

## Het zorgcentrum als woonomgeving voor mensen met dementie

Dementie is een progressieve en ongeneeslijke ziekte die tot de dood leidt. De zorg voor mensen met dementie is daarom per definitie palliatief van aard. Zij is gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt en diens naasten. Om dit te realiseren hebben de centra voor dementerende mensen steeds meer aandacht voor de kwaliteit van leven en het bevorderen van het welbevinden van de bewoners. Hierbij speelt de omgeving van de persoon met dementie een belangrijke rol. Binnen de institutionele zorg voor mensen met dementie wordt daarom aandacht besteed aan het creëren van een huiselijke omgeving, opdat mensen er zich thuis kunnen voelen. Steeds vaker worden grote verpleeghuisafdelingen vervangen door kleinschalige woonvormen. Dat zijn kleinere wooneenheden voor zes tot acht bewoners met onder andere een gemeenschappelijke huiskamer, waar men als een gezin samenwoont en waar alle huiselijke en huishoudelijke activiteiten in huis worden gedaan samen met en onder begeleiding van verzorgend personeel. Er is een gezellige woonomgeving, vaak met meubels van de bewoners in de huiskamer en/of hun slaapkamer. In de literatuur over deze maatregelen lezen we dat het gaat om ‘autonomie’ en ‘een eigen leefstijl’ van de bewoners.<sup>1</sup>

Dementie is meer dan een ziektebeeld. De laatste twee decennia is de persoon met dementie steeds meer centraal komen te staan, met name in het omgaan met mensen met dementie. Het inzicht is gegroeid dat de manier waarop mensen met dementie zich gedragen wordt beïnvloed door hun persoonskenmerken en levensgeschiedenis, hun gezondheidstoestand, neuropsychologische veranderingen en de interactie met de sociale omgeving.<sup>2</sup>

Bij het persoon zijn hoort dat mensen met dementie besef hebben van hun situatie en deze op een bepaalde manier ervaren. Vanuit intensieve ervaringen met dementerende mensen weten we dat zij in de loop van het dementieproces hun situatie op verschillende manieren beleven.<sup>3</sup> In het begin overheerst het gevoel de greep op hun leven te verliezen. Gevoelens van onzekerheid en onveiligheid zijn kenmerkend in deze fase van het 'bedreigde ik'. Wanneer het proces voortschrijdt, raakt de persoon met dementie meer en meer gedesorïenteerd in de omgeving, evenals in de eigen levensgeschiedenis. Delen daarvan verdwijnen of allerlei gebeurtenissen worden door elkaar gehaald. In deze fase van het 'verdwaalde ik' is er grote behoefte aan vaste steunpunten in de omgeving. Belangrijke voorwerpen zoals geld en sleutels worden goed opgeborgen, maar vaak weet men dan niet meer waar. De rol van de fysieke en sociale omgeving om steun en daarmee veiligheid te bieden wordt steeds belangrijker. Om aanknopingspunten te blijven vinden in de eigen levensgeschiedenis kunnen foto's, levensverhalen en levensboeken een nuttige functie hebben. Bij matige en ernstige dementie verdwijnt langzamerhand het persoonlijke zelf, evenals het besef van verbondenheid met de omgeving. Steeds meer moet vanuit de omgeving het contact met de dementerende persoon geïnitieerd worden. In de fasen van het 'verborgen ik' en het 'verzonken ik' is de omgeving steeds meer verantwoordelijk voor het welzijn van de persoon met dementie.

We spreken hier over fasen, maar daarbij moet enige reserve in acht worden genomen. Er is tot nu toe geen wetenschappelijk bewijs voor een duidelijke afbakening van de perioden gevonden. Wel kunnen in de loop van het dementieproces genoemde veranderingen worden geobserveerd en is de indeling voor de praktijk van grote waarde gebleken. De reeks onderscheiden fasen kan handig zijn om een persoon met dementie een omgeving te bieden die veiligheid en geborgenheid garandeert.

