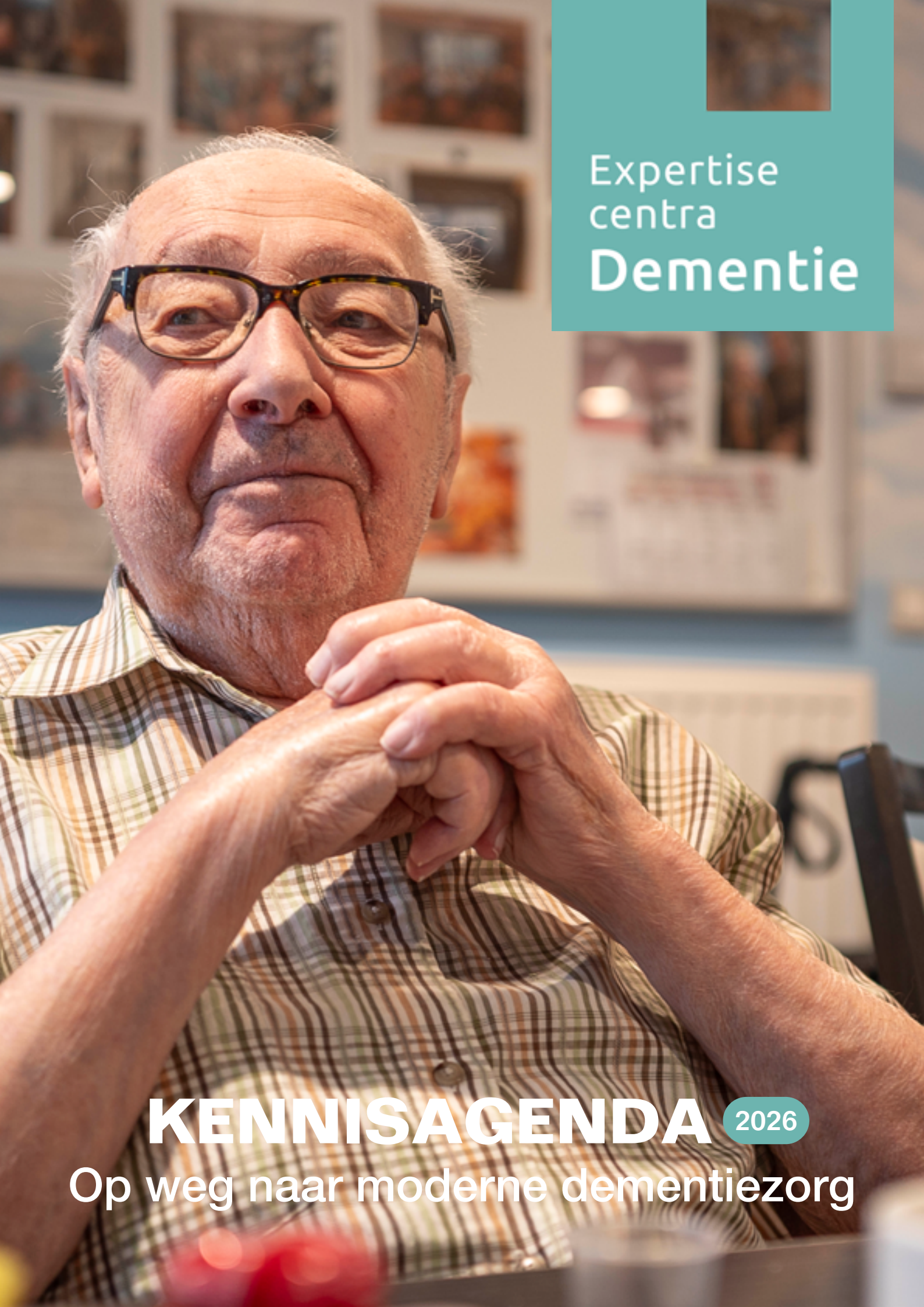




Expertise
centra
Dementie

KENNISAGENDA 2026

Op weg naar moderne dementiezorg

Colofon

Auteur: Jan Steyaert

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
Pastoor Van de Wouwerstraat 2
2600 Berchem

Beeldmateriaal: Leo De Bock
Vormgeving: Gazelle, Deurne

Overname van informatie uit deze tekst
is toegestaan mits bronvermelding.

Deze tekst is digitaal beschikbaar
via <http://www.dementie.be>.

Op moment van publicatie van dit
document hebben we alle externe links
die ingebed zijn in de tekst nagekeken,
maar er is natuurlijk regelmatig sprake van
'link rot' omdat websites hervormd worden.
We proberen de digitale versie van deze tekst
op <http://www.dementie.be> steeds te
actualiseren en hier rekening mee te houden.

Dank aan alle deelnemers aan de verschillende
focusgroepen en alle collega's die feedback
gaven op werkversies van deze tekst.
Speciale dank aan Fran Vereecken die met haar
masterscriptie (sociologie @UAntwerpen) deze
publicatie mee voorbereidde.

Oktober 2026





KENNISAGENDA **2026**

Op weg naar moderne dementiezorg

INHOUD

Inleiding	5
Wetenschap die er toe doet	7
De reeds goedgekeurde projecten	9
Demografische ontwikkelingen	13
Uitstellen van dementie	19
Kwaliteit van dementiezorg	23
Het zorgtraject	27
Een warme samenleving	29
Langer thuis	33
Residentiële zorg	37

Verwijzingen	41
---------------------	-----------



Inleiding

We zitten als samenleving midden in een versnelde vergrijzing van de bevolking, er is al lang geen sprake meer van een bevolkingspiramide met een brede basis van jongeren. En dat is op zich goed nieuws. Er zijn wellicht weinigen die tegen de stijging van de levensverwachting zijn. Rond 1900 lag die op 50 jaar, maar sindsdien werd in de eerste helft van de 20ste eeuw de kindersterfte teruggedrongen, om daarna met de uitbouw van de ouderengeneeskunde ook de levensverwachting van ouderen te zien stijgen. Bovendien worden we ook nog eens gezonder ouder, de zogenaamde ‘compressie van morbiditeit’. Al bestaat daar geen 100% wetenschappelijke consensus over. Maar langer leven en langer leven in goede/betere gezondheid, wie zou daar niet voor tekenen?

Mooi nieuws, maar Johan Cruijff parafraserend, elk voordeel heeft ook een nadeel. Een aantal aandoeningen hebben een hoge correlatie met hogere leeftijd, dementie behoort daar zeker bij. Dus een oudere bevolking leidt tot meer personen met dementie, meer personen met zorgbehoefte.

Dat geeft ons als samenleving de morele en ethische plicht om de best mogelijke dementiezorg te organiseren. We willen immers een zorgzame samenleving zijn, niet alleen voor wie jong en zorgbehoevend is, maar ook die 80er of 90er met dementie.

De kwaliteit van dementiezorg wordt in de eerste plaats gerealiseerd door de mantelzorgers en de zorgprofessionals die er elke dag (en nacht) staan. Ongeveer 50% van de zorg wordt opgenomen door informele zorg, door de mantelzorgers, hoewel zij op geen enkele (overheids)begroting in beeld komen. Zij verdienen dus onze aandacht. De andere 50% is wel zichtbaar in begrotingen, zoals die van gezinszorg of woonzorgcentra, dus ook die verdient onze aandacht.

Ook beleid, zowel Vlaams als federaal, heeft invloed op de kwaliteit van dementiezorg. Daarom publiceren we net voor elke verkiezing een memorandum, een boodschappenlijst voor toekomstige beleidsmakers (of de oppositie). En werken we waar mogelijk actief mee aan geactualiseerde beleidsplannen.

Ook wetenschap doet een bijdrage aan de kwaliteit van dementiezorg. In het verleden zijn bijvoorbeeld het werk van Tom Kitwood en Dawn Brooker over persoonsgerichte zorg invloedrijk geweest (Kitwood, 1997; Kitwood & Brooker, 2019). Onze referentiekaders bouwen er op verder (Dely et al., 2018; Vanderniepen et al., 2026). Het werk van Mary Mittelman over de ondersteuning van mantelzorgers droeg dan weer bij aan het uitwerken van de psycho-educatie via Dementie en nU (Mittelman, 2007, 2013). Ook het werk van The Lancet commissie over preventie van dementie (Livingston et al., 2024; Livingston et al., 2020; Livingston et al., 2017) is baanbrekend geweest. Dat zijn slechts enkele voorbeelden van hoe wetenschap grote implicaties heeft voor de praktijk van dementiezorg en preventie van dementie.

In dit document willen we onze kennisagenda uitschrijven, onze boodschappenlijst voor onderzoekers aan Belgische hogescholen en universiteiten. Dat deden we de afgelopen jaren al een paar keer, maar actualisatie daarvan is nuttig, al was het maar omdat Stopalzheimer, de Stichting voor Alzheimer Onderzoek, geïnspireerd door onze vorige kennisagenda drie jaar na elkaar onderzoeksprojecten financierde. En dat blijven ze de volgende jaren doen.

Om deze actualisatie van onze kennisagenda vorm te geven organiseerden we in de lente 2026 verschillende focusgroepen, zoals via Alzheimer Liga Vlaanderen met de werkgroep personen met dementie, de werkgroep mantelzorgers van personen met dementie, via een open oproep voor focusgroepen (zowel face-to-face als online), met de vormingsmedewerkers van de Alzheimer Liga Vlaanderen en met alle collega's van de Expertisecentra Dementie. We zijn onze collega's en de Alzheimer Liga dankbaar om dit mogelijk te maken en gastheer te zijn.

Ook het werk van de studenten van de opleidingen sociaal werk, sociologie en sociaaleconomische wetenschappen van UAntwerpen waarvan ik de afgelopen jaren promotor mocht zijn van hun masterscriptie heeft bijgedragen aan deze kennisagenda. Bijzondere dank is nodig aan Fran Vereecken die in academiejaar 2025-2026 met haar masterscriptie de focus legde op de kennisagenda en zo een belangrijke bijdrage leverde aan deze update.

Inspiratie voor deze update was er ook door actieve deelname aan de congressen van Alzheimer Europe, Interdem en North Sea Dementia Group. Dat zijn de plekken waarop lopend onderzoek en innovatietrajecten voorgesteld worden. Hun resultaten en die van andere onderzoekers buiten Europa volgden we ook via internationale wetenschappelijke tijdschriften zoals Dementia, Aging & Mental Health, Age and Ageing of Alzheimer's & Dementia.

Ook lieten we ons inspireren door onderzoeksprogramma's in andere landen, zoals Nederland (Alzheimer Nederland, 2025; ZonMw, 2021), Canada (Bacsu et al., 2026) en de WHO (2022), net zoals door onderzoeksprogramma's in 'belendende percelen' zoals palliatieve zorg (Vanderstichelen et al., 2026). Vooral in Nederland wordt veel psychosociaal onderzoek uitgevoerd door de samenwerking tussen Alzheimer Nederland en ZonMw. Veel daarvan is uitermate relevant voor Vlaanderen, gelet op de relatieve vergelijkbaarheid van bevolkingsstructuur en zorgsystemen.



Wetenschap die er toe doet

De onderzoeksagenda van Alzheimer Nederland heeft als titel “op zoek naar impact voor mensen met dementie nu en in de toekomst” (2025). Net als zij willen wij inderdaad onderzoek dat impact heeft, dat de dementiezorg in Vlaanderen sterker maakt. We zijn dus op zoek naar ‘aanpakken’ waar zorgmedewerkers, zorgvoorzieningen en mantelzorgers mee aan de slag kunnen.

Als je op PubMed zoekt naar ‘dementia’, zie je dat er de recentste jaren zo’n 25.000 artikelen per jaar gepubliceerd worden. Wat daarvan biomedisch onderzoek is, is grotendeels internationaal relevant zonder dat er behoefte is om het erg te specificeren naar Vlaanderen. Het internationale psychosociaal onderzoek is zeker een inspiratiebron voor Vlaanderen, maar heeft wel selectie en wellicht aanpassing, al was het maar omdat het zorglandschap hier net wat anders is dan in bijvoorbeeld Canada of elders.

Maar het blijft een indrukwekkend aantal publicaties, waarvan niemand het gehele overzicht meer kan bijhouden. Zeker als je er ook bij stilstaat dat zorgmedewerkers, de praktijk, minder toegang hebben tot die internationale literatuur. We zien wel steeds meer de ontwikkeling naar ‘open access’ publiceren, toegankelijkheid van publicaties zonder dat de lezer een abonnement moet hebben op het tijdschrift. Dat moedigen we zeker aan, maar lost dit niet helemaal op. Zorgmedewerkers krijgen immers in vergelijking met onderzoekers minder tot geen leestijd in hun arbeidstijd en hebben niet altijd de ervaring om academische publicaties snel te screenen op relevantie en essentie. Het blijft dan ook een uitdaging om andere vormen van communicatie tussen onderzoekers en werkveld te vinden die wel de brug maken tussen wetenschap en praktijk.

Om te komen tot wetenschap die er toe doet, laten we ons graag inspireren door onze Duitse collega’s (Heerdt, 2026) die een “three-i framework” ontwikkelden over de relatie tussen onderzoek en de transformatie die nodig is om dementiezorg aan te passen aan onze vergrijzende samenleving.

Een eerste kritische succesfactor voor onderzoek, is innovatief zijn. Dat klinkt logisch, als een open deur, maar regelmatig zien we publicaties over een thema waar al tientallen onderzoeken over gevoerd zijn. Dikwijls komt daar nog weinig vernieuwing uit, dat voelt als een gemiste kans. Natuurlijk creëert wetenschap vernieuwing ook door bestaande inzichten in vraag te stellen en opnieuw te toetsen aan de empirische werkelijkheid. Onderzoek moet dus ook bestaande kennis in vraag stellen als er enige kans is op vernieuwing, door onzekerheid op te zoeken: “als we wisten wat we deden, heette het geen onderzoek.” (Jansen & Jansen, 2023). Gelet op de schaarse middelen die beschikbaar zijn, is het wel nodig kritisch te kijken en niet zo maar thema XYZ voor de zoveelste keer te onderzoeken.

Een tweede kritische succesfactor is impact. De onderzoeksresultaten moeten kunnen leiden tot veranderingen die een significante verbetering van de bestaande praktijk betekenen. En dat hoeven geen grote schokkende dingen te zijn. Het schoolvoorbeeld van onderzoek dat leidde tot een relatief eenvoudige verandering met verstrekkende gevolgen is een onderzoek dat plaatsvond in 1966 met slechts 5 proefpersonen, jonge mannen tussen 19 en 21 (Saltin et al., 1968). Hun medische parameters werden gemeten en vervolgens moesten ze drie weken rusten in bed, zonder te wandelen of fysieke activiteit. Het resultaat was dat hun medische parameters significant verslechterd waren. Dat leidde tot verandering in medische behandeling bij verschillende aandoeningen zoals cardiovasculaire problemen. In plaats van rust voor te schrijven, werd juist overgegaan naar het organiseren en opbouwen van fysieke activiteit. Een schijnbaar relatief eenvoudig onderzoek, maar met baanbrekende impact. Het werd 30, 40 en 50 jaar later nog steeds hernomen en geactualiseerd (McGavock et al., 2009; McGuire et al., 2001; Mitchell et al., 2019).

Als derde kritische succesfactor noemen onze Duitse collega’s (de kans op) implementatie. De haalbaarheid van implementatie moet van bij de start van een onderzoek meegenomen worden. Een idee kan bijvoorbeeld zeer in-

novatief zijn en impact hebben, maar om praktische redenen niet leiden tot implementatie in de sector.

Op een internationaal congres enkele jaren geleden hoorden we een presentatie over gebruik van VR-brillen door bewoners van residentiële ouderenzorg. Ze konden ‘wandelen’ door hun oude woonomgeving want er waren filmpjes opgenomen in die omgeving. Zo konden ze zonder het woonzorgcentrum te verlaten hun oude wijk herbeleven. Prachtig initiatief, we weten immers dat oude herinneringen lang behouden blijven, dat reminiscentie heel sterk kan zijn.

In een context van onderzoek kon dit in een beschermde omgeving buiten het woonzorgcentrum uitgewerkt worden voor een paar bewoners met filmpjes van elk van hun vertrouwde omgevingen, als demo. Er kon ook personeel aanwezig zijn om de technologie op te zetten en te beheeren en een ouderenpsycholoog om de bewoner te begeleiden. Inzake implementatie liep het echter grondig fout. De financiële kost om dit voor veel bewoners te maken was ontzettend hoog, en dit opschalen was niet haalbaar. Woonzorgcentra hebben zelden personeel beschikbaar dat dergelijke technologie kan opvolgen en zelden een (ouderen)psycholoog in dienst.

Om frustraties vanuit onderzoek en vanuit praktijk te vermijden, moet de mogelijkheid tot grootschalige implementatie van resultaten in de brede sector van dementiezorg van bij aanvang, van bij het uitschrijven van het onderzoeksvoorstel, uitgangspunt zijn.

We voegen aan dit model van onze Duitse collega's graag nog een element toe, namelijk de relatie tussen onderzoek en onderwijs. In het Vlaamse hoger onderwijs zijn onderzoekers meestal ook als docent actief. Zo brengen ze hun onderzoek meteen in hun onderwijs, zowel het lopende

onderzoek waarbij studenten betrokken worden, als de resultaten van afgerond onderzoek. Dat betekent dat toekomstige zorgprofessionals meteen mee zijn met de actualiteit. Deze onderzoekers oriënteren zich ook op het brede veld van dementiezorg, en brengen zo niet alleen hun eigen onderzoek in het onderwijs.

