

**Bachelorproef**  
**Professionele bachelor Verpleegkunde**  
**Studiegebied Gezondheidszorg**

**Academiejaar 2019-2020**  
**Academiejaar 2020-2021**

## **Leven met dementie**

Bachelorproef aangeboden door

**Lisa Christiaens**  
**Roxanne Pensaert**

Interne begeleider(s):

**Ann De Block**  
**Clemens Soenen**  
**Katrin Gillis**



**Bachelorproef  
Professionele bachelor Verpleegkunde  
Studiegebied Gezondheidszorg**

**Academiejaar 2019-2020  
Academiejaar 2020-2021**

## **Leven met dementie**

Bachelorproef aangeboden door

**Lisa Christiaens  
Roxanne Pensaert**

Interne begeleider(s):

**Ann De Block  
Clemens Soenen  
Katrin Gillis**

## Abstract

Het belang van kwaliteitsvolle zorg in de gezondheidszorg neemt toe, ook in de woonzorgcentra. In deze bachelorproef komen de factoren aan bod die een invloed hebben op de kwaliteit van leven voor bewoners met dementie en op de kwaliteit van het werk van zorgverleners.

In heel wat woonzorgcentra verblijven bewoners met dementie op een gesloten afdeling. De literatuurstudie is een studie rond de beveiliging op een afdeling voor bewoners met dementie. Het doel van dit onderzoek is om een vergelijking te maken tussen een gesloten afdeling en een open afdeling waarbij de focus ligt op de beveiliging. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: "Wat is de meerwaarde van een open afdeling versus de meerwaarde van een gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum." Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag van de literatuurstudie werd data verzameld door middel van één zoekmachine 'Google' en volgende databanken: 'Nivel', 'Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu', 'Limo', 'Pubmed', 'Google Scholar', 'Cambridge Core', 'Justel' en 'Overheid.nl Wettenbank'.

De omgeving kan worden beïnvloed door verschillende factoren. Het praktijkonderzoek heeft als doel om organisatorische factoren die een invloed hebben op de structuur en de veiligheid in kaart te brengen. Door het praktijkonderzoek zou een bijdrage aan kwaliteitsvolle ouderenzorg geleverd kunnen worden. Hiervoor is volgende onderzoeksvraag geformuleerd: "Welke organisatorische factoren hebben een invloed op de structuur en veiligheid van een open of gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum." Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag van het praktijkonderzoek hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van getranscribeerde interviews uit het onderzoeksproject 'behoeften gebaseerde zorg'. De validiteit van de resultaten van het praktijkonderzoek wordt gewaarborgd door het toepassen van onderzoekstriangulatie. Het transcript is door elke onderzoeker individueel open en axiaal gecodeerd. Nadien heeft het onderzoeksteam selectief gecodeerd waarbij het manuscript onderworpen is aan een schrijfproces van vijf versies.

Uit de resultaten van de literatuurstudie blijkt dat aan een gesloten afdeling heel wat negatieve gevolgen verbonden zijn, terwijl een open afdeling zorgt voor heel wat positieve effecten bij deze bewoners. Een open afdeling heeft een grotere meerwaarde voor bewoners met dementie die in een woonzorgcentrum verblijven. Het toepassen van een open afdeling zonder enige beveiliging is echter geen optie. Om een open afdeling van beveiliging te voorzien, kan zorgdomotica worden toegepast. Uit de literatuurstudie kan besloten worden dat de omgeving een grote impact heeft op bewoners met dementie. Wanneer bewoners keuzevrijheid en bewegingsvrijheid ervaren, wordt een gevoel van autonomie gecreëerd en neemt de levenskwaliteit toe. In de praktijk wordt de bewoner centraal gezet door de integratie van persoonsgerichte zorg in de woonzorgcentra. Echter wordt de integratie van persoonsgerichte zorg bemoeilijkt door verscheidene organisatorische factoren: de balans tussen veiligheid en vrijheid, veranderende bewonerspopulatie, aanwezige blaamcultuur en de hoge werkdruk.

