de temps aux personnes âgées, elles se retrouvent elles-mêmes isolées socialement.

Cela est très lourd du point de vue financier. Souvent les femmes concernées abandonnent leur travail ou travaillent à temps partiel pour pouvoir effectuer convenablement cette tâche de dispensatrice de soins.

Il en résulte parfois des difficultés au sein de la famille, parce qu'elles consacrent trop de temps et d'attention à la personne âgée, qu'elles ne peuvent plus partir en vacances avec la famille, etc.

5. Absence de soutien

Les personnes qui prodiguent des soins devraient être informées au sujet des services auxquels elles peuvent faire appel.

Il y a trop peu de structures d'aide aux personnes qui prodiguent des soins.

Des soins à domicile adéquats ne sont possibles que s'il y a un soutien.

Les soins à domicile professionnels ne sont pas suffisamment développés dans notre pays.

6. Les dangers d'un excès de soins

S'il y a sous-estimation des capacités d'autonomie du malade, celui-ci a peu d'occasions de s'épanouir; ce qui ne fait qu'accroître son retard et accélérer la perte de ses fonctions.

7. Matériel médical

L'on accorde souvent trop peu d'importance à l'état des appareils auditifs, des prothèses dentaires, des lunettes, ce qui rend le malade encore plus dépendant.

C. PASSAGE DES SOINS À DOMICILE À L'ACCUEIL DANS UNE INSTITUTION

On constate que l'entrée en maison de repos est insuffisamment préparée.

Door het besteden van veel tijd aan de ouderen raken ze zelf in een sociaal isolement.

Financieel is het zeer zwaar. Dikwijls zeggen de betrokken vrouwen hun werk op of nemen deeltijds werk om deze taak als zorgverleenster naar behoren te kunnen uitvoeren.

Soms krijgen ze moeilijkheden in het gezin, daar ze teveel tijd en aandacht aan de oudere besteden, ze niet meer met het gezin, daar ze teveel tijd en aandacht aan de oudere besteden, ze niet meer met het gezin in verlot kunnen, enz.

5. Er is gebrek aan ondersteuning

De hulpverlenenden zouden moeten ingelicht zijn over de diensten waarop ze kunnen beroep doen.

Er zijn te weinig structuren om de hulpverlenenden bij te staan.

Een goede thuiszorg is slechts mogelijk indien die ondersteund wordt.

De professionele thuiszorg is niet voldoende ontwikkeld in ons land.

6. De gevaren van overbezorgdheid

Door het verkeerd inschatten van de mogelijkheden van de zieken krijgt de zieke te weinig kans om zich te ontwikkelen, waardoor hun achterstand nog toeneemt, en hun functieverlies nog sneller zal gaan.

7. Medisch materiaal

Er wordt dikwijls te weinig aandacht besteed aan de staat van hoorapparaten, gebit, bril, zodoende wordt de zieke nog meer afhankelijk.

C. OVERGANG VAN THUISZORG NAAR OPNAME

Deze overgang wordt onvoldoende voorbereid.

D. AIDE ET SOINS A DOMICILE FORMELS

1. Formation

Pour les personnes qui prodiguent les soins professionnels aussi bien pour les aides seniors que pour le personnel soignant, il est difficile de s'occuper de personnes âgées démentes. De nombreuses formations de base en soins de santé n'accordent aucune attention aux personnes âgées démentes.

2. Trop peu de dispensateurs de soins professionnels

Il y a trop peu de dispensateurs de soins professionnels pour le soutien des soins à domicile.

3. Le coût de l'aide

Le coût de l'aide à domicile est trop élevé pour le malade et sa famille.

D. FORMELE THUISZORG

1. Opleiding

Ook voor professionele hulpverlenenden, zowel voor de bejaardenhelp(st)ers als voor het verplegend personeel, is het een moeilijke taak om voor dementerende ouderen te zorgen. In veel basisopleidingen in de gezondheidszorg wordt geen aandacht besteed aan dementerende ouderen.

2. Te weinig professionele hulpverlenenden

Er zijn te weinig professionele hulpverlenenden voor de ondersteuning van de thuiszorg.

3. De kostprijs

De kostprijs voor de hulpverlening is te hoog voor de patiënt en zijn familie.

RECOMMANDATIONS

A. DEFINITION – SYMPTOMES-DETERMINANTS

La recherche sur la démence, qui nécessite un investissement, n'a pas atteint aujourd'hui en Belgique le niveau des efforts déployés dans d'autres domaines de la santé.