Bij het zoeken naar houvast en steun worden ouders van de dementerende persoon in diens belevingswereld veelal steeds belangrijker. Mensen willen bijvoorbeeld naar hun ouders toe en denken dat zij nog in leven zijn. Miesen<sup>4</sup> noemt dit de ouder-fixatie en hij verklaart deze zowel uit de cognitieve achteruitgang als uit het hechtingsgedrag van de persoon met dementie. Miesen verwijst naar de hechtingstheorie van Bowlby, die gehechtheid omschrijft als een duurzame, liefdevolle en betrouwbare relatie tussen een kind en de ouder, opvoeder of verzorger. In situaties waarin het zich onveilig voelt, zoekt het kind de nabijheid en het contact met de ouder of andere opvoeder/verzorger. Een duurzame, affectief goede en betrouwbare relatie met die opvoeder is een belangrijke voorwaarde voor een gevoel van veiligheid. Een veilige hechting in de vroege kindertijd is van belang voor de latere volwassenheid, voor zelfstandigheid en om affectieve relaties met anderen te kunnen opbouwen. Zoals we hierboven hebben gezien, kan dementie tot gevoelens van onzekerheid, onveiligheid en angst leiden. In die situaties zoekt de demente persoon naar hechtingsfiguren. Hij of zij gaat op zoek naar vertrouwde figuren, zoals de ouders en meestal de moeder.

Uit meer recent onderzoek naar beleving en omgang met dementie door de persoon zelf komen aanvullende inzichten naar voren.<sup>5</sup> De demente persoon ervaart een bedreiging van zijn autonomie, van controle en vrijheid. Ook is er angst om te worden afgewezen. Er is sprake van een transitioneel proces. Eerst is er enkel een besef dat

er iets mis is, daarna wordt de dementie langzamerhand geïntegreerd in het eigen leven. Er is een continu aanpassingsproces, gekenmerkt door compenseren, relativeren, ontkennen, gewoon doorgaan, somatiseren, rouwen en weerstand bieden. Het is niet óf ontkenning óf acceptatie, maar er is sprake van zowel erkenning én acceptatie als van ontkenning én weerstand. Dit is een intensief en complex proces.

Wanneer mensen met dementie steeds minder in staat zijn zich te oriënteren in de omgeving en ook in hun eigen levensgeschiedenis, wanneer ze bovendien steeds minder kunnen vertrouwen op hun eigen lichaam dat steeds minder goed functioneert, wordt de omgeving steeds belangrijker. Voor zorginstellingen ligt hier de uitdaging de bewoners een omgeving te bieden waarin ze zich veilig voelen: een veilig en bekend thuis. We kunnen hierbij onderscheid maken tussen de fysieke en de psychosociale omgeving. De fysieke omgeving moet huiselijk zijn en goed herkenbaar als plaats waar men woont. Veiligheid betekent ook goed toegankelijk, geen obstakels en goede verlichting. De omgeving moet uitnodigen tot beweging, want beweging bevordert het cognitief functioneren en biedt mogelijkheden voor contacten met anderen. Er moet ook voldoende ruimte zijn voor mensen met een loopdrang. Het is belangrijk dat van de omgeving niet te veel geluidsprikkels of visuele prikkels uitgaan, en dat de inrichting en het meubilair de bewoner een plaats bieden waarin deze zich op haar of zijn gemak voelt.

#### PSYCHOSOCIALE OMGEVING

De psychosociale omgeving bestaat uit bekenden, zoals familieleden, vrienden en kennissen van de bewoner, maar ook uit onbekende mensen, zoals medebewoners, verzorgenden en andere zorgverlenende disciplines. Binnen de eenheid waar de bewoner verblijft zijn er ook regelmatig veranderingen in sociale samenstelling: bezoek dat in de

huiskamer verschijnt, van tijd tot tijd nieuwe medebewoners, en een wisselende aanwezigheid van verzorgend personeel. Sommige bewoners wennen hieraan, voor anderen kunnen de nieuwe gezichten bedreigend zijn en inbreuk maken op hun gevoel van veiligheid.