Trefwoorden literatuurstudie: dementie, woonzorgcentrum, open afdeling, gesloten afdeling en beveiliging.

Trefwoorden praktijkonderzoek: dementie, woonzorgcentrum, persoonsgerichte zorg, organisatorische factoren en autonomie.

E-mailadressen: [lisa.christiaens3@student.odisee.be](mailto:lisa.christiaens3@student.odisee.be) & [roxanne.pensaert@student.odisee.be](mailto:roxanne.pensaert@student.odisee.be)

## Woord vooraf

Na een intensieve periode van hard werken wordt met het schrijven van het woord vooraf de laatste hand gelegd aan deze bachelorproef. Het literatuuronderzoek is geschreven in het academiejaar 2019-2020 en het praktijkonderzoek is geschreven in het academiejaar 2020-2021, in het kader van het afstuderen in de 4-jarige professionele bacheloropleiding Verpleegkunde aan de Co-Hogeschool Odisee. Wij zouden graag enkele personen willen bedanken die het schrijven van deze bachelorproef mede mogelijk hebben gemaakt.

Wij willen het woonzorgcentrum 'Heilig Hart' bedanken voor het aanleveren van het onderwerp voor de literatuurstudie en de verschillende perspectieven.

Daarnaast richten wij graag een woord van dank aan onze interne begeleiders, mevrouw De Block en meneer Soenen van de opleiding Verpleegkunde aan de Co-Hogeschool Odisee. Wij zouden hen beiden willen bedanken voor de begeleiding en de opvolging van het literatuuronderzoek, het beantwoorden van onze vragen en het geven van feedback op ons werk.

Ook willen wij onze docent ethiek, meneer Peersman van de opleiding Verpleegkunde aan de Co-Hogeschool Odisee bedanken voor zijn expert opinion en ondersteunende literatuur als bijdrage aan de literatuurstudie.

Verder willen wij Katrin Gillis, docent aan de Co-Hogeschool Odisee en hoofdonderzoeker van PWO Odette, bedanken voor de intensieve begeleiding tijdens het realiseren van het praktijkonderzoek. Dankzij Katrin Gillis hebben we het resultaat bereikt dat we wilden bereiken. Als onderzoekers konden we steeds terugvallen op de expertise, het luisterend oor en de ondersteuning van Katrin Gillis.

Bij deze willen we ook het tijdschrift Senior bedanken om ons onderzoek voor te leggen aan twee beoordelaars uit de redactieraad waardoor een eventuele publicatie mogelijk gemaakt wordt.

Ten slotte nog een speciaal woord van dank aan onze ouders voor de morele ondersteuning tijdens het tot stand brengen van deze bachelorproef.

Lisa Christiaens en Roxanne Pensaert

Overmere & Zele, 22 mei 2021

# Inhoudsopgave

## Literatuurstudie

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Methodologie</b> .....	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Resultaten</b> .....	<b>11</b>
3.1	<i>Bewoners</i> .....	12
3.1.1	Specifiek gedrag .....	12
3.1.2	Beleving .....	12
3.1.3	Levenskwaliteit .....	13
3.1.4	Autonomie .....	14
3.1.5	Veiligheid .....	15
3.2	<i>Zorgverleners</i> .....	17
3.2.1	Beleving .....	17
3.2.2	Persoonsgerichte zorg .....	18
3.3	<i>Technologie</i> .....	19
3.4	<i>Recht</i> .....	22
3.4.1	België .....	22
3.4.2	Nederland .....	23
3.5	<i>Ethiek</i> .....	25
3.6	<i>Normalisatie</i> .....	27
<b>4</b>	<b>Discussie</b> .....	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>Conclusie</b> .....	<b>32</b>

## Praktijkonderzoek

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>35</b>
<b>2</b>	<b>Methodologie</b> .....	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Resultaten</b> .....	<b>39</b>
3.1	<i>Inleiding</i> .....	39
3.2	<i>Persoonsgerichte zorg</i> .....	40
3.2.1	Ondersteunen in autonomie .....	41
3.2.1.1	Het bieden van een gevoel van veiligheid .....	41
3.2.1.2	Het bieden van een gevoel van vrijheid .....	42
3.2.1.3	Familie .....	42
3.2.2	Ondersteunen in autonomie als uitdaging .....	43