Si on veut lancer des actions préventives, une étude sur l'incidence et sur les facteurs de risque qui la déterminent est souhaitable. Un suivi de la prévalence de la démence conduirait à l'élaboration d'une politique adéquate en la matière.

Des facteurs de risque dans les domaines de la nutrition, de la personnalité, du niveau intellectuel avant la morbidité gagnent en importance et devraient faire l'objet de nouvelles recherches.

Des recherches épidémiologiques et fondamentales peuvent élucider les mécanismes étiologiques et les facteurs de risque.

Il n'est pas exclu que les groupes défavorisés dans les domaines de l'épidémiologie et des soins de santé présentent des caractéristiques spécifiques. Une enquête au sein de ces groupes semble indiquée.

B. SOINS INFORMELS

1. Le diagnostic est posé trop tard

Le bien-être de la personne âgée et de ses soignants est fortement déterminé par la précocité du diagnostic. On a besoin d'un nombre plus grand d'études qui traiteront le développement des instruments de dépistage et de diagnostic.

Le Conseil insiste pour que le monde médical accorde davantage d'attention aux personnes âgées démentes, et que les médecins posent plus rapidement un diagnostic, de sorte que l'on puisse éventuellement intervenir plus rapidement dans le processus de vieillissement.

AANBEVELINGEN

A. DEFINITIE - SYMPTOMEN-DETERMINANTEN

Onderzoek naar dementie is een noodzakelijke investering en staat momenteel in België niet in verhouding tot de geleverde inspanningen in de zorgverlening.

Een studie naar de aangroei (incidentie) van dementie en risicofactoren die deze bepalen is aangewezen, wil men preventieve acties kunnen opzetten. Het opvolgen van de prevalentie van dementie zou toelaten het beleid terzake adequater uit te bouwen.

Talrijke risicofactoren (de voeding, de persoonlijkheid, het premorbid intellectueel niveau,...) binnen alle leeftijdscategorieën worden steeds belangrijker en moeten dus grondiger onderzocht worden.

Het is niet uitgesloten dat kansarme groepen op gebied van epidemiologie en gezondheidszorg specifieke kenmerken vertonen. Onderzoek in deze groepen lijkt aangewezen.

Epidemiologisch en fundamenteel onderzoek kan licht werpen op de ontstaansmechanismen en risicofactoren.

B. INFORMELE ZORG

1. Diagnose wordt te laat gesteld.

Het welbevinden van de bejaarde en de verzorgenden wordt sterk bepaald door een vroegtijdige diagnose van de ziekte. Meer studies met als doel het ontwikkelen van instrumenten voor screening en diagnose zijn nodig.

De Raad dringt aan dat de medische wereld meer aandacht zou besteden aan de dementerende ouderen, en vlugger een diagnose stellen zodat ze eventueel vlugger kunnen ingrijpen in het aftakelingsproces.

2. Les personnes qui prodiguent des soins sont surtout des femmes

Le Conseil estime qu'il faut publier des brochures comme cela a été fait pour "l'homme au foyer", afin de tenter de faire intervenir davantage les hommes dans l'action médico-sociale. Des spots télévisés seraient souhaitables.

3. Insuffisance des connaissances pratiques

Le Conseil demande aux pouvoirs publics de publier un petit livre dont le fil conducteur serait "comment s'occuper de personnes âgées démentes"; quels sont les premiers signaux de la maladie, comment la maladie évolue-t-elle, comment réagir, à quelles instances les personnes qui prodiguent les soins peuvent-elles demander aide et conseils.

Ce petit livre devrait être diffusé notamment par l'intermédiaire des maisons communales, des médecins, des mutualités et dans le monde associatif et culturel.

4. Difficultés pour les soins à domicile

Le Conseil demande que les pouvoirs publics, comme cela se fait dans d'autres pays, examinent la possibilité d'accorder des allocations ou une réduction d'impôts aux dispensateurs de soins.

De nombreux pays ont développé une politique qui vise deux objectifs à la fois: les personnes âgées et les personnes âgées démentes. Le Conseil propose que la Belgique développe également une telle politique.

5. Manque de soutien

Il faut que les soins soient soutenus par les autorités et cela pour des raisons d'ordre éthique, financier et économique.

Des soins à domicile de qualité ne sont possibles que si la tâche des dispensateurs de soins est suffisamment soutenue.