De moderne zorgvisie, waarin de persoon(lijkheid) van de dementerende persoon centraal staat, geldt als 'belevingsgerichte zorg'. Zij sluit aan bij de individuele belevingswereld. Dit betekent het ondersteunen en stimuleren van de persoon met dementie om zichzelf te kunnen blijven, het inspelen op positieve en negatieve emoties, het bieden van veiligheid en een geborgen omgeving waarin men respectvol benaderd wordt. Het heeft betrekking op alle zorgverleners rondom de bewoner, maar de interacties tussen bewoners en het verzorgend personeel zijn het meest frequent. Het vraagt veel invoelend vermogen en vaardigheid van het verzorgend personeel om respectvol persoonsgericht met de verschillende bewoners om te gaan. Ook kennis over dementieprocessen is noodzakelijk, evenals informatie over de achtergrond en de levensgeschiedenis van betrokkene. Dit laatste is nodig om de persoon te kunnen begrijpen vanuit de context van zijn of haar levensloop. Met dat doel is er in de zorg voor mensen met dementie veel aandacht voor de levensgeschiedenis en wordt aan de familie gevraagd een levensverhaal of levens(foto)boek samen te stellen. Hierbij moeten we overigens niet vergeten vooral met de bewoner zelf daarover te praten. Het levert waardevolle informatie op en het ophalen van herinneringen bevordert het welbevinden.

In de persoonsgerichte en belevingsgerichte zorg gaat het om de relatie tussen bewoner en verzorgenden. Vandaar dat ook wel gesproken wordt van 'relatiegerichte zorg'. De alledaagse zorgpraktijk kent hindernissen die deze zorg nadelig beïnvloeden, bijvoorbeeld wanneer de werkdruk door verzorgenden als hoog wordt ervaren, zoals bij een geringe personele bezetting door ziekte of wanneer gedrag van bewoners veel aandacht vraagt. 'Doe-

zorg' (praktische activiteiten) blijkt makkelijker te zijn dan 'aandacht-zorg'. Bij iemand gaan zitten en een gesprekje voeren leidt nogal eens tot een schuldgevoel ten opzichte van collega's. In kleinschalige woonvormen zijn praktische activiteiten en 'aandacht-zorg' gemakkelijker te combineren, omdat ze met een kleine groep bewoners worden uitgevoerd. Een andere belemmerende factor voor een optimale belevingsgerichte zorg is dat het opleidingsniveau van het verzorgend personeel onvoldoende in overeenstemming is met de complexe zorgvragen; een fenomeen dat door jarenlang knabbelen aan de financiële middelen voor de zorg is toegenomen. De daarbij komende toegenomen administratieve taken zijn een belasting voor het verzorgend personeel en een belemmering voor de kwaliteit van persoonsgerichte zorg.

Kitwood constateerde dat de sociale omgeving op positieve, maar ook op negatieve wijze kan reageren op en omgaan met de persoon met dementie. Hij heeft veel interacties tussen verzorgend personeel en bewoners geobserveerd en onderscheidde persoonsversterkende en persoonsondermijnende gedragingen van het personeel. De persoonsversterkende gedragingen bevorderen een positief welbevinden van de bewoner. Ze dragen ook bij aan het gevoel van veiligheid en zich thuis voelen. Voorbeelden van persoonsversterkende interacties zijn: erkenning van het individu-zijn van de persoon met dementie, samenwerken, rekening houden met de mogelijkheden tot initiatief door de persoon, onderhandelen, dat wil zeggen vragen naar wat iemand wil en niet van buitenaf opleggen, en uitgaan van de subjectieve beleving van de persoon en diens realiteit. Tot de door Kitwood beschreven persoonsondermijnende interacties behoren: de demente persoon als kind behandelen, betuttelen, negeren, doen alsof de persoon er niet is, over hem of haar heen praten, spotten, grapjes maken over wat iemand doet of zegt, niet serieus nemen als individu, iemand dwingen om iets te doen, geen rekening houden met diens wensen of keuzemogelijkhe-

den. In de persoonsversterkende interacties wordt voldaan aan de basisbehoeften die volgens Kitwood centraal staan bij dementie. Het gaat om de behoefte aan gehechtheid, troost, identiteit, betrokkenheid en erbij horen. Juist omdat mensen met dementie minder in staat zijn om deze behoeften zelf te vervullen, speelt de omgeving daarin een rol en zijn de interacties met de sociale omgeving zo belangrijk. Persoonsondermijnende interacties verhogen de kwetsbaarheid wat betreft die behoeftevervulling en leiden tot een negatieve beleving.