3.2.2.1	Hoge werkdruk.....	43
3.2.2.2	Veranderende bewonerspopulatie .....	43
3.2.2.3	Blaamcultuur.....	44
3.3	<i>Betekenis voor de praktijk</i> .....	46
<b>4</b>	<b>Discussie</b> .....	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>Conclusie</b> .....	<b>51</b>
	<b>Bronvermelding</b> .....	<b>53</b>
	<b>Bijlagen</b> .....	<b>57</b>



**Literatuurstudie  
Professionele bachelor Verpleegkunde  
Studiegebied Gezondheidszorg**

**Academiejaar 2019-2020**

# **Leven met dementie: een gesloten versus open afdeling**

Bachelorproef aangeboden door

**Lisa Christiaens  
Roxanne Pensaert**

Interne begeleider(s):

**Ann De Block  
Clemens Soenen**

# 1 Inleiding

Dementie is wereldwijd een veelvoorkomende aandoening. De diagnose dementie vraagt een specifieke aanpak van de zorginstellingen, zoals een woonzorgcentrum. Door het woonzorgcentrum 'Heilig Hart' te Sint-Niklaas werd de vraag gesteld of er een mogelijkheid was om een studie te maken rond de beveiliging op een afdeling voor bewoners met dementie. Het woonzorgcentrum 'Heilig Hart' maakt momenteel gebruik van een gesloten afdeling als beveiliging. Het woonzorgcentrum wil zoveel mogelijk voldoen aan de noden van deze bewoners en zou op basis van deze literatuurstudie eventueel veranderingen willen doorvoeren in het belang van de bewoner met dementie.

Vanuit de vraag van het woonzorgcentrum 'Heilig Hart' werd volgende onderzoeksvraag geformuleerd: "Wat is de meerwaarde van een open afdeling versus de meerwaarde van een gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum." Deze literatuurstudie is een studie rond de beveiliging op een afdeling voor bewoners met dementie, waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen een gesloten en een open afdeling. Een open afdeling wordt in deze studie gezien als een afdeling waarvan de deuren niet op slot zijn en waarbij de bewoners met dementie de deuren kunnen openen. Bij een gesloten afdeling zijn de deuren wel gesloten voor bewoners met dementie. In dit literatuuronderzoek wordt weergegeven wat de verschillende perspectieven en mogelijkheden zijn binnen een woonzorgcentrum voor bewoners met dementie.

Binnen dit literatuuronderzoek staat het syndroom 'dementie' centraal. Dementie is een verzamelnaam voor verschillende symptomen waarbij er een aantasting is van de mentale processen. De neuronen of de zenuwcellen van een persoon met dementie worden aangetast in de hersenen tijdens het ziekteverloop en zullen uiteindelijk afsterven. Er ontstaan problemen met het geheugen waardoor het uitvoeren van dagelijkse activiteiten wordt bemoeilijkt. Dementie heeft een aantal algemene kenmerken: veranderingen in emotie en affectie, stoornissen in de mentale functies, een dalend ziektebesef en veranderingen in het gedrag en de persoonlijkheid. De aandoening heeft een impact op de totaliteit van de mens (Mariën et al., 2017). Dementie is een progressieve en chronische aandoening die vele mensen treft. De ziekte kent een variabel verloop en is tot op heden niet te genezen (Reimer, Slaughter, Donaldson, Currie & Eliasziw, 2004; von Lützu-Hohlbein, 2013).

In België zijn er ongeveer 202.000 mensen met dementie. In 2019 waren er in Nederland 280.000, waarvan er 80.000 mensen met deze aandoening in een verpleeg- of verzorgingshuis verbleven. In België zijn de meeste afdelingen voor personen met dementie gesloten, terwijl in Nederland steeds meer zorginstellingen hun deuren openen (Alzheimer Nederland, 2019; Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, z.j.).