Graag maken we ook de observatie dat de relevantie van onderzoek geen correlatie hoeft te hebben met de complexiteit van de onderzoeksvraag. Hoe omgaan met de krapte op de arbeidsmarkt is best een complexe uitdaging (Steyaert, 2023; Zorgnet Icuuro, 2023) en het tekort aan zorgpersoneel wordt elke dag op de werkvloer van dementiezorg gevoeld, maar er zijn evenwaardige ‘kleine’ thema's die zich elke dag voordoen en ook een ‘evidence informed’ benadering vragen. Voorbeelden zijn hoe met de nodige waardigheid en voorzichtig omgaan met verzet om de persoonlijke hygiëne van een persoon met dementie te organiseren (González-Mella & Unzueta-Arce, 2025), of hoe mondzorg te organiseren als de persoon zelf zijn tanden niet meer kan/wil poetsen of naar de tandarts moet. Over dat laatste thema financierde Stopalzheimer in 2025 het project WeersTand van hogeschool UCLL.

Tenslotte verwijzen we ook graag naar de vraag van personen met dementie en hun mantelzorgers: “nothing about us, without us” (Gove et al., 2018; Roberts et al., 2019). Onderzoek moet bouwen op contacten van onderzoekers/studenten met personen met dementie, mantelzorgers en/of zorgmedewerkers. En dit vanaf de keuze van het onderzoeksthema en doorheen het hele proces. Patiëntenparticipatie, of bij uitbreiding, doelgroepparticipatie, mag geen holle frase zijn of pas in de eindfase van het onderzoek voorzien worden.

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Eerder dan hier onderzoeksvragen concretiseren zoals we in de volgende hoofdstukken doen, formuleren we hier kernachtig de kenmerken die onderzoek nodig heeft om bij te dragen tot een betere dementiezorg. Die zijn, zoals hiervoor uitgeschreven: communicatie, innovatie, impact, implementatie, de koppeling met onderwijs en participatie van de doelgroep.*
- *Of toch richting een onderzoeksvraag: het ontbreekt ons vandaag aan een systematische infrastructuur voor evaluatie, kennisdeling en opschaling. Welke implementatiestrategieën werken in de Vlaamse thuiszorg, ziekenhuizen en woonzorgcentra? Waarom verdwijnen te veel succesvolle proefprojecten na afloop van de subsidie?*

De reeds goedgekeurde projecten

In 2022 kwam het tot een samenwerking tussen Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en Stopalzheimer. Die laatste organisatie financierde al jaren in België biomedisch onderzoek naar diagnose en behandelingen van verschillende vormen van dementie. Dat wilden ze aanvullen met psychosociaal onderzoek. En zo kwamen er in de herfst van 2023, 2024 en 2025 oproepen gebaseerd op de vorige versie van deze kennisagenda. Telkens werden er meer dan dertig projectvoorstellen ingediend, waaruit een onafhankelijke jury er einde winter de beste uit selecteerde voor financiering. De eerste daarvan zijn nu afgerond.

We geven graag hieronder een beknopt overzicht van die goedgekeurde projecten. Voor (tussentijdse) resultaten verwijzen we graag naar hun websites of die van Stopalzheimer en de maandelijkse nieuwsbrief van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.

In de lente van 2024 werden volgende projecten gefinancierd:

Helpen helpen : effectieve informatie voor mantelzorgers van personen met dementie.	Thomas More hogeschool	€ 48.950
Hoe kunnen we de twijfel verminderen die veel mensen hebben om zichtbare hulpmiddelen te gebruiken, ook al verbeteren ze de levenskwaliteit?	Haute école de la Province de Liège	€100.000
Generatie Goed Gehoor : de sleutel tot een hersengezond leven	Arteveldehogeschool	€45.688
Persoongerichte zorg met Verrijkende en verbindende interacties bij personen met dementie in woonzorgcentra.	Arteveldehogeschool	€94.446
Mantelzorg en incontinentie bij personen met dementie .	HoGent	€48.403
Zorgen voor de zorg . Een kwalitatief onderzoek naar werkgeluk bij medewerkers dementiezorg in participatieve woonzorgcentra.	HoWest	€59.967
Connected care : Bruggen tussen (semi)-residentiële zorg en zorg in de thuissetting in de aanpak van angst, stress en slaapproblemen bij mensen met dementie op jonge leeftijd.	hogeschool Odisee	€100.000
Ontwikkelen en valideren van de ‘omdenkbox’ over tijd en tijdsbeleving voor medewerkers in de zorg voor personen met dementie.	hogeschool Odisee	€99.400

In de lente van 2025 werden volgende projecten gefinancierd:

Maaltijdbegeleiding bij personen met dementie : ontwikkeling van narratief educatief materiaal met en voor mantelzorgers.	HoGent	€55.385
Wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk . De mogelijkheden vanuit medisch, juridisch en levensbeschouwelijk oogpunt.	hogeschool Odisee	€50.000
Persoonsgerichte educatie in de praktijk van gezondheidszorg opleidingen.	Vrije Universiteit Brussel	€51.884
Road to 2050 : realistische ondersteuning voor alzheimer en dementiezorg door technologie en optimalisatie richting 2050.	Arteveldehogeschool	€99.593
Samen naar meer aandacht voor psychologische veiligheid bij personen met dementie in het ziekenhuis .	hogeschool Odisee	€50.000
Kosten van de huidige en toekomstige formele en informele dementiezorg in België .	Sciensano	€94.002
Onderzoek naar de besluitvormingsmechanismen door en voor personen met cognitieve beperkingen in een woonzorgcentrum.	HERS en UNamur	€49.969
Eenzaamheid bij mantelzorgers voor personen met dementie : naar een meer gedragen ondersteuning.	Thomas More Kempen	€44.377
Van leslokaal naar werkvloer : hoe studenten voorbereiden op een bredere visie op dementiezorg?	HIVA – KU Leuven	€49.999
WeersTand : Een blended learning om zorgpersoneel te leren omgaan met weerstand tijdens mondzorg vanuit een biopsychosociaal perspectief.	hogeschool UCLL	€46.101
Gedragsstoornissen bij matige tot ernstige alzheimer verminderen door de studie van uitvoerende functies in spontane taal binnen verschillende emotionele contexten.	UMons	€100.051

In de lente van 2026 werden volgende projecten gefinancierd:

Houdbare zorg voor personen met dementie en ernstige gedragsproblematiek op een geriatrische-psychiatrische unit	UZ Gent	€12.865
Co-construction d'une plateforme numérique collaborative pour un accompagnement de qualité en maison de repos	UMONS	€50.000
Comprendre et mieux gérer la fatigue cognitive dans la maladie d'Alzheimer et les populations à risque	Uliège	€116.550
Verbetering van de toegang tot dementiezorg voor mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst in Vlaanderen en Brussel	hogeschool Odisee	€80.000
DOMUS-DEM (Designing Optimal Methods for User-centered Spaces for Dementia)	Karel de Grote hogeschool & UAntwerpen	€143.595
Kleine signalen, grote winst: hoe kunnen we de impact van vroege herkenning van dementie in de thuiszorg vergroten?	Arteveldehogeschool	€117.940

In de herfst van 2026 volgt op basis van dit document een nieuwe oproep tot onderzoeksvoorstellen, met lente 2027 de selectie van welke voorstellen gefinancierd worden. We zijn Stop Alzheimer dankbaar dat zij deze inspanning doen om Belgisch psychosociaal onderzoek naar dementiezorg mogelijk te maken, aanvullend op wat zij investeren in biomedisch onderzoek.





Demografische ontwikkelingen

Prevalentie

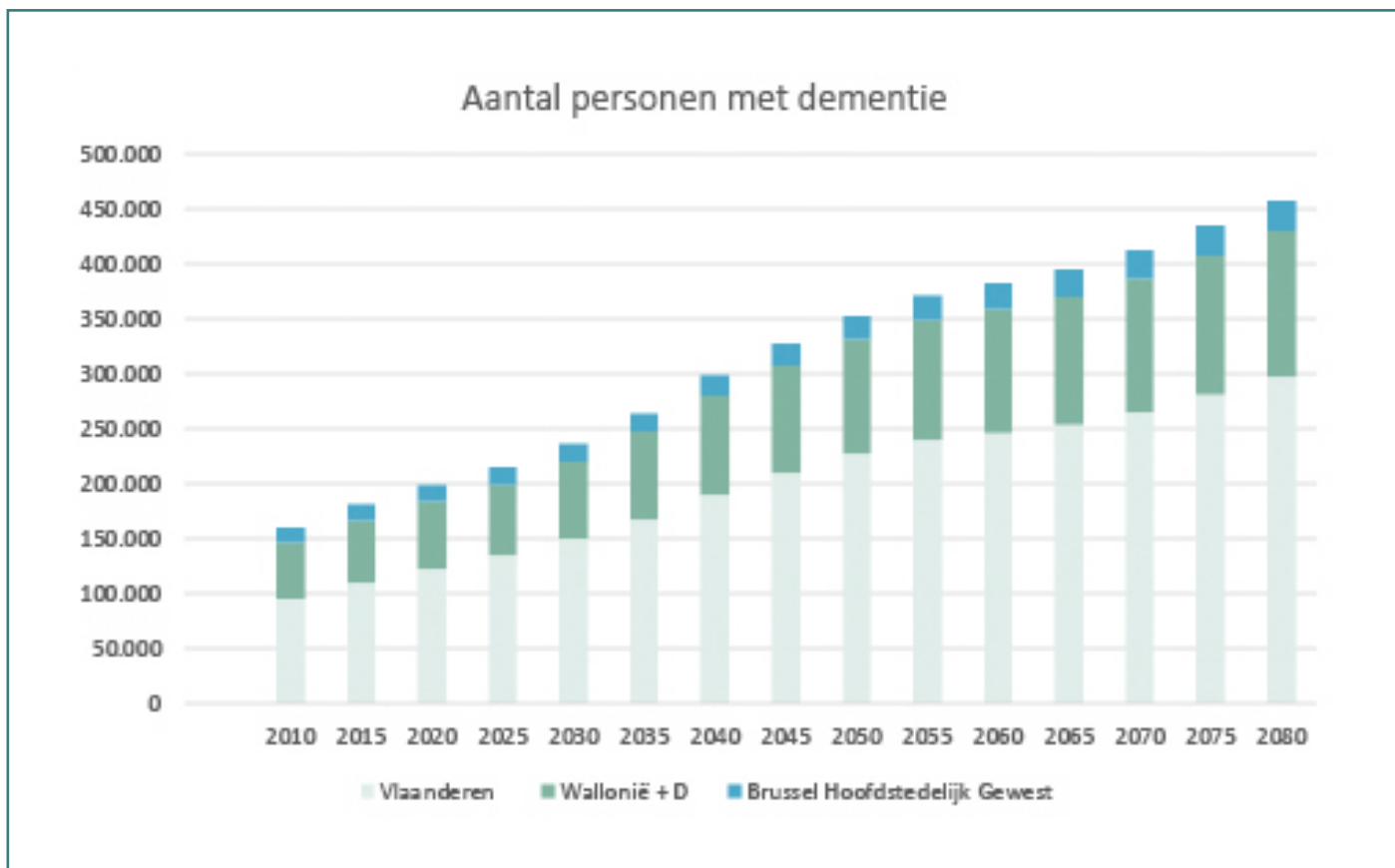
Het is algemeen bekend dat het risico op dementie verhoogt bij hoge leeftijd. Een vergrijzende bevolking leidt dan ook tot hogere aantallen personen met dementie. Alzheimer Europe publiceerde begin 2026 een geactualiseerd risicomodel waarbij per geslacht en per leeftijdsblok van 5 jaar de risico's worden bepaald (Alzheimer Europe, 2026).

Leeftijd	Prevalentie bij vrouwen	Prevalentie bij mannen
65-69	1,4%	1,1%
70-74	3,7%	3,7%
75-79	8,0%	7,2%
80-84	13,2%	11,1%
85-89	24,4%	16,9%
90+	44,7%	30,8%

Ten aanzien van het risicomodel dat Alzheimer Europe in 2019 publiceerde, daalt het risico bij vrouwen iets en stijgt het bij mannen. Toch blijft het risico bij vrouwen beduidend hoger dan bij mannen. In combinatie met hun hogere levensverwachting leidt dit ertoe dat de groep van personen met dementie erg vrouwelijk is.

Op basis van dit risicomodel en het werk van Stevie Hendriks inzake prevalentie van dementie op jonge leeftijd (Hendriks, 2022; Hendriks et al., 2023) maakten wij in combinatie met de bevolkingsprognoses van StatBel een inschatting van wat de verschillende regio's de volgende decennia kunnen verwachten inzake aantal personen met dementie.

	Vlaanderen	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Wallonië & Duitstalige Gemeenschap	Totaal België
2025	135.631	15.304	63.801	214.736
2030	150.214	15.923	70.557	236.695
2035	168.245	17.007	79420	264.671
2040	190.185	18.482	89.789	298.456
2045	210.244	19.954	97.828	328.026
2050	227.681	21.449	104.227	353.357
2055	240.003	22.856	108.915	371.744
2060	246.691	24.084	112.528	383.302
2065	253.760	25.184	116.372	395.316
2070	265.798	26.153	120.720	412.671
2075	281.253	27.009	126.619	434.881
2080	297.301	27.958	132.833	458.092



Elke regio krijgt te maken met een stijging en dat betekent dat zowel werken aan goede dementiezorg als aan een hogere capaciteit van dementiezorg een stevige uitdaging wordt. Vanzelfsprekend zijn er een aantal onzekerheden in deze prognose. Hoe verder vooruit we kijken, hoe voorzichtiger de cijfers moeten genomen worden.

Vooreerst zijn er de huidige ontwikkelingen op biomedisch vlak, misschien zien we de lancering van een krachtig medicijn tegen dementie, daar hoopt iedereen op. Vervolgens weten we dat het risico op dementie bij burgers met een niet-Westerse achtergrond hoger ligt, maar noch StatBel noch Statistiek Vlaanderen geeft bevolkingsprognoses waar hiermee rekening gehouden wordt. Tenslotte is er internationaal grote consensus dat tot 45% van toekomstige dementie vermeden of uitgesteld kan worden door een hersengezonde leefstijl, maar het is onduidelijk in welke mate deze adviezen daadwerkelijk opgevolgd worden. Iedereen weet ondertussen immers dat roken ongezond is, maar toch blijft er een redelijk stabiele groep rokers in onze samenleving.

Het aantal personen met dementie op jonge leeftijd (duidelijke symptomen vóór de leeftijd van 65) blijft de volgende decennia stabiel rond de 4.500 omdat de bevolkingsgroep op middelbare leeftijd stabiel blijft. Het risico op dementie op jonge leeftijd is ook niet verbonden aan beïnvloedbare risicofactoren, dus preventie zou hier weinig impact hebben. Het blijft natuurlijk een groep met bijzondere noden (nog studerende kinderen, nog hypotheek, verlies van inkomen uit arbeid zonder dat er al pensioen uitgekeerd wordt) (Brandt & Dickerson, 2026; Kilty et al., 2023).

Alzheimer Europe geeft in hun rapport aan dat zij op basis van het beschikbare onderzoek geen onderscheid kunnen maken naar soort dementie, bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, frontotemporale dementie, vasculaire dementie, ...

In de lente van 2025 werd een projectvoorstel van [Sciensano](#) goedgekeurd om de economische implicaties van dementiezorg, zowel professioneel als die van mantelzorgers, in beeld te brengen.

Dalende incidentie

Verscheidende epidemiologische studies verwijzen naar een dalende incidentie van dementie, zeker in Europa en de Verenigde Staten (Mukadam et al., 2024; Stallard et al., 2025). Dat is natuurlijk goed nieuws en zou een impact kunnen hebben op de prognoses. Als oorzaak wordt verwezen naar overheidsmaatregelen op gebied van langer studeren (Börsch-Supan et al., 2025), meer aandacht voor cardiovasculaire gezondheid en het preventief beleid tegen roken.

Wat het effect van deze dalende incidentie is en of die tendens zich de volgende decennia zal behouden blijven of nog verder zal zetten, is echter onduidelijk.