De persoons- en belevingsgerichte zorg geldt voor de gehele 24-uurszorg. Daarnaast zijn er andere psychosociale interventies die kunnen worden toegepast in de zorg voor mensen met dementie, zoals Realiteit Oriëntatie, *validation*, snoezelen, muziektherapie, bewegingstherapie, reminiscentie, en het ontplooiën van plezierige activiteiten. In de Realiteit Oriëntatiebenadering worden herkenningpunten in de tijd-ruimtelijke omgeving aangeboden: kalenders, memoborden, pictogrammen op deuren van bijvoorbeeld het toilet, en naambordjes op slaapkamerdeuren. Dit is vooral nuttig voor mensen in de beginfasen van dementie, de fasen van het ‘bedreigde’ en ‘verdwaalde’ ik. Wanneer dergelijke oriëntatiepunten niet meer het beoogde effect hebben, wordt meegaan in en het waarderen van de belevingswereld van de demente persoon steeds belangrijker. Dit is de validerende benadering. Het uitgangspunt hierbij is dat gevoelens van mensen met dementie bevestigd, gevalideerd, moeten worden en dat de omgeving aansluit bij de door de dementerende persoon beleefde realiteit. Alle gedrag heeft betekenis: het gaat erom de onderliggende gevoelens te ontdekken. Dit vraagt van de verzorgenden een hoge mate van empathie. Wanneer een bewoner bijvoorbeeld aangeeft naar huis te willen, gaat de verzorgende in op wat het voor de bewoner betekent om nu naar huis te gaan in plaats van ‘corrigerend’ vanuit onze realiteit aan te geven dat het huis er niet meer is, of dat de bewoner nu hier woont. “Waar wilt u graag naartoe? Wie

zijn daar? Wat zou u daar graag willen doen?” zijn vragen die contact maken met de beleving van de bewoner. Deze manier van omgaan is een belangrijk onderdeel geworden van de belevingsgerichte zorg.

In de fasen van het ‘verborgen’ en ‘verzonken ik’ kan het contact maken via ‘snoezelen’ worden vergemakkelijkt. Door zorgvuldig om te gaan met geluid en licht, door voorwerpen met een hoge aaibaarheidsfactor, prettige geuren en dergelijke worden de zintuigen aangenaam gestimuleerd om ontspanning en rust te bevorderen en daarmee het gevoel van eigenwaarde en het welbevinden positief te beïnvloeden. Bij dementerende verpleeghuisbewoners met wie dagelijks ‘gesnoezeld’ wordt, wordt minder apathisch, depressief, opstandig en agressief gedrag gezien, evenals minder decorumverlies.<sup>6</sup>

Ook muziektherapie, bewegingstherapie en plezierige activiteiten, steeds afgestemd op de voorkeuren van de dementerende persoon, kunnen het welbevinden positief beïnvloeden. Deze interventies worden als aparte onderdelen in de zorg toegepast, meestal door een activiteitenbegeleider, fysiotherapeut, muziektherapeut en psychomotorisch therapeut. Een interventie die ook bij anderen dan demente ouderen wordt toegepast, is reminiscentie. Reminisceren is het doelgericht en begeleid ophalen van herinneringen uit het verleden. Meestal gaat het om prettige herinneringen, waarbij gebruik wordt gemaakt van allerlei soorten uitlokkend materiaal, zoals foto’s, voorwerpen, boeken, liedjes, muziek, puzzels, afbeeldingen van oude stadsgezichten, dia’s en film- en videofragmenten. Reminiscentie kan individueel worden gedaan met demente mensen, maar wordt ook vaak in groepsverband gedaan. Het sociale aspect van samen herinneringen ophalen en delen geeft meestal veel plezier en voldoening.