Uit verschillende studies blijkt dat zowel omgevingsfactoren als psychologische factoren een invloed hebben op de algemene gezondheidstoestand, kwaliteit van leven, gedrag, onafhankelijkheid en functionaliteit van bewoners met dementie. In dit literatuuronderzoek wordt de invloed van omgevingsfactoren bekeken. Een woonzorgcentrum vervangt de huiselijke omgeving voor bewoners met dementie. Het is belangrijk dat een bewoner zich thuis kan voelen en zich vrij kan bewegen. De woonzorgcentra zijn aangepast aan de behoeften van een groep bewoners, maar de woonzorgcentra moeten zich ook afstemmen op de individuele behoeften van elke bewoner (Calkins, 2018; Hoge

gezondheidsraad, 2016; Marquardt, Bueter & Motzek, 2014; Van Steenwinkel Dierckx de Casterlé, & Heylighen, 2017; Verbeek, van Rossum, Zwakhalen, Kempen, & Hamers, 2008; Wigg, 2010). Volgens de studie van Verbeek et al. (2008) mag een persoon met dementie op een specifieke afdeling voor bewoners met dementie verblijven als de persoon een MMSE-score<sup>1</sup> van 7,1 tot 17,8 heeft.

Het literatuuronderzoek is opgedeeld in enkele grote delen. Na de inleiding komt de methodologie aan bod. In de methodologie wordt de zoekstrategie beschreven aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria. Als volgt worden de gevonden resultaten weergegeven vanuit verschillende perspectieven. Het literatuuronderzoek wordt gestart vanuit het perspectief van de bewoner. Het specifiek gedrag van bewoners met dementie wordt besproken. Nadien wordt besproken hoe bewoners met dementie een opname in een woonzorgcentrum en een verblijf in een gesloten afdeling beleven. De levenskwaliteit, de autonomie en de veiligheid komen als volgt aan bod: de resultaten in verband met de gesloten afdeling worden besproken voor de resultaten van de open afdeling. In het volgende deel wordt de focus gelegd op de zorgverleners waarbij hun beleving over een gesloten en open afdeling wordt weergegeven. Persoonsgerichte zorg wordt na de beleving toegelicht. Ten derde wordt er ingegaan op de rol en invloed van technologie om de autonomie en de veiligheid van de bewoners met dementie te garanderen. Vervolgens worden resultaten met betrekking tot wettelijke teksten bekeken voor België en Nederland. Voor België wordt het toegelicht vanuit twee mogelijke situaties: een persoon met dementie waarbij er sprake is van een vroegtijdige zorgplanning en een persoon met dementie waarbij de persoon terugvalt op de Wet Patiëntenrechten. Voor Nederland komt de Wet Zorg en Dwang ter sprake. Aansluitend wordt de onderzoeksvraag bekeken vanuit ethisch perspectief waarbij er wordt nagegaan wat goed en menswaardig is. In het laatste onderdeel van de resultaten wordt er dieper ingegaan op het begrip normalisatie waarbij de beeldvorming in verband met dementie wordt besproken. De resultaten worden tegenover elkaar gezet in de discussie. Als slot wordt er in de conclusie een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvraag.

Onze voornaamste drijfveer voor het schrijven van deze literatuurstudie is dat het verblijf van bewoners met dementie zo aangenaam mogelijk wordt gemaakt door het woonzorgcentrum, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke noden van de bewoners met dementie en waarbij de veiligheid en de autonomie van deze bewoners wordt gewaarborgd.

---

<sup>1</sup> MSSE staat voor Mini-mental state examination. De test wordt gebruikt bij een persoon als er een vermoeden is van geheugenproblemen of dementie. De test geeft geen diagnose (Perry, 2017).

## 2 Methodologie

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de meerwaarde van een open afdeling en de meerwaarde van een gesloten afdeling voor bewoners met dementie in een woonzorgcentrum is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Data werd verzameld aan de hand van een literatuuronderzoek via diverse databanken.