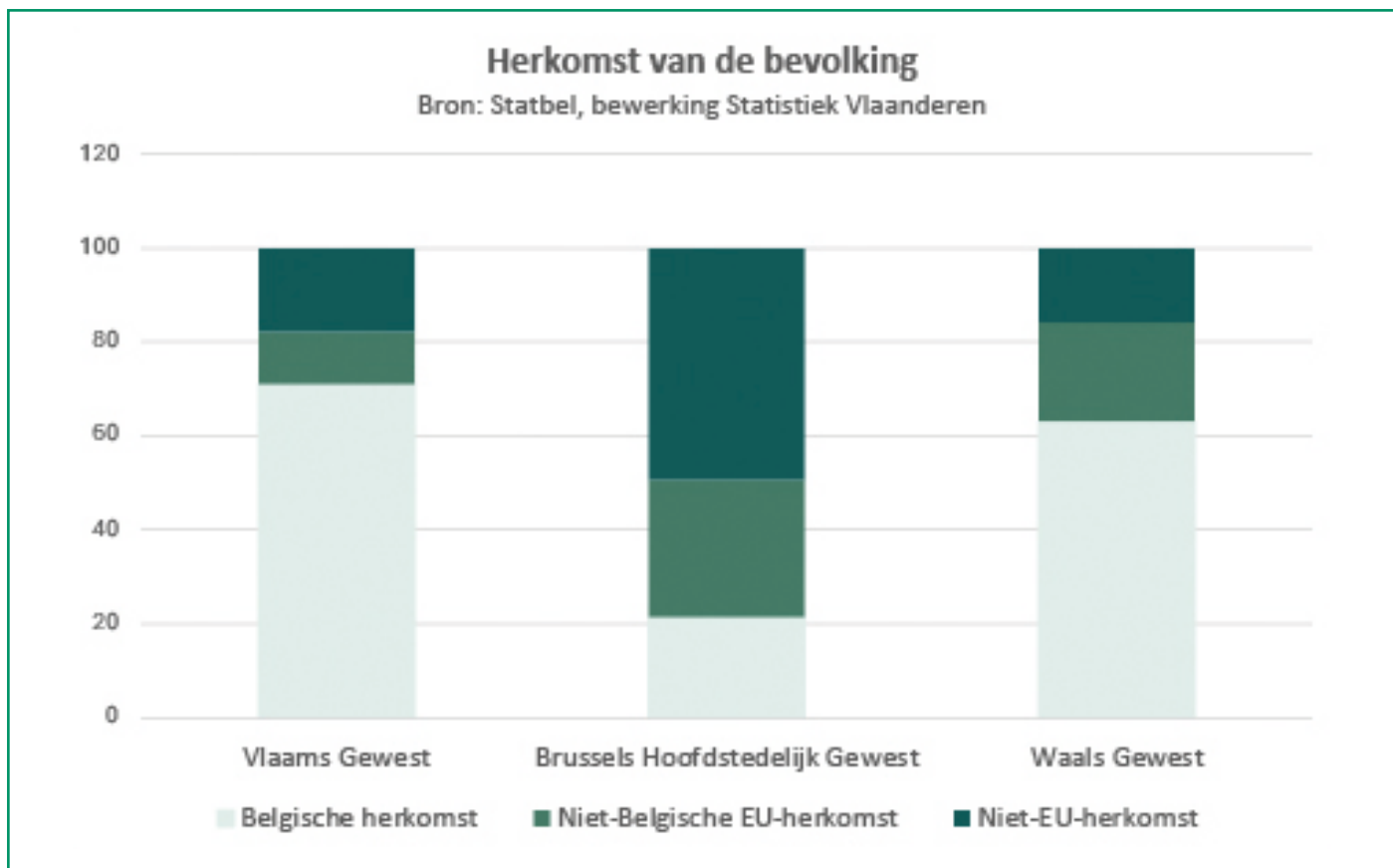
Superdiversiteit

Onze samenleving vergrijst, net als de meeste andere Westerse landen. Maar onze bevolking krijgt ook al enkele decennia diversiteit inzake etnische achtergrond. Na de Tweede Wereldoorlog zagen we beleidsmatig georganiseerde instroom vanuit Italië, Turkije en Polen, later aangevuld met Marokko. Daarna volgde een nieuwe instroom vanuit meerdere niet-Europese landen en ontstond er superdiversiteit, eerst in steden als Brussel, Antwerpen en Gent, maar steeds meer ook in minder stedelijke gebieden (Geldof, 2019; Geldof et al., 2023). Gevolg is dat nu ongeveer 1 op 3 inwoners van België een niet-Belgische achtergrond heeft, iets meer dan de helft daarvan heeft een niet-EU achtergrond. In Brussel en het Waalse Gewest is deze ontwikkeling iets sterker dan in Vlaanderen.

Alzheimer Nederland beschikte over voldoende uitgesplitste cijfers om een prognose te maken van het aantal personen met dementie naar verschillende etnische achtergrond, zoals Indonesië, Suriname, Turkije en Marokko. Wij beschikken niet over die cijfers en prognoses.

Wel duidelijk is dat goede dementiezorg maar goede dementiezorg kan zijn als die cultuursensitief is. Dat is als het ware een XXL uitvergroting van persoonsgerichte zorg.

Als Expertisecentra Dementie ontwikkelden we al een e-learning cultuursensitieve zorg en herschreven we onze psycho-educatie om die cultuursensitiever te maken. In de derde subsidieronde van Stopalzheimer werd binnen dit thema een project goedgekeurd van hogeschool Odisee.



Sociale prevalentie

Bij aandoeningen als dementie is niet alleen de prevalentie belangrijk, maar ook de sociale prevalentie. Dat is een begrip dat eind vorige eeuw benoemd werd (Knottnerus et al., 1992) om aan te geven dat bij een patiënt ook zijn sociale omgeving betrokken is en de personen die daar deel van uitmaken, ook gevolgen hebben van de aandoening, zonder die zelf te hebben. Dat kan gaan over personen in hetzelfde huishouden (waar bv. plots een inkomen wegvalt) of anderen die als mantelzorger betrokken zijn. Eigenlijk weten we in Vlaanderen nauwelijks wat over die sociale prevalentie.

In Nederland is er sinds 2006 iedere twee jaar de dementiemonitor, een grootschalige survey bij personen met dementie en hun mantelzorgers, georganiseerd door Alzheimer Nederland en kennisorganisatie Nivel. Dat geeft een landelijk beeld waaruit wij bijvoorbeeld het cijfer halen dat bij elke persoon met dementie drie naasten betrokken zijn. Zonder Vlaams vergelijkbaar onderzoek zien we geen reden waarom dat in Vlaanderen erg verschillend zou zijn. Maar uit de dementiemonitor komen ook meer inzichten, zoals de ervaringen van mantelzorgers, van alleenstaanden met dementie, de ervaringen van personen met dementie met niet-Westerse etniciteit en hun mantelzorgers, ...

Om dat te bereiken, vraagt de organisatie van dergelijke dementiemonitor wel wat, je wil immers een grote en diverse groep van respondenten om dergelijke inzichten mogelijk te maken en dat elke twee jaar. Zo doen lokale afdelingen van Alzheimer Nederland en andere actoren in de ouderensector (bv. equivalent van onze lokale dienstencentra) elke keer zeer actief een oproep naar deelname. Alleen zo bereik je voldoende personen en krijg je voldoende respondenten.

In Vlaanderen hebben we alleen algemene cijfers over mantelzorg, zoals in de zorgenquête uit 2021 (Bracke et al., 2022) of de regelmatige bevestigingen via StatBel op basis van hun enquête naar de arbeidskrachten. Daaruit weten we bijvoorbeeld dat in 2026 3,4 miljoen Belgen of 41,4% tussen de 18 en 74 jaar zorg opnemen voor iemand in de familie. Daarbij gaat het vooral over zorgen voor kinderen onder de 15 jaar en grootouders die op kleinkinderen passen. Zo'n 800.000 Belgen zijn mantelzorger voor een partner of een ander familielid (15+) dat kwetsbaar of ziek is of een handicap heeft. We beschikken niet over cijfers specifiek voor dementie, en ook niet over de uitdagingen en drempels die mantelzorgers in dergelijke situaties ervaren.

Denataliteit

Een vergrijzende bevolking, een superdiverse bevolking, maar ook een bevolking met denataliteit. Al decennia daalt het aantal kinderen, waardoor de bevolking op middelbare leeftijd, tussen einde schoolplicht en pensioenleeftijd, stabiel blijft. Er is sprake van 'babyschaarste'. In de demografie geldt de uitspraak dat om een bevolking stabiel te houden, gemiddeld elke vrouw 2,1 kinderen moet krijgen. Een aantal van hen sterft immers voor ze zelf kinderen krijgen, is onvruchtbaar of kiest er voor geen kinderen te krijgen. Dat cijfers van 2,1 halen we al lang niet meer in België, maar ook in vele andere landen niet. We halen in 2025 maar 1,43 kinderen per vrouw (cijfers StatBel). Onzekerheid over inkomen, arbeid, de woningmarkt en onzekerheid door klimaatveranderingen en geopolitieke instabiliteit zijn onder meer de factoren die meespelen (Sobotka, 2026).

Het wel of niet krijgen van kinderen, en hoeveel, blijven natuurlijk extreem individuele keuzes (al spoort bijvoorbeeld de Franse overheid alle 29-jarige vrouwen aan om kinderen te krijgen). Als die individuele keuzes een collectieve trend worden, hebben ze gevolgen voor ons als samenleving. En die gevolgen zijn tweërlei.

Vooreerst krimpt of stabiliseert de bevolking op werkende leeftijd. In Vlaanderen wordt voorzien dat de bevolking tussen de leeftijd van 19 en pensioenleeftijd tussen 2025 en 2045 met 5% stijgt. Dat klinkt geruststellend, tot je ziet dat in diezelfde periode de gepensioneerde bevolking in die periode stijgt met 27%. Voor Wallonië zijn de cijfers voor de beroepsbevolking voor deze periode -1% en voor het aantal gepensioneerden 31%.

De beroepsbevolking houdt geen tred met de gepensioneerde bevolking, dus we zullen meer ouderenzorg (incl. pensioenen) en dementiezorg moeten organiseren met ongeveer hetzelfde aantal arbeidskrachten. Tenzij we personeel wegtrekken uit andere sectoren, maar daar speelt die redelijk stabiele arbeidsmarkt natuurlijk ook. We hebben dat eerder omschreven als de demografische tijdbom en (bij ongewijzigd beleid) een dreigende crash van de ouderenzorg (Steyaert, 2023).

Een tweede gevolg van denataliteit in combinatie met vergrijzing is dat families 'verticaler' worden (Alburez-Gutierrez et al., 2023). Het verdwijnen van de piramidevorm van de gehele bevolking doet zich immers ook voor in families. De vroegere situatie van grootouder(s) met veel kinderen en veel kleinkinderen, wordt meer een langgerekte verticale lijn met overgrootouders met paar kinderen met paar kleinkinderen en enkele achterkleinkinderen. In de inleiding verwezen we al naar het belang van mantelzorg als bouwsteen voor goede dementiezorg. Maar mantelzorg is er vooral binnen familielieverband en die worden dus 'dunner'. Het reservoir waaruit mantelzorg kan ontstaan, wordt kleiner. Om de impact van demografische ontwikkelingen op de capaciteit van toekomstige mantelzorg in te schatten, werd de 'oldest old support ratio' ontwikkeld. Uitgangspunt is dat vooral 50- tot 74-jarigen zorgen voor 85-plussers. Wie jonger is, heeft het te druk met kinderen en werk. Wie ouder is, heeft meer vraag naar mantelzorg dan aanbod. En die ratio is ook bij ons snel dalend (Steyaert et al., 2020).

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Kunnen we een tweejaarlijkse Vlaamse dementiemonitor organiseren, naar Nederlands voorbeeld, om zowel heldere cijfers als mogelijke oplossingen te identificeren over de situatie van mantelzorgers en hun behoeften?*
- *Kunnen we onze prevalentiecijfers verfijnen door rekening te houden met etnische achtergrond, scholingsgraad of sociaaleconomische status?*



Uitstellen van dementie

Hersengezonde leefstijl

Zo'n decennium geleden heeft er zich in onderzoek naar dementie een revolutie voorgedaan. Toen rond 2010 gezocht werd naar oorzaken, werd de rol van leefstijlfactoren weggelachen. De jaren nadien groeide wel het aantal onderzoeken dat verwees naar die leefstijlfactoren, onder meer door het epidemiologisch onderzoek bij Alzheimer Centrum Limburg in Maastricht (Deckers, 2017). Om dan in 2017 tot die revolutie te leiden, met het eerste rapport van The Lancet commissie over dementie (Livingston et al., 2017). Tot wel 35% van toekomstige dementie zou te vermijden of uit te stellen zijn door te werken aan een aantal beïnvloedbare leefstijlfactoren op middelbare leeftijd (45 tot 75 jaar). In het volgende rapport van die commissie werd dat 40%, om in het meest recente rapport nogmaals verhoogd te worden naar 45% (Livingston et al., 2024). Primaire preventie van dementie kwam daarmee stevig op de kaart te staan, als derde perspectief aanvullend op het vinden van medicijnen en het organiseren van goede dementiezorg.

Als Expertisecentra Dementie hebben we daarom sinds 2018 gewerkt aan een publiekscampagne, eerst als Sani-Memorex, sinds 2022 onder de slogan “twee voor de prijs van één: goed voor je hart = goed voor je hersenen” (zie <https://2voordeprijsvan1.be> of <https://2pourleprixde1.be>).

Die bevindingen over de kracht van preventie werden in het recentste rapport van de Wereld Gezondheidsorganisatie bevestigd (WHO, 2026). Daarin werd ook per leefstijlfactor het beschikbare onderzoek geïnventariseerd en geactualiseerd. Het rapport maakt ook duidelijk dat naast acties die individuen kunnen ondernemen (lager gewicht, niet of minder roken, ...) ook beleid een stevige impact kan hebben. Dat kan bijvoorbeeld door het tegengaan van luchtvervuiling door meer parken en groen (ook dat is “twee voor de prijs van één”, het helpt meteen tegen hittegolven!), het betaalbaar maken van gezonde voeding, goede toegang tot zorg en hulpmiddelen. Het rapport maakt

ook duidelijk dat werken aan een hersengezonde leefstijl nooit de focus kan leggen op één factor, maar een multidomein aanpak vraagt.

Sinds de publicatie in 2017 in The Lancet preventie op de kaart zette en later uitkwam op 14 beïnvloedbare leefstijlfactoren, is er in de Vlaamse en internationale media ruis en verwarring op die boodschap ontstaan. Niet dat men het uitgangspunt betwijfelt, daarover bestaat zeer brede consensus. Wel worden te pas en te onpas andere beschermende of risico-verhogende factoren genoemd, dikwijls met concrete percentages om ze geloofwaardig te maken, zoals “op je rechterzij slapen”, hormoontherapie, alleenstaand zijn, te veel televisie kijken dat het risico met 70% doet toenemen (Feter et al., 2026), naar muziek luisteren na de leeftijd dat het risico met 40% zou verlagen (Jaffa et al., 2025), een hersentraining dat het risico met 25% verlaagt (maar alleen bij mannen), Zweeds onderzoek dat stelt dat het eten van vette kaas het risico verkleint (Du et al., 2026), ... De concrete percentages waarmee het risico zou stijgen of dalen geven het een aura van robuustheid en wetenschappelijke nauwkeurigheid, maar de burger ziet zo natuurlijk allang het bos niet meer door de bomen. Ook het ontstaan van niet-onderbouwde interventies om het risico op dementie te verlagen (zelfs na diagnose) is zorgelijk. Het zijn vormen van commercialisering van de wanhoop van wie met dementie te maken krijgt, of er angst voor heeft.

Het rapport van de WHO stelt heel duidelijk dat voor inzet van hormoontherapie en vitamine B en E supplementen geen wetenschappelijk bewijs bestaat. Die kunnen voor andere dingen goed zijn, maar dus niet om je risico op dementie te verlagen. Gezonde slaap blijft belangrijk voor de algemene gezondheid en het welzijn, maar volgens de WHO is er onvoldoende bewijs dat ze het risico op dementie verlaagt.

Hoewel de impact van deze ontwikkeling nauwelijks onderschat kan worden, zijn er nog wel wat terreinen waarop onderzoek nodig is. Zo kan er per leefstijlfactor altijd beter en sterker neuro-epidemiologisch onderzoek gebeuren. Het door The Lancet en WHO genoemde 45% is een internationaal cijfer, dat per land kan gedifferentieerd worden, bijvoorbeeld als bekend is dat er veel gerookt wordt of de cardiovasculaire gezondheidszorg er nauwelijks aanwezig is. Alzheimer Europe heeft die analyse gemaakt voor Europese landen en voor België kwamen zij uit op 48,8% (2025). We hebben dus een hoger risico dan het internationaal gemiddelde! Nederland scoorde in die vergelijking het laagste met 29,6%, we kunnen dus wat leren van onze Noorderburen. Dat cijfers van 48,8% is wel voor België zonder onderscheid tussen Vlaanderen en Wallonië. Bovendien is het gebaseerd op internationaal beschikbare data en niet op lokale Vlaamse of Belgische data. Bovendien wordt geen opsplitsing gemaakt naar groepen met een hoger risico, zoals mensen in armoede of mensen met een niet-Westerse etniciteit. De sociale ongelijkheid van dementie en preventie van dementie verdient meer aandacht.

Bij preventie is het altijd de uitdaging om de gezondheidswinst in beeld en in cijfers te krijgen. Een patiënt met longkanker die succesvol behandeld wordt, heeft een naam en is zichtbaar. Een persoon die door de preventieve acties rond roken geen longkanker krijgt, is onzichtbaar. En dat geldt voor dementie evenzeer. Collega's in Duitsland trachten op basis van beschikbare bevolkings- en gezondheidsdata in beeld te brengen hoe de voorspelde stijgende prevalentie kan ingeperkt worden via primaire preventie (Blotenberg et al., 2023; Blotenberg & Thyrian, 2025).

Er wordt veel geschreven over primaire preventie en de beïnvloedbare risicofactoren, maar er is bitter weinig beschikbaar over secundaire preventie. Wat te doen als er al een niet-pluis-gevoel is, als er een diagnose MCI of zelfs een diagnose dementie gemaakt is? Daarover is nauwelijks onderzoek beschikbaar (Van Rosmalen et al., 2026).