Créer un cadre financier pour l'accueil de jour, l'hôpital d'un jour, l'accueil de nuit et le court séjour apportera un soutien considérable aux personnes qui prodiguent des soins informels.

Cela permettrait aux dispensateurs de soins de s'accorder un moment de répit pour recommencer avec un courage renouvelé.

2. Vooral vrouwelijke zorgverleners

De Raad is van mening dat er brochures moeten uitgegeven worden zoals ze voor de "huisman" gedaan hebben, om te proberen de mannen meer in te schakelen in de mantelzorg. TV-spots zijn wenselijk.

3. Er is gebrek aan kennis

De Raad vraagt de overheid een boekje met een leidraad uit te geven "hoe omgaan met dementerende ouderen", welke de eerste signalen zijn, hoe de ziekte verloopt, hoe te reageren, bij welke instanties kunnen de hulpverlenenden hulp en raad vragen.

Dit boekje zou o.m. in de gemeentehuizen, bij de dokters, in de mutualiteiten en binnen het sociaal-culturele leven moeten verspreid worden.

4. Moelijkheden voor de thuiszorg

De Raad vraagt dat de overheid zoals in sommige andere landen de mogelijkheid zou nagaan om de hulpverleners uitkeringen te geven of belastingvermindering.

Veel landen hebben een tweesparenbeleid ontwikkeld, een voor de ouderen en een voor de dementerende ouderen. De Raad stelt voor dat België ook dat tweesparenbeleid invoert.

5. Gebrek aan ondersteuning

De mantelzorg dient ondersteund te worden vanuit het beleid zowel om ethische als financieel Economische redenen

Een kwalitatieve thuiszorg is slechts mogelijk indien hun taak voldoende ondersteund wordt.

Een financieel kader scheppen voor dagopvang, daghospitaal, nachtopvang en kortverblijf zal een belangrijke ondersteuning van de informele verzorger betekenen.

Dat zou de helpers toelaten even te verpozen om met nieuwe moed te herbeginnen.

Une coopération entre les services existants est essentielle pour une aide en soins efficace.

Il faudra fournir des soins sur mesure: le caractère évolutif de la maladie et l'existence d'une hétérogénéité parmi les personnes aidantes et soignantes nécessitent que des prévisions concernant les soins soient disponibles, notamment en fonction de l'état des besoins et des capacités du dément et des disponibilités des aidants.

L'organisation dispensatrice de soins doit laisser plus d'espace à la participation de la personne qui prodigue des soins informels.

Il serait souhaitable que les études des travailleurs de santé et le personnel médical consacrent une plus grande attention à l'accompagnement psychosocial de l'aide informelle et à la coopération avec d'autres disciplines.

Des études d'intervention ayant comme objectif le soutien des accompagnants sont souhaitables. L'importance d'une telle assistance s'étend plus loin que le domaine de la coordination sanitaire et se rattache au terrain de la Santé mentale.

6. Dangers de l'excès de soins

En ce qui concerne le fil conducteur précité, il faudrait mettre l'accent sur les dangers d'une évaluation trop basse des capacités de la personne malade.

Le Conseil pense également que les pouvoirs publics devraient, pour les personnes âgées démentes, faire procéder à des examens gratuits en ce qui concerne les appareils auditifs, les lunettes, les dents, étant donné que ceci est très important pour que les personnes âgées démentes puissent rester indépendantes plus longtemps.

Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, l'intervention de l'assurance soins de santé devrait être plus élevée pour la dépense des aides (susmentionné ci-dessus) et les enquêtes qui y sont relatives devraient être gratuites.

C. PASSAGE DES SOINS À DOMICILE À L'ACCUEIL DANS UNE INSTITUTION

L'entrée en maison de repos devrait être préparée. En faisant plus tôt usage des possibilités de centres de jour, de nuit et de courts séjours, l'entrée en maison de repos se ferait de manière plus progressive.

D. DISPENSATEURS DE SOINS FORMELS

De samenwerking tussen bestaande diensten is essentieel voor een efficiënte zorgverlening.

Men dient een zorg op maat aan te bieden: het proceskarakter van de ziekte en de heterogeniteit binnen de groep der zorgverlenenden maken dat verschillende voorzieningen beschikbaar moeten zijn, waarop men afhankelijk van de zorgbehoefte van de dementerende en de mogelijkheden van de mantelzorg, op de geëigende momenten een beroep kan doen.

De organisatie van de zorg moet ruimte laten voor inspraak van de informele zorgverlener.