De literatuur bestaat uit 8 resultaten van het publicatiejaar 1998 tot 2009, uit 27 resultaten van het publicatiejaar 2010 tot 2020 en uit 1 resultaat zonder publicatiejaar. Er werd zowel Nederlandstalige als Engelstalige wetenschappelijke literatuur geraadpleegd. De massa werd herleid tot de essentie op basis van een selectie van onderwerpen die betrekking hebben op de onderzoeksvraag.

Voor dit literatuuronderzoek werd, op aanbeveling van het woonzorgcentrum 'Heilig Hart', vertrokken vanuit de fundamentele en toepassingen van het boek 'Ik, jij, samen mens' van Dely et al. (2018).

Om inzicht te verkrijgen in de huidige situatie en de onderzoeksvraag werd als eerst de zoekmachine 'Google' geraadpleegd. Er werd gebruik gemaakt van volgende zoektermen: "Dementie, open en gesloten woonzorgcentrum, vrijheid, autonomie, prevalentie België, prevalentie Nederland". Uit de zoekmachine kwamen 6 bruikbare resultaten. Deze resultaten gaven een richting aan voor het verdere verloop van het onderzoek. Hierbij wordt verwezen naar zoekboom X als bijlage. Vanuit de zoekmachine 'Google' zijn de databanken 'Nivel' en 'Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu' geraadpleegd. Voor de databank 'FOD' werd de zoekterm "dementie" gebruikt. Deze databank leverde 2 bruikbare resultaten op. Hiervoor wordt verwezen naar zoekboom I als bijlage. Bij de databank 'Nivel' werd als synoniem voor een woonzorgcentrum "verpleeghuis en verzorgingshuis" gebruikt en aangevuld met volgende zoektermen: "dementie en vrijheid". De databank 'Nivel' leverde 3 resultaten op die bijdroegen tot de beantwoording van de onderzoeksvraag. Hiervoor wordt verwezen naar zoekboom VII als bijlage.

Vervolgens kon er gericht te werk gegaan worden binnen 'Limo', 'Pubmed', 'Google Scholar' en 'Cambridge Core'. Voor de databank 'Limo' werden de zoektermen "dementia, freedom, residential care en kwaliteit van leven" gebruikt. Volgende inclusie- en exclusiecriteria werden gebruikt: "artikels, online toegang, publicatiejaar tussen 2010 en 2020, taal Engels, onderwerpen: dementia, older people, residential care, design, nursing homes en quality of life". De databank 'Limo' leverde 2 resultaten op die aansluiten bij de onderzoeksvraag. Hiervoor wordt verwezen naar zoekboom IX als bijlage. Eveneens werden artikels via 'Pubmed', 'Google Scholar' en 'Cambridge Core' opgezocht. Er werden diverse zoekstrings gemaakt met behulp van volgende zoektermen: "nursing homes, traditional/residential care, long-term care, special care units/facility, open doors, not locked facility". Deze databanken leverden 11 resultaten op die aansluiten bij de onderzoeksvraag. De resultaten leverden een pleidooi op met verschillende argumenten voor open en gesloten afdelingen. Informatie omtrent veiligheid, technologie, beeldvorming en normalisatie werd verworven. Hiervoor wordt verwezen naar de zoekbomen VIII, VI en III als bijlage. Vanuit de literatuurlijst van een wetenschappelijk artikel is een ander wetenschappelijk artikel gevonden dat aansluit bij de

onderzoeksvraag. Het artikel werd opgezocht via de databank 'Pubmed'. Hiervoor wordt verwezen naar zoekboom VIII als bijlage.

Om een beeld te verkrijgen van de huidige wetgeving in België en in Nederland werden 'Justel' en 'Overheid.nl Wettenbank' geraadpleegd. Bij de databank 'Justel' werd gebruik gemaakt van volgende zoektermen: "rechten van de patiënt en onbekwaamheid". Uit de databank van 'Justel' kwamen 2 bruikbare resultaten. Hiervoor wordt verwezen naar zoekboom IV als bijlage. Voor de databank 'Overheid.nl Wettenbank' werd volgende zoekterm gebruikt: "Zorg en dwang". Dit leverde 1 resultaat op dat aansluit bij de beantwoording van de onderzoeksvraag. Hiervoor wordt verwezen naar zoekboom V als bijlage.