Exposoom

De leefstijlfactoren die door The Lancet en WHO aangehaald worden zijn deels individueel beïnvloedbaar (minder of niet roken) maar ook ingebed in onze samenleving (bv. fysiek actief zijn in een sedentaire kantoorcultuur). Preventie is daarom zowel individueel als sociaal een uitdaging.

Een aantal leefstijlfactoren liggen echter buiten de invloedssfeer van individuen. Steeds meer wordt daarnaar verwezen als het exposoom, het geheel van omgevingsfactoren die invloed hebben op gezondheid en ziekte (Kieny et al., 2026). Voorbeeld daarvan is luchtvervuiling, bijvoorbeeld door aan drukke verkeerswegen te wonen. Daar kan je als individu weinig aan doen behalve verhuizen. Maar daar moet je dan weer de middelen voor hebben. Waardoor opnieuw sociale ongelijkheid in dit thema sluipt (Perry & Merenstein, 2026).

Medicijnen

Het meest optimale scenario zou natuurlijk zijn dat er aanvullend op preventief werken aan hersengezondheid ook medicijnen komen die dementie kunnen stoppen, terugdringen of zelfs genezen. Na jaren van teleurstellende resultaten, is er momenteel veel in beweging met medicijnen als donanemab, lecanemab of trontinemab. De eerste twee zijn na initiële afkeuring nu wel goedgekeurd voor de EU-markt door de Europese medicijnenautoriteit en de Europese Commissie. Het is nu aan de individuele lidstaten om te evalueren of terugbetaling via de ziekteverzekering mogelijk is. Dat verloopt moeizaam omdat er wel wat bedenkingen zijn over bijvoorbeeld kostprijs, benodigde infrastructuur (toedienen baxters, MRI-scans) en mogelijke bijwerkingen. De medicijnen zouden ook maar voor een beperkte groep patiënten nut hebben, met name mensen met beginnende ziekte van Alzheimer (en dus niet de andere vormen van dementie) en zonder indicaties van risico op bijwerkingen. Naar schattingen uit Nederland gaat het om 10% tot 15% van de totale groep personen met dementie. Zweeds onderzoek komt zelfs maar op 3% van de patiënten die volgens de farmaceutische richtlijnen het medicijn zouden kunnen krijgen (Rosenberg et al., 2026).

Dit veld is dus duidelijk in beweging na jaren van aarzelen-de resultaten. Telkens verschijnen er nieuwe aankondigingen, zoals Leqembi Iqlik dat toediening via baxter vervangt door een eenvoudige injectie en deze goedgekeurd werd in de Verenigde Staten (Baraniuk, 2026). Deze doorbraken leiden nog niet tot de verhoopte medicijnen, maar zijn wel belangrijk om meer middelen beschikbaar te maken voor verder onderzoek. Dat is biomedisch onderzoek en valt daarom buiten de focus van deze kennisagenda.

Biomarkers

De zoektocht naar werkende medicijnen worden bemoeilijkt doordat proefpersonen al een vermoeden van of diagnose van dementie hebben en er daarom al veel schade in de hersenen is. We weten dat dementie een proces ‘in slow motion’ is en al wel vijftien tot twintig jaar voor de eerste klinische signalen vervuiling in de hersenen plaatsvindt, met name de tau-kluwens en de amyloïde plaques. Die diagnose in de pre-klinische fase, de vroegdiagnose¹, kon alleen via een ruggenprik of een amyloïde PET-scan.

Er doen zich momenteel wel snelle ontwikkelingen voor in de ontwikkeling en toepassingen van bloedtesten om de aanwezigheid van tau op te sporen, waardoor dit veel eenvoudiger, sneller en goedkoper kan. De testen zijn door Europa goedgekeurd en commercieel via internet al een tijdje beschikbaar. Deze testen worden (voorlopig?) niet terugbetaald maar zijn niet erg duur.

De bloedtesten werken met twee grenzen. Als er minder tau-eiwit (met name pTau217) in het bloed aanwezig is dan de ondergrens, is er zeer waarschijnlijk geen sprake van de ziekte van Alzheimer. Ligt dit waarde boven de bovengrens, is het wel waarschijnlijk. Maar er is dus een grote grijze tussenzone waar de test voorlopig geen uitsluitel geeft.

¹ In Nederland wordt de term vroegdiagnose gebruikt om naar diagnose of onderzoek in deze pre-klinische fase te verwijzen via bijvoorbeeld biomarkers, en tijdige diagnose om te verwijzen naar snelle diagnose bij begin van de klinische fase, bij geheugenklachten of gedragswijzigingen. Internationaal wordt dat ‘early diagnosis’ en ‘timely diagnosis’. We sluiten ons hierbij aan.

Artsen volgen deze snelle ontwikkelingen onder meer in de context van de Belgian Dementia Council (BeDeCo) en bereiden zich voor hoe dit in te bedden in de klinische praktijk (Van Langenhove et al., 2026).

Internationaal wordt er gewaarschuwd voor onbedoelde consequenties indien deze testen volop in gebruik komen (Whitson et al., 2026). Ook de Nederlandse Gezondheidsraad is erg terughoudend (2025).

Zo is er kans op overdiagnose door de zogenaamde vals-positieven. Ook de ongelijke toegang tot vervolgstappen en de mogelijke onjuiste interpretatie van de resultaten worden genoemd. Aanvullend is het de vraag hoe burgers in Vlaanderen met dergelijke ‘kans’-diagnoses willen omgaan. Wie zou zo’n test willen? Hoe kunnen de kansresultaten eenduidig gecommuniceerd worden, bijvoorbeeld om angst te vermijden? Welke informatie kunnen artsen en andere zorgprofessionals (bv. verpleegkundigen in woonzorgcentra) geven aan hun patiënten of mantelzorgers?

Met de snelle ontwikkeling van biomarkers uit bloedstalen zijn wellicht andere biomedische onderzoekstrajecten naar andere indicatoren (analyse van traanvocht, analyse van wandelpatronen, analyse van taalgebruik, verlies van reukvermogen, ...) overbodig geworden.

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Kunnen we de gezondheidswinst inzake dementie voor Vlaanderen in beeld brengen, om de primaire preventie verder vorm te geven?*
- *Kunnen we in beeld brengen welke secundaire preventie mogelijk is, eens er niet-pluis gevoel, MCI of zelfs al een diagnose van dementie is?*
- *Hoe kunnen we ook via dat exposoom het risico op dementie verkleinen, door als samenleving daaraan te werken?*
- *Kunnen we mogelijke maatschappelijke winst van preventie, van promotie van een hersengezonde leefstijl, in beeld brengen, vergelijkbaar met de oefening van onze Duitse collega’s (Blotenberg et al., 2023)?*
- *Hoe kunnen we het gebruik van biomarkers en de onzekerheidsmarges die er nu nog zijn, afstemmen op de wensen en verwachtingen van burgers? Wat zijn daar aandachtspunten bij, bijvoorbeeld rond opvang van burgers na het bekomen van de resultaten?*



Kwaliteit van dementiezorg

Heel onze werking als Expertisecentra Dementie en van de vele Vlaamse zorgvoorzieningen en het Vlaamse beleid is gericht op het organiseren van kwaliteit van dementiezorg. Onze vormingen zijn daarop gericht, ons geactualiseerd referentiekader (Vanderniepen et al., 2026) is daarop gericht, deze kennisagenda is daarop gericht.

Dementie > ziekte van Alzheimer

Dementie is veel meer dan de ziekte van Alzheimer. Er zijn vele ziektes die aanleiding geven tot dementie, waarvan de ziekte van Alzheimer wel de bekendste en de meest voorkomende is, zo'n 60% tot 70%. Maar er zijn andere soorten dementie zoals vasculaire of frontotemporale dementie. Toch wordt in vormingen of publicaties weinig onderscheid gemaakt tussen deze verschillende soorten dementie, waardoor veel informatie over bijvoorbeeld verwacht ziekteproces of het organiseren van de vereiste dementiezorg veralgemeend geformuleerd wordt.

In verschillende van onze focusgroepen werd met de nodige aandring gevraagd naar meer gedifferentieerde informatie die specifiek rekening houdt met de verschillen tussen vormen van dementie. Noem het een ziektegerichte benadering, analoog en aanvullend aan de persoonsgerichte benadering. Dit begint bij een juiste benaming van de diagnose in het medisch dossier, kennisdeling over mogelijke symptomen die hiermee gepaard gaan, om van daaruit te komen tot een uitgebreide formulering van mogelijkheden voor ziekte- en persoonsgerichte benadering.

Ook ontstaat er steeds meer behoefte aan inzichten in verschillende vormen van dementie bij personen met een verstandelijke beperking, zoals het syndroom van Down. Door betere zorg stijgt hun levensverwachting, maar daarmee ook het risico op comorbiditeit en het ontwikkelen van een vorm van dementie, soms al op relatief jonge leeftijd. Alleen al de diagnose daarvan is complex, de zorg des te meer.

Steden ≠ landelijk gebied

Veel zorgvoorzieningen zijn geconcentreerd in stedelijk gebied, terwijl Vlaanderen best ook wel wat landelijke gebieden kent. Dat blijkt snel als je naar een kaart van de bevolkingsdichtheid kijkt. Wallonië kent nog meer gebieden met lage bevolkingsdichtheid dan Vlaanderen. Het Vlaamse Gewest heeft gemiddeld 506 bewoners per km². Het Waalse Gewest slechts 220 per km². In Wallonië is de uitdaging om dementiezorg fysieke nabijheid te maken dus significant groter.

Die situatie wordt nog complexer als je er de ongelijke verdeling van de [Mobiscore](#) bijneemt. Net daar waar er lage bevolkingsdichtheid is, liggen ook de Mobiscores lager en zijn er minder voorzieningen aanwezig. Het verschil tussen dicht- en dunbevolkte gebieden in combinatie met dementie(zorg), is een bron van sociale ongelijkheid (Kay et al., 2026). In de gemeente Voeren sluit bijvoorbeeld het enige woonzorgcentrum begin 2027 door beperkte vraag (kleine bevolking) en grote structurele kosten. Zorgbehoevende ouderen moeten nu uitwijken naar Franstalig België of de grensregio's van Nederland of Duitsland, of verhuizen naar woonzorgcentra op grotere afstand van hun naasten.

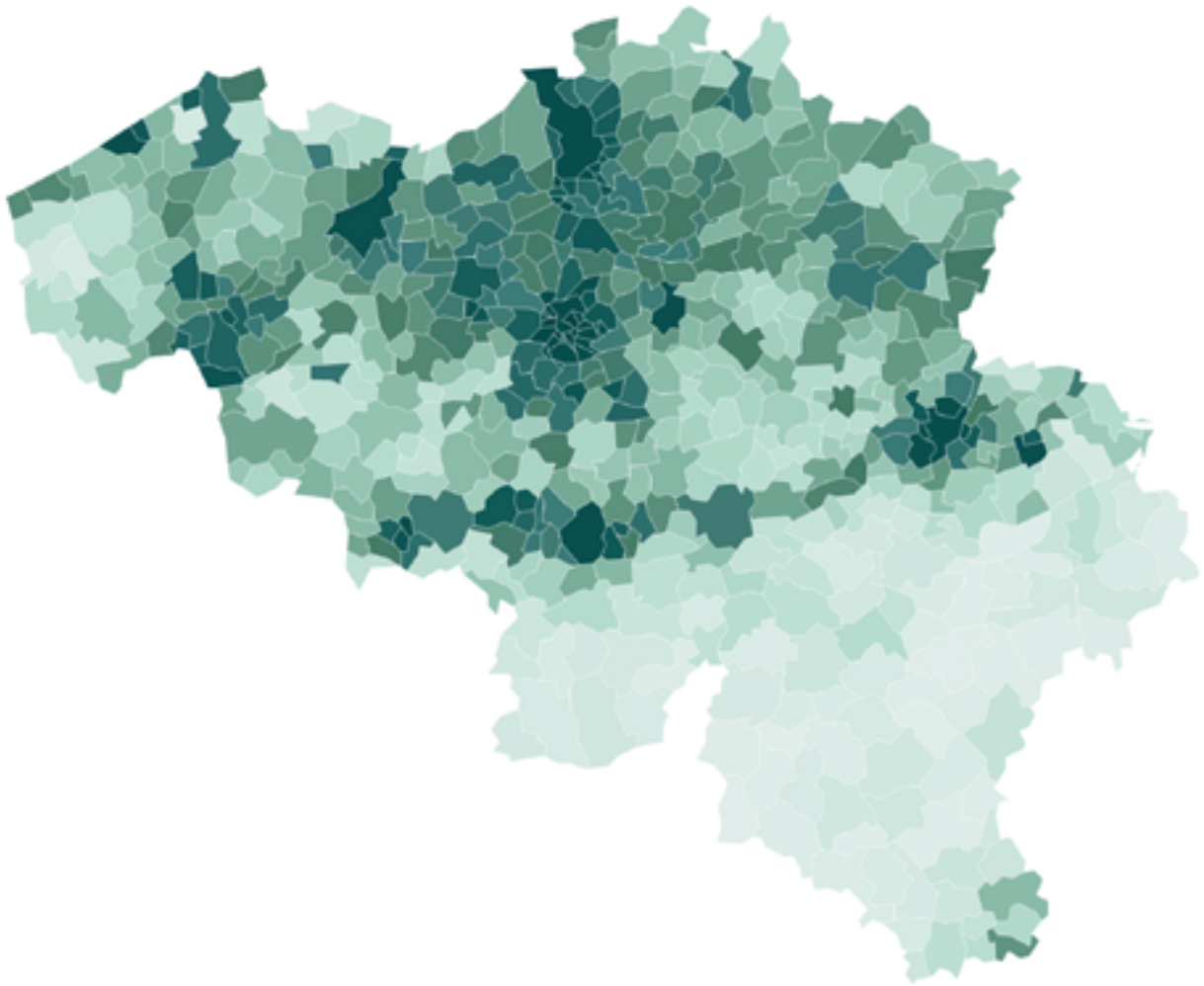
Bovendien zijn er aanwijzingen dat het risico op dementie hoger ligt in landelijke gebieden en nog hoger voor personen die daar vanaf jonge leeftijd opgroeien (Russ et al., 2012; Walesby et al., 2023).

Er is helaas ook onderzoek dat aangeeft dat naast verschil in bereikbaarheid en omvang van het zorgaanbod, ook de kwaliteit verschillend is tussen stedelijke en landelijke gebieden (Arsenault-Lapierre et al., 2023). Zou dit ook zo zijn in Vlaanderen?

Bevolkingsdichtheid

Inwoners/km²

20 500 23,500



Map: Jan Steyaert • data Statbel • Created with Datawrapper

Zorginspectie

De zorginspectie is een belangrijke actor in het bewaken van de kwaliteit in zorgvoorzieningen in Vlaanderen en Brussel. Aangekondigd en onaangekondigd brengen ze een bezoek om uiteenlopende aspecten van kwaliteit te checken. Bezoeken kunnen gewoon ‘in de planning’ staan maar ook geïnspireerd zijn door signalen die burgers doorgeven aan de woonzorglijn, of berichten in de media. De verslagen van hun bezoeken staan online en kunnen door iedereen ingekeken worden. Op basis van hun werk maken ze ook beleidsrapporten. Zo publiceerde ze in 2025 nog een rapport over de [warmteactieplannen](#) in woonzorgcentra.

De werking van de zorginspectie heeft invloed op zorgvoorzieningen, niemand wil een ‘slecht rapport’ of op de lijst organisaties onder verhoogd toezicht terecht komen. Niet alleen kunnen daar sancties op volgen zoals het intrekken van de erkenning (en bijhorende financiering), die lijst is ook voor iedere burger via internet eenvoudig te raadplegen. Families die bijvoorbeeld een woonzorgcentrum zoeken, kunnen daarmee rekening houden.

In onze focusgroepen werd meerdere keren gesignaleerd dat bij bezoeken de Zorginspectie zich erg laat leiden door de standaard vereisten en meetbare indicatoren. Dat is ook terug te zien bij het lezen van hun verslagen. Daar is niets mis mee. Toch wordt de vraag gesteld of deze werking van de zorginspectie kan verruimd worden naar de minder meetbare aspecten van kwaliteit, zoals de aanwezigheid van persoonsgerichte zorg (Hoffmann-Hoffrichter et al., 2026). Het momenteel lopende [project om de kwaliteit van leven](#) in woonzorgcentra in beeld te brengen via observaties van bewoners (met en zonder dementie) kan hiervoor een bron van inspiratie zijn.

Immers, “Not everything that can be counted counts... and not everything that counts can be counted”. Ook wel benoemd als een doeltreffendheidsparadox: door verantwoording zou de uitvoering meer gericht moeten worden op de gestelde doelen. Maar de gemeten doelen gaan de werkelijke doelen verdringen: organisaties gaan produceren wat gemeten wordt, en niet meer wat er werkelijk toe doet. “Dit probleem is ook wel bekend als het mechanisme van de Russische spijkerfabriek; was de prestatie-afspraken geformuleerd in kilogrammen, dan werden grote en zware spijkers gefabriceerd; werd de opdracht gesteld in termen van aantallen spijkers, dan werden voornamelijk kleine spijkers vervaardigd; werd de opdracht geformuleerd in

een bepaalde bruto-opbrengst, dan was de tendens om vooral duurdere soorten te maken” (Tops, 2003).