Door de persoonsgerichte en belevingsgerichte benadering wordt de zorg afgestemd op de individuele behoeften. Er zijn veel methoden beschikbaar om de woonomgeving van de zorginstelling als een veilig thuis voor mensen met dementie te laten zijn en een optimaal welbevinden te bevorderen. Het ligt voor de hand dat de kleinschalige verpleeghuiszorg hiervoor de beste mogelijkheden biedt, vanwege de huiselijke omgeving en de normalisatie van het dagelijks leven. Er is dan optimale gelegenheid voor de bewoners om de regie over hun leven te houden, daarbij ondersteund door het verzorgend personeel dat toekomt aan persoonlijke zorg voor de bewoners. Het ligt eveneens voor de hand dat het personeel het werken in kleinschalige woonvormen als prettig ervaart, omdat er veel met de bewoners samen wordt gedaan en er gemakkelijk veel persoonlijke aandacht kan worden gegeven. Hoewel men meestal alleen werkt, zonder de directe aanwezigheid van collega's en dus alleen de verantwoordelijkheid voor de groep bewoners draagt, ervaart de verzorgende het werk dan als minder eisend. De werktevredenheid en motivatie van het personeel zouden hoger zijn dan in grootschalige verpleeghuizen.<sup>7</sup> Hiernaar is echter nog weinig systematisch onderzoek gedaan.

De verschillen tussen kleinschalige en traditionele, grootschalige, verpleeghuiszorg worden soms wel al te zeer in het voordeel van de kleinschaligheid gepresenteerd. Ook traditionele verpleeghuizen zijn vaak in kleinere huiskamers georganiseerd, en ook daar wordt persoonsgerichte en belevingsgerichte zorg geboden. Deze is oorspronkelijk juist in die settings ontwikkeld. Wel zijn de organisatie en uitvoering van zorgactiviteiten in de grootschalige instellingen aan veel regels gebonden. Vanwege de grootschalige structuur is er bijvoorbeeld veel meer sprake van vaste tijden waarop zorghandelingen plaatsvinden. Dat betekent al minder flexibiliteit om af te stemmen op de behoeften

van de bewoners. Een bezwaar van kleinschalige woonvormen in een verpleeghuis is het volgende. De positieve effecten als meer genieten van hun omgeving, vaker iets om handen hebben, meer op elkaar betrokken zijn en minder hulp bij de dagelijkse activiteiten nodig hebben<sup>8</sup> gelden niet voor alle verpleeghuisbewoners met dementie.<sup>9</sup> Niet iedereen houdt ervan om altijd met andere mensen in groepsverband te leven. Er zijn minder ontsnappingsmogelijkheden aan het groepsleven, het 'surrogaatgezin', dan in een grootschalige woonvorm. Huishoudelijke activiteiten zijn niet voor iedereen vanzelfsprekend aantrekkelijk; na een leven van veel huishoudelijk werk willen sommigen dit graag aan anderen overlaten. Ook voor mensen die veel (loop)ruimte nodig hebben, mensen die weinig of juist veel prikkels nodig hebben biedt de kleinschalige woonvorm niet altijd de beste mogelijkheden. Bovendien wordt het ideaal dat mensen in de kleinschalige woonvorm kunnen blijven tot het einde van hun leven lang niet altijd gerealiseerd. Toenemende lichamelijke of cognitieve hulpbehoefte en gedragsveranderingen kunnen dit onmogelijk maken, omdat de omvang van het personeel daarop niet is afgestemd. De persoonsgerichte zorg voor alle bewoners wordt dan bedreigd. Een ander nadeel is dat zorgverleners zoals de specialist ouderengeneeskunde, gezondheidszorgpsycholoog, fysiotherapeut en dergelijke niet vanzelfsprekend op alle tijden welkom zijn in het huiselijk leven, maar slechts 'op afroep'. Het feit dat arts en psycholoog niet constant voeling hebben met het functioneren en welbevinden van de bewoners en er voor een deel van afhankelijk zijn of de verzorgende het nodig vindt om hen te raadplegen is ook een bedreiging voor optimale zorg. Dit speelt des te meer, omdat de hedendaagse zorgvragen van verpleeghuisbewoners complex zijn. Zij vragen om interventies vanuit meerdere disciplines, juist ook om de persoonsgerichte zorg recht te kunnen doen. Het kan niet van verzorgenden verwacht worden dat zij over alle deskundigheid daar-

voor beschikken. Zij kunnen echter wel een te grote verantwoordelijkheid krijgen toebedeeld om te beoordelen of andere zorgverleners ingeschakeld moeten worden.