Een ethisch luik werd toegevoegd bestaande uit een expert opinion van Peersman (2020). Na contact met de persoon en op zijn aanbeveling werd de literatuur van Vanlaere & Gastmans (2010) doorgenomen.

Tot slot werd uit nieuwsgierigheid de bibliotheek van de Co-Hogeschool Odisee Campus Waas geraadpleegd. Er werd gezocht naar fysieke exemplaren m.b.t. volgende onderwerpen: "Dementie, ouderenzorg, vrijheid, veiligheid, beveiliging, kwaliteit van leven/zorg, open en gesloten afdeling". Dit leverde drie boeken en één tijdschriftartikel op die bijdroegen tot de volledigheid van het literatuuronderzoek. Hiervoor wordt verwezen naar zoekboom II als bijlage. Het boek "Praktisch gezondheidsrecht" van Haegeman et al. (2017) en het boek "Brein & zorg" van Mariën et al. (2017) waren eigen boeken die gebruikt werden.

### 3 Resultaten

Voor deze literatuurstudie werd volgende onderzoeksvraag geformuleerd: "Wat is de meerwaarde van een open afdeling versus de meerwaarde van een gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum." Om de onderzoeksvraag te beantwoorden heeft zowel de eerste als de tweede auteur data verzameld en geanalyseerd. In samenwerking werden de uitkomsten bekeken en geformuleerd.

De data voor deze literatuurstudie werd verzameld aan de hand van een kwalitatief onderzoek waarbij gebruik werd gemaakt van diverse databanken. Er werd zowel Nederlandstalige als Engelstalige wetenschappelijke literatuur geraadpleegd. Er werd gebruik gemaakt van één zoekmachine, 'Google'. Andere data is verzameld via volgende databanken: 'Nivel', 'Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu', 'Limo', 'Pubmed', 'Google Scholar', 'Cambridge Core', 'Justel' en 'Overheid.nl Wettenbank'. Er werden ook resultaten verkregen via een expert opinion die nadien werd gestaafd met bijhorende literatuur. Tot slot werden er uit nieuwsgierigheid ook boeken geraadpleegd uit de bibliotheek van de Co-Hogeschool Odisee Campus Waas en boeken in eigen bezit.

De gevonden resultaten worden weergegeven vanuit een aantal perspectieven. Het literatuuronderzoek start vanuit het perspectief van de bewoner waarbij volgende zaken aan bod komen: het specifiek gedrag van bewoners met dementie, hoe bewoners met dementie een opname in een woonzorgcentrum en een verblijf in een gesloten afdeling beleven, hoe de levenskwaliteit, autonomie en veiligheid wordt ervaren door bewoners met dementie. De resultaten in verband met de gesloten afdeling worden besproken voor de resultaten van de open afdeling. In het volgende deel wordt de focus gelegd op de zorgverleners waarbij hun beleving over een gesloten en open afdeling wordt besproken. Nadien wordt persoonsgerichte zorg toegelicht. Ten derde wordt er ingegaan op de rol en invloed van technologie om de autonomie en de veiligheid van de bewoners met dementie te garanderen. Vervolgens worden resultaten met betrekking tot wettelijke teksten bekeken voor België en Nederland. Aansluitend wordt de onderzoeksvraag bekeken vanuit ethisch perspectief waarbij wordt nagegaan wat goed en menswaardig is. Tenslotte wordt dieper ingegaan op het begrip normalisatie waarbij de beeldvorming in verband met dementie wordt besproken.