Bureaucratie

Elke sector heeft de nodige *administratie* nodig om processen te plannen en kwaliteit te monitoren. Administratie kan echter ook *bureaucratie* worden, als er te veel informatie wordt verzameld zonder dat dit bijdraagt aan de nodige planning (bv. inzet personeel) of de gewenste kwaliteit. En bureaucratie is een ‘hongerig verschijnsel’, het is als Rupsje Nooitgenoeg steeds op zoek naar meer data, naar meer formulieren, naar meer indicatoren.

Bureaucratie vreet arbeidstijd in een context waar al een groot tekort aan personeel bestaat. Goede zorg begint met aanwezig zorgpersoneel, niet met zorgpersoneel dat zich niet van beeldschermen of formulieren kan wettrekken.

En dan wordt er dikwijls in eerste instantie naar de overheid gekeken als veroorzaker van bureaucratie. Zo schreef bijvoorbeeld Johan Staes, toen nog gedelegeerd bestuurder van VLOZO: “De overheid staat erbij en ze kijkt ernaar, terwijl de brede ouderenzorg in beweging moet komen. Daarom beste overheid, geef de ouderenzorg perspectief en ruimte om ondernemend te kunnen zijn. Stop het micromanagement en de administratieve regelnevel.” (Staes, 2024). Maar net zo goed ontstaat bureaucratie binnen de eigen organisatie, bijvoorbeeld om data achter de hand te hebben voor als er eens iets fout gaat.

Bureaucratie doet echter meer dan arbeidstijd wegtrekken bij de zorg. Het is ook onderdeel van een cultuur die wantrouwen als uitgangspunt heeft. Het heeft zo een negatieve invloed op de arbeidsvreugde en de waardigheid van betrokkenen (Tummers et al., 2013; Tummers et al., 2016).

In Nederland organiseerde Vilans de campagne ‘[\[Ont\] Regel de Langdurige Zorg](#)’ om administratieve lasten en regeldruk in zorgorganisaties te verminderen. Zorgmedewerkers zouden er inschatten dat ze tot 30% van hun tijd met administratie bezig zijn. Dit lijkt bovendien nog toe te nemen. Vandaar de campagne. Onderdeel is een [\[Ont\] Regel Startersbox](#) om bureaucratie in eigen organisatie te signaleren, er is een Training OntregelLab, er zijn themabijeenkomsten, nieuwsbrieven en er is ‘de paarse kaart, geïnspireerd op de ‘paarse krokodil’, een [hilarisch reclamefilmje](#) van verzekeraar OHRA uit 2004.

Overigens is administratie en bureaucratie niet beperkt tot de formele zorg, ook mantelzorgers hebben er mee te maken. Daarom dat bijvoorbeeld het actieplan van juni 2026 van minister Vandenbroucke inzet op vereenvoudiging van

onder meer aanvraag en verlenging van de erkenning als mantelzorger en het daarbij horende sociaal voordeel, en de flexibilisering van het mantelzorgverlof.

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Hoe kunnen we in de Vlaamse dementiezorg nog meer rekening houden met de verschillende vormen van dementie en de daardoor gedifferentieerde zorgbehoeften van zowel patiënten als hun mantelzorgers?*
- *Hoe kunnen we dementiezorg organiseren zonder dat een lage bevolkingsdichtheid de toegankelijkheid en de kwaliteit daarvan bemoeilijkt?*
- *Hoe kan de Vlaamse zorginspectie een rol spelen als ambassadeur van persoonsgerichte zorg in woonzorgcentra en thuiszorg, zodat niet indicatoren het vertrekpunt vormen, maar de onderliggende visie op wat kwalitatief goede menswaardige en passende zorg is? Hoe kan dat doorgetrokken worden naar het federaal niveau en ziekenhuizen?*
- *Hoe kunnen we in de Vlaamse dementiezorg een gezonde balans organiseren tussen de zinvolle administratie en overbodige bureaucratie? En dit zowel voor zorgvoorzieningen, zorgmedewerkers als mantelzorgers.*
- *Hoe kunnen we in Vlaanderen tot een betere en tijdigere herkenning komen van dementie bij personen met een verstandelijke beperking? Hoe organiseren we betere samenwerking tussen dementiezorg en de sector van personen met een verstandelijke beperking?*



Het zorgtraject

Tijdige diagnose¹

Mensen met dementie moeten lang wachten op zekerheid. Uit grootschalig internationaal onderzoek blijkt dat het stellen van een dementiediagnose gemiddeld maar liefst 3,5 jaar duurt vanaf het moment dat de eerste symptomen optreden (Kusoro et al., 2025). Voor dementie op jonge leeftijd is dat nog langer omdat eerst gedacht wordt aan bv. een burn-out of depressie. Ook een diagnose bij frontotemporale dementie neemt meer tijd in beslag. We hebben geen reden om aan te nemen dat de situatie in Vlaanderen heel anders is.

Er zijn verschillende oorzaken voor vertraagde diagnose, er moeten immers wel wat stappen gezet worden. De persoon met dementie heeft misschien niet altijd ziekte-inzicht (anosognosie) of laat het liever onbenoemd. Dat kan onderdeel zijn van een impliciet proces van rouwverwerking (Milby et al., 2017). Eerste niet-pluis signalen kunnen door hen of hun mantelzorgers ook gezien worden als normaal aspect van een verouderingsproces. Wellicht speelt bij de persoon met dementie, zijn mantelzorgers en de huisarts ook een ‘therapeutisch nihilisme’ mee, er kan immers (voorlopig?) toch geen werkend medicijn voorgeschreven worden. Ook het nog bestaande stigma rond dementie kan voor vertraging zorgen. In sommige culturen heerst er een taboe op dementie, soms bestaat er zelfs geen woord voor.

Een vertraagde diagnose leidt tot zorgmijding. Zo blijven kansen liggen om ‘een naam’ te hebben voor de situatie en bewust vooruit te kijken naar wat in de toekomst nodig kan zijn, de zogenaamde zorgdiagnose (in tegenstelling tot de ziektediagnose).

¹ In Nederland wordt de term vroegdiagnose gebruikt om naar diagnose of onderzoek in deze pre-klinische fase te verwijzen via bijvoorbeeld biomarkers, en tijdige diagnose om te verwijzen naar snelle diagnose bij begin van de klinische fase, bij geheugenklachten of gedragswijzigingen. Internationaal wordt dat ‘early diagnosis’ en ‘timely diagnosis’. We sluiten ons hierbij aan.

Een diagnose moet ook aanleiding zijn om te starten met vroegtijdige zorgplanning. Of dat ten minste aan te bieden, de patiënt heeft immers het volste recht die gesprekken niet op te starten. Een formele diagnose opstarten kan ook leiden tot het vinden van een andere medische oorzaak (bv. combinatie van medicijnen), die wel behandeld kan worden.

Het door Stopalzheimer goedgekeurde project *Kleine signalen, grote winst* van Arteveldehogeschool maakt alvast een start met het thema tijdige diagnose. Het project zet in op het herkennen, bespreekbaar maken en gepast opvolgen van vroege signalen van cognitieve achteruitgang bij thuiswonende ouderen.

Het gaat natuurlijk verder dan signalen herkennen. Ook communicatie van diagnose verdient aandacht. Nederlands onderzoek analyseerde gesprekken tussen arts en patiënten bij aanvang van het diagnoseproces en bij mededeling van de resultaten (Visser et al., 2019). Daar werden best wel veel verbeterpunten benoemd. Een vergelijkbaar onderzoek in Vlaanderen kan nuttig zijn. Hier kan ook bekeken worden of en hoe de communicatie moet/kan afgestemd worden op de verschillende vormen van dementie.

De momenteel gebruikte instrumenten voor diagnose doen erg beroep op taal- en cognitieve vaardigheden. Daardoor zijn ze minder geschikt voor personen met een lagere opleiding of minder taalvaardigheid, en dat maakt ze meteen ook minder cultuursensitief.

Zorgpad

Tijdens de focusgroepen hebben we verschillende keren uitspraken gehoord zoals “In het ziekenhuis kreeg ik zelf een diagnose, en dan stond ik twee minuten later al op de gang.” Soms werden die uitspraken tegengesproken door anderen die een betere ervaring hadden met post-diagnostische begeleiding, maar niet heel dikwijls. Bij de deel-

nemers van de verschillende focusgroepen overheerste de indruk dat het traject vóór en na diagnose erg afhankelijk is van de regio en het zorgteam waar je terecht komt, maar doorheen Vlaanderen erg divers en brokkelig is.

Op een recente bijeenkomst van North Sea Dementia Group presenteerden deelnemers uit Duitsland en Nederland hoe bij hen geïntegreerde zorgpaden, casemanagement en dementienetwerken samenkomen om vroegtijdige hulp en begeleiding mogelijk te maken. Nederland heeft de [Zorgstandaard Dementie](#), met een beschrijving van het traject tussen niet-pluis gevoel en levenseinde, inclusief aanbevelingen en indicatoren voor optimale dementiezorg en aandacht voor de samenwerking/wisselwerking tussen gezondheidszorg en sociale zorg.

In Vlaanderen verwijzen we ook steeds naar het zorgpad dat opgesteld is door onze Limburgse collega's van Expertisecentrum Dementie Contact en door andere collega's overgenomen is. Het geeft duidelijkheid over de stappen die gezet moeten/kunnen worden, ook hier vanaf het niet-pluis-gevoel tot het levenseinde. Of zelfs al voor dat

niet-pluis-gevoel door al werk te maken van vroegtijdige zorgplanning en preventie. Het zorgpad beschrijft de volgorde van hulpverlening voor mensen met dementie en de signalen wanneer extra/andere hulp in te schakelen. Het doel is om richting te geven, aan te sporen tot hulp en samenwerking tussen zorgmedewerkers te bevorderen.

In Nederland wordt gewerkt met casemanagers die de persoon met dementie en zijn mantelzorgers doorheen heel het traject begeleid, als een soort reisbegeleider. Er is daar ook onderzoek beschikbaar dat aangeeft dat inzet van casemanagers kosteneffectief is (Nouws, 2023; pwc, 2024). Ook in Vlaanderen liep al een onderzoek naar casemanagers/dementiecoaches, onder meer naar de thuisbegeleiding die Familiezorg West-Vlaanderen organiseert. Belangrijke les daaruit is dat het krachtig werkt als het gaat om langdurige ondersteuning door eenzelfde persoon, die competent is op vlak van dementie, goed zicht heeft op het hulpverleningslandschap en die op een laagdrempelige manier bereikbaar is. In de eerstelijnszone Leuven loopt een experiment met 'dementierangers'. Die zijn vergelijkbaar met de casemanagers/dementiecoaches, maar dit initiatief werkt met vrijwilligers.

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Hoe zorgen we dat bij vermoeden van dementie sneller een diagnose gesteld wordt en het post-diagnostisch zorgtraject opgestart wordt, ook voordat er overduidelijke zorgbehoefte is? Moeten en kunnen we daar onderscheid maken tussen soorten dementie?*
- *Hoe kan de diagnose (en de communicatie daarvan) rekening houden met verschillen in sociaal-economische situatie en taalvaardigheid?*
- *Hoe kunnen we zorgen dat er een eenduidig zorgpad beschikbaar is doorheen heel Vlaanderen, waar nodig afgestemd op de lokale situatie?*
- *Hoe verbeteren we (onderdelen van) het zorgtraject voor personen met dementie en hun mantelzorgers? En hoe kunnen we dit uniformiseren in heel Vlaanderen, zodat het zorgtraject dat zij krijgen niet afhankelijk is van toevallige factoren zoals locatie?*
- *Hoe kunnen pijn, benauwdheid, angst en delier bij gevorderde dementie beter herkend en behandeld worden?*
- ✓ *Hoe vaak komen depressie, angst en traumagerelateerde klachten voor bij personen met dementie en mantelzorgers?*
- *Hoe vaak komt potentieel ongeschikte of overbodige medicatie voor bij personen met dementie? Welke interventies helpen om medicatie veilig af te bouwen? Hoe kunnen personen met dementie en mantelzorgers betrokken worden bij medicatiebeslissingen?*
- *Kan de Nederlandse Zorgstandaard Dementie 'vertaald' worden naar Vlaanderen als aanvulling op onze referentiekaders (Dely et al., 2018; Vanderniepen et al., 2026)?*

Een warme samenleving

Maatschappelijke beeldvorming

Al vijftien jaar vragen we als Expertisecentra Dementie aandacht voor de maatschappelijke beeldvorming rond dementie. De analyse van ‘frames’ en ‘counterframes’ die Baldwin van Gorp toen uitwerkte (Van Gorp & Vercruysse, 2011, 2012) inspireerden de campagne ‘[Vergeet dementie, onthou mens](#)’ en blijft dat doen. Ook programma’s zoals Restaurant Misverstand of films over dementie (bv. The father) dragen bij aan genuanceerde beeldvorming.

Toch blijft er in de Vlaamse nieuwsmedia en op sociale media regelmatig erg negatief geschreven over dementie. De Vlaamse nieuwsmedia zijn ook erg negatief in het publiceren van berichten over dementiezorg, met name als het gaat over woonzorgcentra. De kwaliteit die er in de praktijk is, wordt bedolven onder situaties zoals een interimkracht die respectloze foto’s maakt of een bewoner die tijdelijk vermist is. Natuurlijk verdienen die situaties aandacht en moeten ze vermeden worden, maar door alleen daar op in te zoomen ontstaat een vertekend beeld. Zoals de Britse journaliste Nicci Gerard (deel van het bekende thriller-duo Nicci French) in een interview zei: “this adds insult to injury”.

Die beeldvorming is niet zonder consequenties. Recent Nederlands onderzoek naar de toename van sterfgevallen door euthanasie (algemeen, niet specifiek door dementie), van zo’n tweeduizend aan het begin van de eeuw naar zo’n tienduizend per jaar nu. Als oorzaken van die stijging wordt verwezen naar de vergrijzing van de bevolking en het mondiger worden van patiënten (van Wijgaarden & et al., 2026). Maar ook naar de angst onder de bevolking voor tekortschietende zorg. Deels zit die angst er door berichten over bezuinigingen en personeelstekort in de ouderenzorg, deels ook in de te negatieve maatschappelijke beeldvorming.

Ook taalgebruik doet er toe. Een persoon met dementie is geen ‘demente’, net zoals een persoon met kanker geen kanker is. Men wordt opgenomen en ligt (vaak letterlijk) in een ziekenhuis, maar men verhuist naar en woont in een woonzorgcentrum. Dat wordt de thuis voor bewoners. De woorden die we gebruiken hebben een betekenis (denotatie), maar ook een connotatie of gevoelswaarde die impliciet wordt meegegeven. Daar wordt zelden bij stilgestaan, maar communicatief zijn beide aspecten belangrijk. Ook de beelden die we bij berichten plaatsen, bijvoorbeeld op sociale media of in nieuwsmedia, dragen bij tot die beeldvorming. Daarom dat we via [Onthou mens, vergeet dementie](#), foto’s beschikbaar stellen die bijdragen aan genuanceerde beeldvorming.

Die communicatie heeft overigens niet alleen effect op personen met dementie en hun mantelzorgers, maar ook op zorgmedewerkers. Recent Nederlands onderzoek bekeek hoe zorgmedewerkers omgaan met onmacht en tragiek en hoe een narratieve benadering kan bijdragen aan humanisering van zorg (de Lange, 2024).

Mantelzorg

Mantelzorg is een belangrijke component van een zorgzame samenleving, van de omkadering van elke persoon met een zorgbehoefte. De term werd gelanceerd in 1972 door de Nederlandse arts [Hattinga-Verschure](#) en wordt sindsdien veel gebruikt. Er is veel mantelzorg, al wordt die niet altijd als zodanig herkend door wie erbij betrokken is. Zorg voor je naasten geef je immers ‘automatisch’, het zijn uitzonderingen waarin je de naaste familieleden niet helpt. Beleidsmakers gebruiken het begrip vlotter, wellicht zijn er weinig discussies over zorg waar de term niet gehanteerd wordt. Toenmalig minister Jo Vandeuren was volgens ons internationaal gezien de eerste die mantelzorg tot focus van een specifiek beleidsplan maakte, opgevolgd door een geactualiseerde versie door minister Wouter Beke.

Mantelzorg is er ‘automatisch’ maar dat wil niet zeggen dat het altijd lang vol te houden is. In Nederland benoemt men dat als ‘volhoudtijd’, een beladen woord, maar het dekt wel de inhoud (Kraijo, 2016). Het wegebben van veerkracht van de mantelzorgers is dikwijls één van de redenen om verhuis naar een woonzorgcentrum te organiseren. Daarom worden initiatieven genomen om mantelzorgers te ondersteunen, zoals [Dementie en nU](#) in Vlaanderen, of [Partner in balans](#) in Nederland. [Dementie en nU](#) werd ontwikkeld op inspiratie van het werk van Marry Mittelman uit New York, die de effectiviteit van haar psycho-educatie ook onderwerp maakte van onderzoek. Daaruit bleek dat ondersteuning van mantelzorgers de verhuis naar residentiële zorg met 18 maanden kon uitstellen, met behoud van kwaliteit van leven thuis.