## CONCLUSIE

De publiciteit over verpleeghuiszorg in de media is niet altijd positief. Toch zijn er veel goede voorbeelden die nauwelijks aandacht krijgen. Er wordt met veel inzet gewerkt om in de zorg voor mensen met dementie veiligheid, geborgenheid en warmte te bieden en een goed 'laatste thuis'. Maar zorgen voor mensen met dementie is een complexe taak. Goede zorg is gericht op de persoon met dementie, diens individuele levensgeschiedenis en diens lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand. De zorg is eveneens relatiegericht. Het gaat om interacties met de bewoner die op respectvolle wijze aansluiten bij diens subjectieve beleving en daarmee persoonsversterkend zijn. Maar in de alledaagse realiteit van de zorginstelling wordt het ideaal van een veilig en comfortabel huis niet altijd gehaald. Gebrek aan tijd maakt dat verzorgenden soms op een 'persoons-ondermijnende' wijze omgaan met de bewoners en dat zij niet tegemoet kunnen komen aan hun wensen en behoeften. Ook andere factoren spelen hierbij een rol, zoals het opleidingsniveau, onbekendheid met de gedragsuitingen van dementie en met de manier om daarmee om te gaan, en ook de verregaande bureaucratisering van de zorg.

## LITERATUUR

- S. te Boekhorst, Effecten op bewoners: Een genuanceerd beeld, in: M. Depla & S. te Boekhorst (red.), *Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: Doen of laten?* Utrecht: Trimbos instituut 2007, pp. 46-49.
- S. te Boekhorst e.a., Working in group living homes for older people with dementia: The effects on job satisfaction and

- burnout, and the role of job characteristics, *International Psychogeriatrics* (20) 2008-5, pp. 927-940.
- M.E. de Boer e.a., De beleving van beginnende dementie en het gevreesde lijden, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2010-5, pp. 194-203.
- L. Clare, Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease, *Social Science & Medicine* (57) 2003-6, pp. 1017-1029.
- M. van Dam, *Kwaliteit van leven bij dementerende bewoners van kleinschalige woonvormen*. Nijmegen: Radboud Universiteit 2011, masterthese psychogerontologie.
- M. Depla & S. te Boekhorst (red.), *Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: Doen of laten?* Utrecht: Trimbos instituut 2007.
- G.J.J.A. Engelen & M.S.H. Peeters, Dementie, in: H.P.J. Buijsen & J.J.L. Derksen (red.), *Psychologische hulpverlening aan ouderen*. Nijkerk: Intro 1984, pp. 88-108.
- T. Kitwood, *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press 1997.
- C. van der Kooij, *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Lemma: Utrecht 2002.
- C.R. MacQuarrie, Experiences in early-stage Alzheimer's disease: Understanding the paradox of acceptance and denial, *Aging & Mental Health* (9) 2005-5, pp. 430-441.
- B. Miesen, *Gehechtheid en dementie*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen 1990, academisch proefschrift.
- D. Smit e.a., De focus op kleinschalige zorg, in: A.M. Pot & J. de Lange (red.), *Monitor Woonvormen Dementie, een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos instituut 2010, pp. 13-18.
- E. Steeman e.a., Living with dementia from the perspective of older people: Is it a positive story? *Aging & Mental Health* (11) 2007-2, pp. 119-130.
- H. Verbeek e.a., Small, homelike care environments for older people with dementia: A literature review, *International Psychogeriatrics* 2008-1, pp. 1-13.

R. Verdult, *Dement worden: Een kindertijd in beeld. Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen*. Baarn: HB Uitgevers 1993.

J.C.M. van Weert, *Multi-Sensory Stimulation in 24-h Dementia Care. Effects of snoezelen on residents and caregivers*. Utrecht: Universiteit Utrecht 2004, academisch proefschrift.

#### NOTEN

- 1 Depla & Te Boekhorst (2007); Smit e.a. (2010); Verbeek e.a. (2008).
- 2 Kitwood (1997).
- 3 Engelen & Peeters (1984); Verdult (1993); Van der Kooij (2002).
- 4 Miessen (1990).
- 5 Zie o.a. Clare (2003); De Boer e.a. (2010); MacQuarrie (2005); Steeman e.a. (2007).
- 6 Van Weert (2004).
- 7 Te Boekhorst e.a. (2008).
- 8 Te Boekhorst (2007).
- 9 Van Dam (2011).