Het is wenselijk dat er in de opleiding van gezondheidswerkers en het medisch personeel meer aandacht is voor de psychosociale begeleiding van de mantelzorg en de samenwerking met andere disciplines.

Interventiestudies met als objectief het op punt stellen van ondersteunende begeleiding zijn gewenst. Ondersteunende begeleiding gaat verder dan zorgcoördinatie en behoort tot het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg.

6. Gevaren van overbezorgdheid

In de hoger genoemde leidraad zou de nadruk moeten gelegd worden op de gevaren van het te laag inschatten van de mogelijkheden.

Tevens denkt de Raad dat de overheid gratis onderzoeken zou moeten laten doen voor de dementerende ouderen wat betreft hoorapparaten, bril, tanden, gezien dit belangrijker is voor de dementerende ouderen om langer onafhankelijk te zijn.

Voor personen ouder dan 65 jaar zou de tussenkomst van de zorgverzekering groter moeten zijn voor de aanschaf van de hogergenoemde hulpmiddelen en zouden de desbetreffende onderzoeken gratis moeten zijn.

C. OVERGANG VAN THUISZORG NAAR OPNAME

Deze overgang zou moeten voorbereid worden. Door vroeger gebruik te maken van dagopvang, nachtopvang en korte verblijven zou de overgang naar een rusthuis geleidelijker gaan.

D. FORMELE HULPVERLENERS

Les pouvoirs publics devraient veiller à ce que dans la formation de base des médecins et des infirmiers, davantage de temps soit consacré au traitement des personnes âgées démentes; cet aspect devrait également être intégré dans la formation de base des dispensateurs de soins professionnels.

Il est recommandé de proposer des cours de recyclage aux diplômés.

Certains admettent qu'une augmentation du nombre d'hommes infirmiers et soignants serait favorable. L'on admet que cela évoluerait vers une hausse salariale et un statut professionnel plus élevé (5).

La tâche des infirmiers et soignants professionnels devrait être évaluée à sa juste valeur; cette profession pénible devrait être rendue plus attractive par un meilleur salaire.

Les normes devraient également être plus basses en ce qui concerne le nombre de malades dont ils doivent s'occuper lorsqu'il s'agit de personnes âgées démentes.

De overheid zou er moeten over waken dat in de basisopleiding van dokters, verpleegkundigen meer tijd besteed wordt aan de behandeling van de dementerende ouders, ook in de basisopleiding van de professionele hulpverleners zou dit moeten worden ingeschakeld.

Het ware aan te raden aan de afgestudeerden bijscholing te geven.

Sommigen nemen aan dat een toename van mannelijke verplegenden en verzorgers gunstig zou zijn. Men neemt aan dat deze toename kan leiden tot een loonstijging en een hogere professionele status (5).

De taak van de professionele verplegers en hulpverlenenden zou meer naar waarde moeten geschat zijn, het zware beroep zou aantrekkelijker moeten gemaakt worden door een beter salaris.

Tevens zouden er nog lagere normen moeten komen betreffende het aantal zieken die ze moeten verzorgen indien het om dementerende ouderen gaat.

Sources:

- (1) Morbidités: état actuel des connaissances démence, 1998. Institut Scientifique de la Santé publique - Louis Pasteur.
[Http://www.iph.fgov.be/epidemio/morbidat/fr/zie/ziek13.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemio/morbidat/fr/zie/ziek13.htm).
- (2) Hofman, Rocca, e.a., 1991, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz 54.
- (3) Aerts, Geerts, Van Den Bossche en Verbandt, 1998, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz. 59
- (4) Abel, 1990, in Aerts, Geerts, Van Den Bossche en Verbandt", 1998, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz 59.
- (5) Gilloran, 1995: 653, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz. 70.

Bronnen:

- (1) Morbiditeiten: Actuele toestand dementie 1998. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur.
[Http://www.iph.fgov.be/epidemio/morbidat/nl/zie/ziek13.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemio/morbidat/nl/zie/ziek13.htm).
- (2) Hofman, Rocca, e.a., 1991, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz 54.
- (3) Aerts, Geerts, Van Den Bossche en Verbandt, 1998, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz. 59.
- (4) Abel, 1990, in Aerts, Geerts, Van Den Bossche en Verbandt", 1998, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz 59.
- (5) Gilloran, 1995: 653, in "Oudere Vrouwen", Nederlandstalige Vrouwenraad, Steunpunt Women's Studies, 1999, blz. 70.