[Dementie en nU](#) werd na ontwikkeling in 2012 onderzocht door onderzoekers van KU Leuven, en waar nodig aangepast. Nadien volgde nog een grondige aanpassing door onze collega’s van Expertisecentrum Dementie Orion om de taal toegankelijker te maken en de inhoud cultuursensitiever te maken. Nieuw onderzoek naar hoe [Dementie en nU](#) nog sterker te maken (bv. door vergelijking met buitenlandse vergelijkbare initiatieven) en ruimer beschikbaar te stellen aan mantelzorgers kan de resultaten verder versterken. Hier kan ook behoefte zijn of differentiatie in het aanbod wenselijk en haalbaar zijn, bijvoorbeeld naar jonge mantelzorgers, of onderscheid naar verschillende soorten van dementie. Frontotemporale dementie heeft bijvoorbeeld een heel andere verschijningsvorm dan de ziekte van Alzheimer.

Ook triadisch werken kan de veerkracht van mantelzorgers versterken en de samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers optimaliseren. We verwijzen daarvoor dikwijls naar het SOFA-model (Vanderniepen et al., 2026) dat de verschillende mogelijke rollen van mantelzorgers benoemt.

Tenzij expliciet niet gepast, hanteren wij steeds de term mantelzorgers, meervoud. Mantelzorg is immers zorg waarbij meestal meerdere personen betrokken zijn, zoals (ex-)partner, kinderen, andere familieleden of personen waarmee een sterke vriendschapsband bestond. De hoge aaibaarheid van het begrip mantelzorg mag echter niet verdoezelen dat mantelzorgers niet altijd even enthousiast zijn om in te springen (hoeveel bewoners van woonzorgcentra krijgen eigenlijk hoeveel bezoek?) en ook niet altijd op dezelfde lijn zitten. Een [onderzoek van een Amerikaanse zorgvoorziening](#) gaf aan dat wel 2/3^{de} van de man-

telzorgers onderling enige vorm van onenigheid kreeg, dikwijls over de financiële consequenties van zorg en de ongelijke verdeling van de mantelzorg. Ze omschrijven het als “love stretched thin”. De situatie in de Verenigde Staten kan natuurlijk heel anders zijn in Vlaanderen, maar het is wel een aandachtspunt.

Want wat als een oudere dementie krijgt en twee van de drie kinderen verhuis naar een woonzorgcentrum nodig vinden, maar het derde kind zich daar halsstarrig tegen blijft verzetten? Welke invloed hebben echtscheidingen en nieuwe relatievorming eens later mantelzorg nodig is? Het traditioneel model van een kerngezin bestaande uit “vader, moeder, kind(eren), stabiel en harmonieus” (Nelis, 2026, p. 43) staat immers onder druk. Al enkele decennia ontstaat er een diversiteit aan gezinsvormen. Dat heeft impact op de hoeveelheid en kwaliteit van beschikbare mantelzorg. En hoe ervaart de persoon met dementie de mantelzorg? Is die altijd beter af met de mantelzorg die gegeven wordt? Die mogelijks minder optimale samenwerking moffelen we graag weg, maar bestaat wel. Hoe daar mee om te gaan?

Daarnaast ervaren steeds meer woonzorgcentra dat ze door personeelsschaarste steeds meer beroep dienen te doen op de mantelzorgers voor bijvoorbeeld ziekenhuisbezoeken en andere ondersteuning. Echter geven ze ook aan dat wanneer ze de familieparticipatie trachten te verhogen in hun organisatie dit een zeer moeizaam proces is. Vaak zijn de mantelzorgers al ver over hun grenzen gegaan alvorens de persoon met dementie naar het woonzorgcentrum verhuisde. De mantelzorgers zoeken een nieuw evenwicht tussen zorgen voor zichzelf en zorgen voor hun naaste.

Naast mantelzorg mogen we natuurlijk de andere vormen van informele zorg niet vergeten, zoals burenhulp, zorgzame buurten of zorgvrijwilligers.

Een (te) warme samenleving

Deze update van onze kennisagenda werd geschreven in de zomer. En het was een warme zomer. Al eind juni hadden we te maken met een hittegolf met temperaturen die maar net onder de 40°C bleven. Nog nooit was het zo warm zo vroeg in het jaar. En anders dan de hittegolf van 1976 (18 dagen lang!) is dit geen eenmalige gebeurtenis, maar een zoveelste indicatie van een opwarmend Europa. “Het gematigde klimaat dat België lang kende, is structureel aan het opwarmen. We zullen onze levenswijze daaraan

moeten aanpassen.” stelde klimaatonderzoeker François Gemenne in Knack (1 juli 2026).

En dat deden we dus afgelopen zomer in allerlei sectoren. In scholen werden lesdagen geschrapt, het leerlingenvervoer in het buitengewoon onderwijs kwam tot stilstand, de NMBS schraptte een aantal treinen, festivals namen maatregelen, soms met vervroegde stopzetting van het programma (bv. Defqon.1 in Nederland). Ook burgers namen thuis maatregelen, zoals ventilators, zonwering aan de raam, pogingen om versneld een airco te laten installeren, vakanties waarin we verkoeling zoeken eerder dan de zon, ...

Er worden ook oplossingen op de wat langere termijn benoemd. “Europa is gebouwd voor het klimaat van gisteren” kopt De Standaard op 29 juni 2026. Architecten roepen op om toekomstige woningen hittebestendig te ontwerpen en te bouwen. “Eén boom is tien airco’s waard” kopt De Morgen een week later. Helaas zijn dat voorstellen die tijd nodig hebben, huizen en bomen staan er niet een-twee-drie.

Ook in dit thema speelt ongelijkheid een belangrijke rol. Burgers in zwakkere sociaaleconomische positie krijgen harder te maken met de gevolgen van de hitte. Ze hebben niet de financiële middelen voor een airco, wonen op een plek met meer verharding en minder groen, hun woning is slechter geïsoleerd waardoor de warmte snel binnen sijpelt, ...

Door de hittegolf in juni en de twee die er nog op volgden kregen we in de nieuwsmedia weer de term ‘oversterfte’ te zien, waar we sinds corona vertrouwd mee zijn. Sciensano berekende dat we in de zomer van 2026 meer dan 2.9340 extra overlijdens zagen. Tijdens de eerste hittegolf was de oversterfte 49% en maakt dat de hittegolf dodelijker dan corona. Het hoeft ons niet te verbazen dat door de hitte meer mensen sterven dan statistisch verwacht kan worden. Al jaren wordt er gewaarschuwd voor gezondheidsrisico’s van hitte. Enkele jaren geleden kwamen de redacteurs van de belangrijkste internationale medische tijdschriften al met een gezamenlijke oproep: “wealthy nations must do much more, much faster” (Atwoli et al., 2021). En op dat vlak doet België het nog niet erg goed. De New York Times schreef midden augustus 2026: “Belgium, known for cold and damp, not searing heat, had the highest excess deaths in Europe, making it a case study into what went wrong.”

Vanzelfsprekend blijft de impact van de hitte ook niet zonder effecten in de ouderenzorg en moeten we ons voorbereiden op alle volgende zomers. Een ijskarretje waar personeel in de zomer in een woonzorgcentrum mee rondrijdt en zo bewoners wat verkoeling en vochttopname geeft, is al lang geen uitzondering meer. Zonwering, een goed ventilatiesysteem en groen op de afdelingen kunnen helpen. Airco is daarentegen lang niet in alle woonzorgcentra aanwezig, en vaak beperkt tot de ruimtes voor onthaal/administratie/directie en een gemeenschappelijke ruimte, en minder in de individuele kamers. De Zorginspectie schreef hierover in 2025 een beleidsrapport, gericht op woonzorgcentra.

Met de hittegolven van zomer 2026 stelt de sector de vraag wie zal betalen voor verkoelende maatregelen. Is dit zorg, en betaalt de overheid? Of hoort dit bij de woon- en leefkosten waardoor het in de dagprijs opgenomen kan worden (maar de betaalbaarheid daarvan nog complexer maakt)? En omdat hittegolven nu eenmaal in de zomer plaatsvinden, is er in die periode misschien wel minder (vast) personeel door hun zomervakanties. Opvolging van vochttoediening en comfort wordt dan een uitdaging.

En de groter wordende groep van thuiswonende personen met dementie? Zij wonen wellicht ook in huizen die net als de meeste woonzorgcentra niet gebouwd zijn met het oog op hitte. Hebben zij zonwering, airco, wonen zij aan de rand van een groengebied of in een stedelijk hitte-eiland? Zijn gezinszorg en mantelzorgers voldoende gewapend om hen te behoeden voor de gevolgen van hitte, weten zij welke maatregelen helpen? De praktijk toont aan dat het soms in details zit, die opgemerkt moeten worden tijdens een huisbezoek, zoals [de airco die onbedoeld op verwarming staat](#) in plaats van verkoeling. Helaas worden huisbezoeken zeldzaam.

Alzheimer Liga Vlaanderen formuleerde alvast [eerste tips](#), het Departement Zorg van de Vlaamse overheid heeft een [warmteactieplan](#). Maar de steeds warmer en droger wordende zomers vragen wellicht om meer.

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Hoe kunnen we verder bouwen aan een genuanceerde beeldvorming van dementie en dementiezorg, zowel in de nieuwsmedia als in ons taalgebruik?*
- *Mantelzorgers zijn essentiële bouwsteen van ons zorglandschap, maar door demografische en sociale ontwikkelingen wordt het niet evident om daar nog kwantitatieve groei te verwachten. Hoe kunnen we inzetten op kwalitatieve groei, bv. via ondersteuning van veerkracht of betere samenwerking (triadisch werken)? Hoe kunnen we mantelzorg meer als een collectieve inspanning zien van alle betrokkenen, dan als iets van één individu?*
- *Hoe kunnen mantelzorgers bijdragen aan het haalbaar en duurzaam organiseren van persoonsgerichte zorg binnen zorgorganisaties, en welke voorwaarden zijn hiervoor nodig?*
- *Hoe maken we in Vlaanderen onze dementiezorg in woonzorgcentra, maar vooral in de thuissituatie, (nog beter) hittebestendig? Hoe kunnen we onze dementiezorg internationaal toonaangevend maken inzake opboksen tegen de opwarmende aarde, en spreken we tenminste in die sector de New York Times tegen?*

Opmerking: bij het afsluiten van dit manuscript werd bekend dat Minister Gennez een consultant de opdracht had gegeven twee jaar onderzoek te doen naar hittebeleid in de zorg. Volgende info die via de media beschikbaar was, lijkt het te gaan over zorg in ziekenhuizen en residentiële zorg zoals woonzorgcentra. Thuiswondende personen met dementie lijken uit beeld te blijven.



Langer thuis

Het is de wens van velen om zo lang mogelijk thuis te wonen, ook als de zorgbehoefte toeneemt. Thuis is immers de vertrouwde omgeving, zowel fysiek als sociaal. Langer thuis blijven zal ook meer en meer noodzaak worden, gelet op de (on)betalbaarheid van de eigen bijdrage in woonzorgcentra en de vaststelling dat daar de capaciteit niet even snel groeit als de toename van het aantal personen met dementie. Dat zorgt voor stevige uitdagingen om langer thuis wonen mogelijk te maken.

‘Tipping points’

Er zijn momenten waarop thuis blijven wonen, ondanks de toenemende zorgbehoefte, niet langer mogelijk is. Algemeen verwijzen we dan naar het verdwijnen van de veerkracht (of afwezigheid) van mantelzorgers, de verstoring van dag/nacht ritme en incontinentie. Op die drie thema's is afgelopen jaren in Vlaanderen het nodige onderzoek gedaan, zoals het project dat Stopalzheimer financierde bij HoGent.

Internationaal is er onderzoek dat aanvullende ‘tipping points’ identificeert, zoals veranderd gedrag, het achteruit gaan van ‘activities of daily living’ en comorbiditeit. Interessant is dat er ook beschermende factoren benoemd worden, zoals deelname aan dagcentra en bezit van huisdieren (McGrath et al., 2021; Samsi et al., 2022). Een onderzoek naar beïnvloedbare ‘tipping points’ in Vlaanderen kan beleid en zorgpraktijk in staat stellen personen met dementie langer thuis te laten wonen.

Ergotherapie

Langer thuis wonen vraagt om een toegankelijke en veilige woonomgeving, zowel thuis als in de directe nabijheid. De nodige aanpassingen in de woning en hulpmiddelen en/of methodiekveranderingen, zoals beschreven in <http://www.hulpmiddelenbijdementie.be/> en de Toolbox voor dementie, kunnen een bijdrage leveren om dit waar te maken. We zien echter dat hulpmiddelen vaak laat ingezet worden (bv. het personenalarm dat al te dikwijls pas

gedragen wordt als er al eens een valpartij geweest is). Er is sprake van een zekere schroom, van terughoudendheid. Een hulpmiddel aanvaarden betekent immers ook de zorgbehoefte aanvaarden. En bij zichtbare hulpmiddelen komt daar nog eens een mogelijk stigmatiserend effect bij. Ergotherapeuten kunnen helpen die drempels te overwinnen en op maat advies geven. Dat vraagt niet alleen kennis van welke hulpmiddelen in welke situatie tot verhoging van kwaliteit van leven kunnen leiden, maar ook om inzicht in de sociaal-psychologische processen die personen en hun mantelzorgers doormaken bij het gebruiken van hulpmiddelen. Wellicht dat het concept “feeling rules” van de Amerikaanse socioloog Arlie Hochschild daarbij nuttig is (Hochschild, 1983).

In Nederland maakt het concept reablement opgang in de wereld van de ergotherapie. Het is afkomstig uit Scandinavië (Metzelthin et al., 2022; Rostgaard et al., 2023) en legt de focus niet op de beperkingen, maar op wat de persoon zelf nog kan. Het doel is om de zelfredzaamheid, zelfstandigheid en het gevoel van eigenwaarde zo lang mogelijk te behouden. Reablement vertrekt vanuit een eenvoudige vraag: “Hoe kunnen we ervoor zorgen dat deze persoon zoveel mogelijk zelf blijft doen?”. Ook legt het minder de focus op hulpmiddelen of woningaanpassingen, en meer op de steun die uit het netwerk rondom de persoon kan gemobiliseerd worden. Eigenlijk zijn dat altijd de uitgangspunten van ergotherapie geweest, maar in de publieke perceptie is hun werk verengt tot hulpmiddelen en woningaanpassingen.

In Vlaanderen wordt gewerkt aan een doctoraat over dit thema (Mike Jarrey, UGent en VUB). Dit concept is momenteel niet specifiek gericht op personen met dementie.

Technologie

Met de stijgende kosten en de krapte op de arbeidsmarkt wordt veel hoop gesteld in technologie, ruimer dan de bestaande hulpmiddelen en woningaanpassingen. Daarbij wordt dan gedacht aan domotica, slimme sensoren, inzet

van AI, ... Stopalzheimer heeft een onderzoek gefinancierd dat de stand van zaken moet opmaken en moet inschatten welke technologie 'rijp' genoeg is en kansen geeft om ruimer opgeschaald te worden in de sector van dementiezorg. Het gaat om Road to 2050 van Arteveldehogeschool. Onafhankelijk daarvan liep er in 2026 een project van de Koninklijke Vlaamse Academie van België voor wetenschappen en kunsten naar vergrijzing en technologie.

Bij het aanvaarden van zijn ambt als hoogleraar aan de Technische Universiteit Eindhoven zei Henk Herman Nap in zijn oratie dat "niet alleen de vraag centraal staat of technologie werkt, maar vooral voor wie, in welke context en onder welke voorwaarden zij daadwerkelijk van waarde is en hoe we deze waarde systematisch kunnen herkennen, ontwikkelen en borgen." (Nap, 2026) Het gaat niet alleen over tijdswinst of kostenbesparing.

Regelmatig zien we in een project van organisatie X, Y of Z technologie ingezet worden om de zorg te verbeteren. Dat haalt dan even het nieuws, maar te weinig wordt na afloop ook gecommuniceerd over de resultaten. Daardoor ontbreekt een overzicht van welke technologie goede resultaten gaf en opgeschaald zou moeten worden, en welke teleurstellende resultaten gaf. Daarin ligt ongetwijfeld ook een 'publication bias'.

We kunnen alleen maar jaloers zijn op de [databank digitale zorg](#) die Vilans in Nederland organiseert. Daarin vind je bijvoorbeeld informatie over de [stressherkenningsok](#) met beschrijving van hoe het werkt maar ook de nuancering en waarschuwing dat het niet werkt bij mensen die steunkousen moeten dragen.

Lokale dienstencentra

Vlaanderen kent meer dan 300 lokale dienstencentra die een laagdrempelige ontmoetingsplek vormen voor burgers, in de praktijk dikwijls oudere burgers. Die zijn in de jaren 70 ontstaan op inspiratie van de Scandinavische landen en Nederland. In 1977 krijgen ze een eerste wettelijke omkadering (D'Haene et al., 2006).

Lokale dienstencentra organiseren activiteiten om de zelfredzaamheid te vergroten en eenzaamheid tegen te gaan. Zomer 2026 keurde de Vlaamse Regering een conceptnota van minister Gennez goed om deze lokale dienstencentra verder te versterken en te laten doorgroeien tot knooppunten van geïntegreerde buurtgerichte zorg en ondersteuning. Zo zouden zorgmedewerkers zoals ergotherapeuten het lokaal dienstencentrum kunnen gebruiken als uitvals-

basis om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Om die wijzigingen aan te geven zou de naam wijzigen in 'Huizen van de buurt' en zullen ze de inzichten verzilveren uit de 100+ projecten van zorgzame buurten in de periode 2022 tot 2024 (Steurs et al., 2024).

Ze krijgen ook een rol op vlak van preventie en nauwe samenwerking tussen formele en informele actoren (triadisch werken!), en dat met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen. Daarbij wordt niet specifiek verwezen naar personen met dementie. Uit een bevraging van lokale dienstencentra in het kader van een masterproef (Verdick, 2024) bleek dat personen met vooral beginnende dementie en hun mantelzorgers wel de weg vinden naar lokale dienstencentra. Door een gebrek aan middelen, personeel en tijd kan men echter niet altijd organiseren wat wenselijk is voor deze doelgroep. Daardoor ontstaat terughoudendheid om echt in te zetten op een dementie-inclusief lokaal dienstencentrum. In de conceptnota wordt alvast benadrukt dat voor de hervorming "een versterking van de capaciteit van lokale dienstencentra noodzakelijk is".

Bij uitbreiding stelt zich ook de vraag hoe in de hervorming van de lokale dienstencentra een relatie gelegd kan worden met de inloophuizen of infopunten dementie die de afgelopen jaren op verschillende plaatsen ontstonden. Ook kunnen we verder kijken dan de zorgsector, en bijvoorbeeld kijken naar de huidige en mogelijke rol van lokale ouderenorganisaties zoals OKRA, S-Plus, Neos, ...

Nieuwe woon- en zorgvormen

Velen willen thuis oud worden en verhuis naar een woonzorgcentrum zo lang mogelijk uitstellen. Daarnaast komt er een nieuwe generatie ouderen aan die hoger opgeleid zijn dan de vorige generatie en kritischer (en kapitaalkrachtiger?) kijken naar het zorglandschap. Het zijn de babyboomers (Gillis, 2023). Vanuit die generatie klinkt regelmatig de roep (of verzuchting) naar alternatieve woonomgevingen. "Babyboomers willen graag zorg op maat die maximaal aansluit bij hun persoonlijke noden en wensen. Als je die keuzes naast het huidig aanbod in de Vlaamse ouderenzorg legt, dan wordt meteen duidelijk dat babyboomers op hun honger blijven zitten." (Staes, 2024). Ook de adviesraad ouderen van de Koning Boudewijnstichting is vragende partij: "Zo lang mogelijk thuis blijven wonen, met diverse vormen van zorg en ondersteuning, en als het moet na aanpassingen aan de woning: het is de wens van velen." (De Rynck et al., 2022).



Er ontstaan vanuit deze roep (of verzuchting) allerlei initiatieven naar die alternatieve woonomgevingen, zoals kan-goerowoningen en intergenerationele of intragenerationele co-housing (Van Gasse, 2024). Ook in onze buurlanden ontstaan initiatieven. Maar welke vorm kunnen alternatieve woonomgevingen krijgen in een context waarin geen middelen (en tijd) beschikbaar zijn om grootschalige bouwprojecten op te starten?

Alternatieve woonomgevingen zullen ook nooit in staat zijn de zorgbehoefte weg te nemen. Dus ook zorg moet zich aanpassen. Alleen een goed-werkende tandem tussen alternatieve woonomgevingen en zorg kan kwaliteit van leven, wonen en zorg garanderen (Lian Stouthard et al., 2026). Zo werkt Nederland vanuit hun Wet langdurige zorg (Wlz) met het zogenaamde modulair pakket thuis (mpt) en volledig pakket thuis (vpt), waardoor ook bij intensieve zorg een verblijf thuis het uitgangspunt blijft. Er wordt gewerkt aan een evaluatie en opvolger van deze werking. Wat kunnen we van deze en vergelijkbare werkvormen leren voor de Vlaamse dementiezorg?

Moeilijk hanteerbaar gedrag

Personen met dementie hebben regelmatig moeilijk hanteerbaar gedrag. “Roepen, tikken, dwalen, geen andere kledij willen aandoen, weigeren te eten, slaan, voorwerpen verzamelen, willen ‘ontsnappen’, ijsberen ... Het zijn maar enkele voorbeelden van gedrag dat bij veel mensen met dementie op een bepaald moment in het ziekteverloop voorkomt.” (Dely et al., 2018, p. 91). In ons referentiekader hebben we na interne discussie gekozen om de term moeilijk hanteerbaar gedrag te gebruiken. Anderen verkiezen de termen signaalgedrag of onbegrepen gedrag of veranderend gedrag.

Welke term ook gebruikt wordt, gemeenschappelijk is dat de persoon met dementie met dit gedrag iets communiceert, zoals angst, onbegrip met wat er in het hoofd gebeurt, pijn of onrust. En dat dit gedrag veroorzaakt kan worden door de aandoening, maar evengoed door de zorg en sociale interactie. “Veel moeilijk hanteerbaar gedrag is terug te voeren tot onvervulde behoeften.” (Vanderniepen et al., 2026, p 71).

Zorgmedewerkers en mantelzorgers moeten telkens een zoektocht starten om te kijken hoe het moeilijk hanteerbaar gedrag voor de persoon met dementie zelf en met zijn omgeving vermeden of opgevangen kan worden.

Deelnemers aan de focusgroepen deelden allemaal de ervaring dat lang niet alle zorgmedewerkers of mantelzorgers die zoektocht aangaan en uit onwennigheid of onwetendheid reageren op een manier die geen oplossing zoekt en niet past bij respect voor de waardigheid van de betrokkenen.

Een bijzondere (en tijdelijke) vorm van moeilijk hanteerbaar gedrag kan ontstaan als de persoon met dementie ook een delier krijgt, in een toestand van acute verwardheid terechtkomt (Houdelet-Oertel et al., 2026). Zowel het signaleren als het omgaan met delier zijn dan belangrijke aandachtspunten.

Ziekenhuis thuis

Personen met dementie gaan veelvuldig voor onderzoek of behandeling naar het ziekenhuis omwille van hun dementie of omwille van comorbiditeit. Dat gaat gepaard met stress, onzekerheid, ... Op basis van de vorige kennisagenda werd een project goedgekeurd bij hogeschool Odisee over het dementie-inclusief maken van de afdelingen geriatrie. Tijdens onze focusgroepen werd regelmatig verwezen naar ervaringen met ziekenhuizen, met als achterliggende vraag of die verplaatsing wel altijd nodig was, of die kon vermeden worden door de nodige zorg uit het ziekenhuis thuis te organiseren. En thuis kan binnen dit thema begrepen worden als thuis, maar ook als woonzorgcentrum. Het aantal 'transfers' dat personen met dementie en hun mantelzorgers meemaken, ervaren ze als veel te hoog.

In het buitenland wordt dan verwezen naar 'hospital at home' (Wang et al., 2026). In België werd al onderzoek gedaan door KCE naar thuishospitalisatie (Farfan-Portet et al., 2015), maar dat onderzoek is meer dan tien jaar oud. Wellicht geeft bijvoorbeeld de ontwikkeling van technologie en de zich ontwikkelende organisatie van ziekenhuizen nieuwe kansen.

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Welke beïnvloedbare 'tipping points' in Vlaanderen kunnen beleid en zorgpraktijk in staat stellen personen met dementie langer thuis te laten wonen?*
- *Hoe kunnen we de rol van ergotherapeuten in het ondersteunen van 'langer thuis' voor personen met dementie nog verder versterken?*
- *Hoe kan de ergotherapeut vanuit een reablementvisie personen met dementie en hun informele professionele zorgnetwerk ondersteunen om zelfstandigheid en participatie in het dagelijks leven te behouden?*
- *Op welke manier kunnen lokale dienstencentra/huizen van de buurt hun werking optimaal organiseren en openstellen voor personen met dementie en hun mantelzorgers?*
- *Hoe kunnen we zorgprofessionals en vooral mantelzorgers instrumenten geven om moeilijk hanteerbaar gedrag vroegtijdig te detecteren en om er beter mee om te gaan en te voorkomen dat het toeneemt?*
- *Hoe kunnen we 'ziekenhuis thuis' organiseren, zowel voor personen met dementie thuis als in woonzorgcentra?*

Residentiële zorg

Versterken van de rol van referentiepersonen (en referentierol in de thuiszorg)

Al talrijke jaren wordt er in de Vlaamse dementiezorg gewerkt met referentiepersonen dementie. Die hebben een basisdiploma als verpleegkundige, ergotherapeut of vergelijkbaar, en krijgen een aanvullende tiendaagse opleiding. In Vlaanderen wordt die georganiseerd door de Expertisecentra Dementie. Jaarlijks krijgen zo'n 150 deelnemers daar een getuigschrift voor. Ze hebben in vergelijking met hun collega's niet alleen meer kennis over dementie en dementiezorg, maar krijgen in de opleiding ook instrumenten mee om in hun organisatie te werken aan verandertrajecten. Ze zijn met andere woorden ambassadeurs van andere en betere dementiezorg, voornamelijk op basis van onze referentiekaders (Dely et al., 2018; Vanderniepen et al., 2026).

Waar referentiepersonen dementie hoofdzakelijk in woonzorgcentra werken, werd de laatste jaren ook werk gemaakt van een vergelijkbare referentierol in de thuiszorg. Het zijn belangrijke actoren in het versterken van de Vlaamse dementiezorg. Daarnaast zijn er ook referentiepersonen palliatieve zorg en vergelijkbare 'specialisten', waar mee samengewerkt wordt (of kan worden).

Kleinschalig in grote gebouwen

Op veel plaatsen wordt residentiële zorg geïnspireerd door het concept "kleinschalig genormaliseerd wonen" voor personen met dementie. Daarin zit de bouwsteen kleinschalig, leefgroepen van maximum tien bewoners. En anderzijds zit daar de bouwsteen genormaliseerd in, het leven zo normaal als mogelijk laten verlopen. Je woont in een woonzorgcentrum, het is geen hotel waar alles je uit handen genomen wordt. Dat betekent mee helpen in de keuken, mee gaan winkelen, ... en vertaalt zich ook in de

inrichting van binnen- en buitenruimte, met een focus op huiselijkheid (Mallentjer, 2021). Nederlands onderzoek heeft aangegeven dat het normaliseren de belangrijkste bouwsteen is, al is die haalbaarder als het ook kleinschalig georganiseerd wordt (Verbeek, 2011).

We zitten echter in een context van veel woonzorgcentra die ooit gebouwd werden volgens een 'ziekenhuismodel': lange gangen waar veel kamerdeuren op uitkomen, verpleegpost in het midden met zicht op de gangen en centrale ruimtes. Dat is infrastructuur die niet 1-2-3 kan vervangen worden door nieuwbouw, waar bovendien de budgetten niet voor beschikbaar zijn. Bovendien maakt ook krapte aan zorgpersoneel deel uit van die context, waardoor er beroep moet gedaan worden op interim-personeel of flexi-jobbers die de bewoners minder goed kennen. Hoe kunnen we dan toch optimaal dat genormaliseerde organiseren?

Overigens liggen er nog wel meer kansen in het onderzoeken welke architectonische aanpassingen aan de bestaande infrastructuur kunnen aangebracht worden om de kwaliteit van leven, wonen en zorg voor bewoners te verbeteren. Een recente Britse studie vond dat met relatief eenvoudige aanpassingen aan signalisatie, verlichting en rustplaatsen het rondwandelen van bewoners kon stimuleren, niet als dwaalgedrag, maar als fysiek actief en nieuwsgierig blijven (Bamber et al., 2026). Hun "Wayfind Tool" is gratis beschikbaar via de auteurs. Voor Vlaanderen is het al van 2012 geleden dat dergelijke mogelijkheden in kaart gebracht werden (Stroobants & Verhaest, 2012), behoudens het vanuit de praktijk geschreven boek over omgevingszorg (Van Acker, 2025).

Stopalzheimer financierde over dit thema recent het [DOMUS-DEM project](#) van Karel de Grote hogeschool en UAntwerpen.

Zinvolle dagbesteding

In een ziekenhuis liggen patiënten, de meeste tijd letterlijk. Ze revalideren van een medische behandeling of wachten op onderzoek/behandeling. In een woonzorgcentrum ligt de focus echter op leven en wonen, en pas nadien op zorg. Dat hebben we ook laten doorklinken in de titel van onze beide referentiekaders: “Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie” (Dely et al., 2018).

Onderdeel van kwaliteit van leven is zinvolle dagbesteding. Al te vaak wordt dan neerbuigend verwezen naar bingo, terwijl er in de sector best veel initiatief genomen wordt om daar vernieuwing in te brengen en goed aan te sluiten bij de behoeften en mogelijkheden van personen met dementie en de zorgcontext. Voorbeeld van zo’n vernieuwing is ‘Jouw verhaal telt’, het initiatief dat Het Lezerscollectief met steun van Cera en Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Zowel in Vlaanderen (Vincx & Mallentjer, 2020) als in Nederland is er een overzicht gepubliceerd met diverse mogelijkheden (Eberhart, 2019). Toch blijft het in woonzorgcentra en dagcentra een uitdaging om hier op een goede manier werk van te maken, zeker in tijden van tekorten op de arbeidsmarkt. Ook rijst de vraag hoe we mantelzorgers hierin kunnen betrekken binnen een zorgcontext, of bij thuiswonende personen met dementie.

Een zinvolle dagbesteding hoeft bovendien niet alleen tot de ‘vrije tijd’ beperkt te blijven, ook deelnemen aan dagelijkse activiteiten als boodschappen doen en maaltijden bereiden kan evengoed een zinvolle dagbesteding zijn. Die horen immers tot het normale leven, waarom zouden ze stoppen bij dementie?

Het gaat dan niet alleen over voeding maar ook over het gehele maaltijdgebeuren (Boerjan, 2013). De opleiding grootkeukenkok van VTI Aalst publiceerde bijvoorbeeld een [receptenboekje](#) dat beroep doet op reminiscentie met recepten uit de oude tijd. Stopalzheimer financierde een project van HoGent dat inzoomt op blijven genieten van maaltijden, ook als er bijvoorbeeld slikproblemen optreden.

Onderzoek van HOGENT leidde in september 2026 tot een [praktijkwijzer](#) voor mantelzorgers over maaltijdbegeleiding bij personen met dementie.

Zinvolle dagbesteding hoeft bovendien ook niet beperkt te blijven tot georganiseerde activiteiten in een zorgcontext, maar kan ook vorm krijgen als (deeltijd) actief blijven op de arbeidsmarkt of vrijwilligerswerk.

Koppelkamers

In een aantal van onze focusgroepen werd aandacht gevraagd voor situaties waarin een koppel na enkele decennia huwelijk bij één partner zodanig hoge zorgbehoefte ontstaat dat een verhuis naar residentiële zorg nodig is. Kan dat dan in een koppelkamer, zodat ze samen kunnen blijven, ook als de andere partner weinig zorgbehoefte heeft?

Een eenvoudig idee waar veel bij komt kijken. Hoeveel woonzorgcentra hebben koppelkamers beschikbaar? Wat als één partner nachtelijke onrust heeft en de andere partner stoort? Kan dit ook tijdelijk, bijvoorbeeld als de thuiswonende partner na een hartoperatie een tijd weinig mag stappen? Of een tijdje na de verhuis om de onrust bij de bewoner en partner weg te nemen en het rouwproces te ondersteunen? Wat als één van hen komt te overlijden? Misschien is de woning thuis al verkocht om het verblijf in het woonzorgcentrum financieel haalbaar te houden. Wat zijn de buitenlandse ervaringen op dit terrein?

Detentie

Bij zorgen voor personen met dementie en hun mantelzorgers denken we snel aan woonzorgcentra, ziekenhuizen en thuiszorg. Maar er zijn ook personen met dementie die zorg in eerste instantie krijgen van het perspectief van gehandicaptenzorg, of vanuit het perspectief van gevangenen. Ze kregen een gevangenisstraf en belanden in 'total institutions' waar de focus vooral op veiligheid en beperken van bewegingsvrijheid ligt, eerder dan op ouderen- of dementiezorg, of het organiseren van zinvolle dagbesteding. Bovendien kan de herinnering aan het misdrijf volledig vergeten zijn, en dus ook de straf betekenisloos worden. Maar verhuis naar een woonzorgcentrum is ook niet eenvoudig. Zorgorganisatie Curando bracht alvast praktijkervaringen samen in een [toolbox](#).

Er is in Vlaanderen al redelijk wat algemener onderzoek gedaan naar ouderen in onze gevangenen, het beeld dat ontstaat is er geen om vrolijk van te worden (Humblet, 2021, 2025a, 2025b; Humblet et al., 2022). De Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen bracht hier recent [een rapport](#) uit na bezoeken aan de gevangenis van Merksplas en Saint-Hubert. Hoewel de maatschappelijke behoefte hier groot is, zitten wij met de twijfel of aanvullend onderzoek meer kan verbeteren in de praktijk dan de bestaande onderzoeken. Dit vraagt wellicht meer beleid dan meer onderzoek.

Wel is er voor of tijdens gevangenis de lastige vraag hoe het zit met schuldbesef, schuldinzicht en wils(on)bekwaamheid, zowel tijdens als na het misdrijf dat aanleiding is tot strafrechtelijke vervolging. Helaas hebben we de afgelopen jaren in Vlaanderen enkele (zeldzame) keren te maken gekregen met misdrijven door een persoon met dementie, helaas zelfs een keer met meervoudige moord op medebewoners in een woonzorgcentrum, waar deze vragen naar schuldbesef, schuldinzicht en wils(on)bekwaamheid scherp maar meteen ook erg complex in beeld kwamen. De vraag naar wat voor en na dergelijk misdrijf de beste plek is voor opvang, is complex. Dat maakt de recente documentaire 'Achter de tralies van de tijd' van regisseur Stijn Geenen heel duidelijk.

ONDERZOEKSVRAGEN

- *Hoe kan persoonsgerichte zorg voor personen met dementie in de praktijk zorgen voor meer betekenisvolle dagbesteding? En dit in alle mogelijke (zorg)contexten, inclusief thuis.*
- *Hoe kunnen we de bijdrage van referentiepersonen (als belangrijkste actoren voor betere dementiezorg) nog sterker maken? Welke (organisatorische) factoren hebben hierop een impact? Hoe kunnen we de opleiding verder verbeteren?*
- *Hoe worden in Vlaanderen vragen rond schuldbesef, wils(on)bekwaamheid en de 'beste plek van opvang' bij personen met dementie die een ernstig misdrijf plegen (bijvoorbeeld in woonzorgcentra) momenteel beantwoord, en welke criteria kunnen een onderbouwde, ethisch verantwoorde keuze tussen detentie, forensische zorg en andere gespecialiseerde zorgsettings sturen?*





Verwijzingen

- Alburez-Gutierrez, D., et al. (2023). Projections of human kinship for all countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 120(52), e2315722120. <https://doi.org/10.1073/pnas.2315722120>
- Alzheimer Europe. (2025). *Dementia in Europe, special supplement, brain health and dementia risk reduction*. Alzheimer Europe.
- Alzheimer Europe. (2026). *The Prevalence of Dementia in Europe 2025* Alzheimer Europe.
- Alzheimer Nederland. (2025). *Op zoek naar impact voor mensen met dementie nu en in de toekomst*. Alzheimer Nederland.
- Arsenault-Lapierre, G., et al. (2023). Rural and urban differences in quality of dementia care of persons with dementia and caregivers across all domains: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 102.
- Atwoli, L., et al. (2021). Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health. *BMJ*, 374, n1734. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1734>
- Bacsu, J.-D. R., et al. (2026). Advancing Brain Health and Dementia Research in Canada: Insights from Focus Groups with the Dementia Research and Innovation Funders Alliance. *The Gerontologist*, gnag124. <https://doi.org/10.1093/geront/gnag124>
- Bamber, R., et al. (2026). Designing for Dementia: A Multiple Case Study Approach to Explore How Care Home Environments May Influence Wandering. *Dementia (London)*, 14713012261469998. <https://doi.org/10.1177/14713012261469998>
- Baraniuk, C. (2026). Alzheimer's drug lecanemab: FDA approves easier initial use, with "huge implications" for UK. *BMJ*, 394, e100318. <https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100318>
- Blotenberg, I., et al. (2023). Dementia in Germany: Epidemiology and prevention potential. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(27-28), 470.
- Blotenberg, I., et al. (2025). Toward targeted dementia prevention: Population attributable fractions and risk profiles in Germany. *Alzheimer's & Dementia*, 17(4). <https://doi.org/10.1002/dad2.70225>
- Boerjan, S. (2013). *Als eten een zorg wordt... Het maaltijdgebeuren bij personen met dementie*. Acco.
- Börsch-Supan, A., et al. (2025). Harmonized prevalence estimates of dementia in Europe vary strongly with childhood education. *Scientific reports*, 15(1), 14024. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-97691-z>
- Bracke, M., et al. (2022). *Zorgenquête 2021: Inhoudelijk Rapport*.
- Brandt, K. D., et al. (2026). The distinct challenges of living with young-onset dementia. *npj Dementia*, 2(1), 65. <https://doi.org/10.1038/s44400-026-00110-x>
- D'Haene, F., et al. (2006). De lokale dienstencentra (LDC). *Welzijnsids*.
- de Lange, J. (2024). *Tragiek, onmacht en catharsis binnen de intramurale ouderenzorg. Een zorgethisch onderzoek naar een evocatief narratief* Masterthesis Zorgethiek en Beleid 2024
- De Rynck, P., et al. (2022). *Kiezen moet kunnen, ook voor ouderen*. Koning Boudewijnstichting.
- Deckers, K. (2017). *The role of lifestyle factors in primary prevention of dementia (PhD)*. NeuroPsych publishers.
- Dely, H., et al. (2018). *Ik, jij, samen MENS. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie*. EPO.
- Du, Y., et al. (2026). High- and Low-Fat Dairy Consumption and Long-Term Risk of Dementia. *Neurology*, 106(2), e214343. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000214343>
- Eberhart, M. (2019). *Meer dan 200 zinvolle dagbestedingen voor mensen met dementie*. de Graaff.
- Farfan-Portet, M.-I., et al. (2015). *Implementation of hospital at home: orientations for Belgium*. KCE.
- Feter, N., et al. (2026). Associations of distinct sedentary behaviors with cortical, subcortical, and white matter hyperintensity volumes: Evidence from the ARIC study. *Alzheimer's & Dementia*, 22(7), e71582. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/alz.71582>
- Geldof, D. (2019). *Superdiversiteit. Hoe migratie onze samenleving verandert* (3 ed.). ACCO
- Geldof, D., et al. (2023). *Superdivers Vlaanderen, geografie van een nieuwe realiteit*. ASP.
- Gezondheidsraad. (2025). *Methoden voor vroegdiagnostiek. Achtergronddocument bij Risicoreductie en vroegdiagnostiek van dementie*. Gezondheidsraad
- Gillis, K. (2023). Babyboomers, onze toekomstige ouderen. *Vitaal*, 2023(1), 4-19.
- González-Mella, I., et al. (2025). How to bathe a person with dementia? A scoping review. *Quality in Ageing and Older Adults*, 26(2), 75-89. <https://doi.org/10.1108/QAOA-07-2023-0043>
- Gove, D., et al. (2018). Alzheimer Europe's position on involving people with dementia in research through PPI (patient and public involvement). *Aging & Mental Health*, 22(6), 723-729.
- Heerdt, C. (2026). *The three-I framework*. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Hendriks, S. (2022). *Understanding Young-Onset Dementia: epidemiology, recognition and care use (PhD)*. Maastricht university.
- Hendriks, S., et al. (2023). Global incidence of young-onset dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 19(3), 831-843.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hoffmann-Hoffrichter, A. L., et al. (2026). Challenges when measuring person-centred dementia care in nursing homes: a discussion paper. *Int J Nurs Stud Adv*, 11, 100638. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2026.100638>
- Houdelet-Oertel, A., et al. (2026). Prevalence of delirium in German nursing homes: A cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-026-07925-6>
- Humblet, D. (2021). *The Older Prisoner (PhD)*. Palgrave Macmillan.
- Humblet, D. (2025a). Gevangenisdirecteur trekt verouderingspak aan: 'De gevangenis is geen plek voor ouderen'. *Sociaal.Net*, <https://sociaal.net/achtergrond/gevangenisdirecteur-trekt-verouderingspak-aan-de-gevangenis-is-geen-plek-voor-ouderen/>.
- Humblet, D. (2025b). Re-examining carceral ageing through meaning: What penology can learn from gerontology. *Punishment & society*, 27(4), 674-693.
- Humblet, D., et al. (2022). Oud en achter tralies: 'Te weinig aandacht voor vergrijzing in de gevangenis'. *Sociaal.Net*, <https://sociaal.net/achtergrond/te-weinig-aandacht-vergrijzing-gevangenis/>.
- Jaffa, E., et al. (2025). What Is the Association Between Music-Related Leisure Activities and Dementia Risk? A Cohort Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(10), e70163. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.70163>
- Jansen, J., et al. (2023). *Als we wisten wat we deden, heette het geen onderzoek*. Fontaine.
- Kay, J., et al. (2026). The experiences of living with dementia within an under-served geographical area: a systematic review and qualitative synthesis. *Age and Ageing*, 55(6), afag190. <https://doi.org/10.1093/ageing/afag190>
- Kieny, C., et al. (2026). The policy exposome of dementia: Gaps, opportunities, and research agenda. *Alzheimer's & Dementia*, 22, e71362.
- Kilty, C., et al. (2023). Young onset dementia: Implications for employment and finances. *Dementia*, 22(1), 68-84.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press.
- Kitwood, T., et al. (2019). *Dementia Reconsidered Revisited: The Person Still Comes First*. Open University Press.
- Knottnerus, J. A., et al. (1992). Chronic illness in the community and the concept of 'social prevalence'. *Family practice*, 9(1), 15-21. <https://doi.org/10.1093/fampra/9.1.15>
- Krajo, H. (2016). Volhoudtijd van mantelzorgers van naasten met dementie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 47(4), 145-155.
- Kusoro, O., et al. (2025). Time to Diagnosis in Dementia: A Systematic Review With Meta-Analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(7), e70129. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.70129>
- Lian Stouthard, L., et al. (2026). *Wonen als sleutel voor toekomstbestendige ouderenzorg*. Platform_31 & Vilans.
- Livingston, G., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Livingston, G., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet, online*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Mallentjer, M. (2021). *Sense of home*. Politeia.

- McGavock, J. M., et al. (2009). A forty-year follow-up of the Dallas Bed Rest and Training study: the effect of age on the cardiovascular response to exercise in men. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 64(2), 293-299.
- McGrath, T., et al. (2021). The 'tipping point': exploring the factors associated with entry into residential care for people with dementia in Western Australia. *Dementia*, 20(7), 2494-2508.
- McGuire, D. K., et al. (2001). A 30-year follow-up of the Dallas Bed Rest and Training Study: II. Effect of age on cardiovascular adaptation to exercise training. *Circulation*, 104(12), 1358-1366.
- Metzelthin, S., et al. (2022). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing & Society*, 42(3), 703-718.
- Milby, E., et al. (2017). Diagnosis disclosure in dementia: Understanding the experiences of clinicians and patients who have recently given or received a diagnosis. *Dementia*, 16(5), 611-628.
- Mitchell, J. H., et al. (2019). The Dallas bed rest and training study: revisited after 50 years. *Circulation*, 140(16), 1293-1295.
- Mittelman, M. S. (2007). The lasting benefits of counseling and support for Alzheimer's caregivers. In Family Caregiver Alliance (Ed.), *Family Caregiving: State of the Art, Future Trends* (pp. 69-72). Family Caregiver Alliance.
- Mittelman, M. S. (2013). Psychosocial interventions to address the emotional needs of caregivers of individuals with Alzheimer's disease. In S. H. Zarit & R. C. Talley (Eds.), *Caregiving for Alzheimer's Disease and Related Disorders* (pp. 17-34).
- Mukadam, N., et al. (2024). Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies. *The Lancet Public Health*, 9(7), e443-e460.
- Nap, H. H. (2026). *Zorgtechnologie Waarden: Het erkennen en bepalen van waarde van technologie in de langdurige zorg (oratie)*. Technische Universiteit Eindhoven.
- Nelis, K. (2026). *Het einde van het kerngezin. Waarom liefde, relaties en families er vandaag anders uitzien*.
- Nouws, H. (2023). *Business Case Casemanagement Dementie*. Ruimte voor zorg
- Perry, K. E., et al. (2026). From cradle to cortex: An exposome-and equity-centered perspective of neurocognitive aging and dementia risk in the era of climate change. *Alzheimer's & Dementia*, 22(3), e71158.
- pwc. (2024). *Eindrapportage doorrekening casemanagement dementie*.
- Roberts, C., et al. (2019). Our reflections of Patient and Public Involvement in research as members of the European Working Group of People with Dementia. *Dementia*, 19(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/1471301219876402>
- Rosenberg, A., et al. (2026). Preparing for the implementation of anti-amyloid therapies in Europe: Assessing real-world eligibility for lecanemab and donanemab in a Swedish memory clinic. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 13(3), 100476. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jtpad.2025.100476>
- Rostgaard, T., et al. (Eds.). (2023). *Reablement in Long-Term Care for Older People: International Perspectives and Future Directions*. Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447359913.001.0001>.
- Russ, T. C., et al. (2012). Geographical variation in dementia: systematic review with meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 41(4), 1012-1032.
- Saltin, B., et al. (1968). A Longitudinal Study of Adaptive Changes in Oxygen Transport and Body Composition. *Circulation*, 38(5), VII-1-VII-78.
- Samsi, K., et al. (2022). 'The time has come': reflections on the 'tipping point' in deciding on a care home move. *Ageing & Mental Health*, 26(9), 1855-1861.
- Sobotka, T. (2026). The global fertility freefall: trends, drivers and uncertainties. *Reproductive BioMedicine Online*, 53(3), 105831. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2026.105831>
- Staes, J. (2024). Babyboomers: 'Het is vijf voor twaalf voor de ouderenzorg'. *Sociaal.Net*, <https://sociaal.net/ opinie/babyboomers-vijf-voor-twaalf-voor-ouderenzorg/>.
- Stallard, P. J. E., et al. (2025). Changing story of the dementia epidemic. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.1897>
- Steurs, M., et al. (2024). *De uitwerking van praktische handvatten om buurten te ondersteunen bij de ontwikkeling van een duurzame zorgzame buurt en concrete beleidsaanbevelingen*. Steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin.
- 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*, <https://sociaal.net/achtergrond/hoe-vangen-we-het-tekort-aan-mantelzorgers-op/>.
- Stroobants, E., et al. (2012). *Architectonica, een thuis voor mensen met dementie*. EPO.
- Tops, P. (2003). *Uitvoering, uitvoering, uitvoering. Drie perspectieven op 'toegewijde uitvoering'*. KCGS.
- Tummers, L., et al. (2013). *Bound by rules? A meta-analysis considering perceived and objective red tape in the public sector*. University of Leiden.
- Tummers, L., et al. (2016). The Impact of Red Tape on Citizen Satisfaction: An Experimental Study. *International Public Management Journal*, 19(3), 320-341. <https://doi.org/10.1080/10967494.2015.1027800>
- Van Acker, M. (2025). *Omgevingszorg Politeia*.
- Van Gasse, D. (2024). Gemeenschappelijk wonen op latere leeftijd. In S. Vanassche, D. Mortelmans, A. Buysse, J. Van Bavel, & G. Verschelden (Eds.), *Een familie is geen kudde. Een multidisciplinaire studie naar de praktijk, beleving en sociaaljuridische context van solidariteit binnen Familie 2.0* (pp. 275-293). Garant.
- Van Gorp, B., et al. (2011). *Framing en Reframing: anders communiceren over dementie*. Koning Boudewijnsinstichting.
- Van Gorp, B., et al. (2012). Frames And Counter-Frames Giving Meaning To Dementia: A Framing Analysis Of Media Content. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1274-1281.
- Van Langenhove, T., et al. (2026). Biomarker-based diagnosis and care pathways for Alzheimer's disease in the era of disease-modifying treatments: a consensus statement by Belgian experts. *European journal of neurology*, advance access.
- Van Rosmalen, L., et al. (2026). Primary and secondary prevention strategies for reducing population-level dementia burden: A microsimulation modeling study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 13872877261457937.
- van Wijgaarden, E., et al. (2026). Het RISE-onderzoek. *Mixed-method ethiek onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van de stijging van euthanasie*. Radboudumc.
- Vanderniepen, L., et al. (2026). *Samen mens, hier en nu. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie*. EPO.
- Vanderstichelen, S., et al. (2026). EAPC White Paper: What are the priorities for Public Health & Palliative Care research in the coming decade? Results from an International Delphi study. *Palliative medicine*, 02692163261418440. <https://doi.org/10.1177/02692163261418440>
- Verbeek, H. (Ed.). (2011). *Redesigning dementia care : an evaluation of small-scale homelike care environments (PhD)*. Universiteit Maastricht.
- Verdick, A. (2024). *De betrokkenheid van Vlaamse lokale dienstencentra bij het thema dementie*. UAntwerpen
- Vincx, F., et al. (2020). *Hartverwarmers: deugddoende activiteiten voor en door woonzorgcentra*. Politeia.
- Visser, L. N. C., et al. (2019). Clinician-patient communication during the diagnostic workup: The ABIDE project. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 11, 520-528. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.06.001>
- Walesby, K. E., et al. (2023). Geographical variation in dementia: systematic review with meta-analysis. *medRxiv*, 2023.2012.2011.23299178.
- Wang, A. Z., et al. (2026). A policy scoping review of how 'Hospitals at Home' can and could support people with dementia. *Age Ageing*, 55(8). <https://doi.org/10.1093/ageing/afag229>
- Whitson, H. E., et al. (2026). Blood-based biomarkers for Alzheimer disease: preventing unintended consequences. *JAMA*, 335(8), 663-664. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.26049>
- WHO. (2022). *A blueprint for dementia research*. WHO.
- WHO. (2026). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines, second edition*. WHO.
- ZonMw. (2021). *Onderzoeksprogramma dementie 2021-2030*. ZonMw.
- Zorgnet Icuuro. (2023). *Zorg voor de zilveren generatie. Toekomsttoefening woonzorg voor ouderen*. Zorgnet Icuuro.