## 3.1 Bewoners

### 3.1.1 Specifiek gedrag

Doorheen het dementieproces komen verschillende gedragskenmerken tot uiting die eigen zijn aan de aandoening. Dwalen en wegloupedrag zijn enkele voorbeelden (Dely, Verschraegen & Steyaert, 2018). Volgens de studie van Wigg (2010) vertoont ongeveer 37% tot 60% van de personen gediagnosticeerd met dementie dwaal- en wegloupedrag. Dit gedrag wordt gezien als een gevaarlijke activiteit waaraan risico's zijn verbonden. Mensen met dementie die dit gedrag vertonen verblijven meestal op een gesloten afdeling om hen te beschermen en om hun veiligheid te garanderen (Wigg, 2010). De verklaring voor dit gedrag kan een combinatie van factoren zijn. Het kan duiden op een uitdrukking van onderliggende emoties, een lichamelijke oorzaak of een reactie op de omgeving (Dely et al., 2018). Bewoners met dementie gaan voornamelijk ronddwalen als ze de omgeving als stresserend en angstig ervaren (Hoge gezondheidsraad, 2016; Wigg, 2010). De bewoner wil de instelling verlaten met een specifiek doel voor ogen. De confrontatie met een gesloten deur zorgt voor gevoelens van angst en woede. De bewoner met dementie is onrustig en dit kan leiden tot agressieve reacties en agitatie. Een onrustige bewoner kan aanzet geven tot onrustig gedrag bij de andere bewoners met dementie (Hoge gezondheidsraad, 2016; Rommel, Declercq, De Clercq, Van Audenhove & Lammertyn, 1998; Wigg, 2010).

Wegloepgedrag en dwaalgedrag wordt in een open afdeling gezien als normaal binnen het dementieproces, aangezien er veranderingen gebeuren in de hersenen van de bewoner met dementie. Het gedrag maakt deel uit van het ziekteproces (Wigg, 2010). Onderzoek toont aan dat het van belang is om dit gedrag te voorkomen. Om dit te verwezenlijken wordt een non-farmacologische aanpak verkozen, waarbij op zoek gegaan wordt naar de onderliggende oorzaak. Eens deze achterhaald is, wordt geprobeerd de oorzaak weg te werken of te vermijden. In de non-farmacologische aanpak worden antipsychotica bij voorkeur niet te snel toegediend. Dit werkt geestelijke en fysieke achteruitgang in de hand, waarbij de onderliggende oorzaak niet behandeld wordt (Dely et al., 2018; Hoge gezondheidsraad, 2016; Wigg, 2010). Bovendien zullen bewoners met dementie minder tijd besteden aan rondlopen, wegloupen en ronddwalen als ze actief bezig zijn met activiteiten die hun interesseren en activiteiten die aansluiten bij hun cognitief vermogen (Calkins, 2018).

### 3.1.2 Beleving

Een opname in een woonzorgcentrum is een ingrijpende gebeurtenis die heel wat onzekerheid en angst met zich meebrengt. De persoon met dementie verlaat zijn vertrouwde omgeving en de vertrouwde mensen om zich heen. Een opname is een confrontatie met het eigen achteruit gaan en de persoon komt in aanraking met andere mensen met dementie (Verdult, 2003). In het boek van Verdult (2003) wordt verwezen naar het hospitalisatiesyndroom waarbij: apathie, interesseverlies, verdwijnen van gewoonten en verlies van individualiteit de meest voorkomende symptomen zijn. De symptomen worden bij een langdurige opname vastgesteld. Deze kenmerken komen deels terug in het normale ziekteverloop van dementie, maar het hospitalisatiesyndroom kan een versterkende

factor zijn voor de uiting van deze kenmerken. Uiteindelijk zal een woonzorgcentrum door de bewoner met dementie worden gezien als hun eigen huis of hun eigen thuis. In de eigen omgeving gaat een persoon ervan uit dat hij of zij overal mag komen. Een bewoner met dementie hanteert dezelfde manier van denken en gaat ervan uit dat hij of zij overal in het woonzorgcentrum mag komen. Bewoners die verblijven in een gesloten afdeling kunnen zich niet verplaatsen over het gehele gebouw. Ze hebben het gevoel dat ze opgesloten zitten. De bewoners ervaren gevoelens van angst, vernedering, woede, onbegrip, frustratie en onrust (Breebaart, Hardeman, Van Vliet, Van der Leeuw, De Wit & Lukkien, 2018; Dely et al., 2018; Driesen, van der Klift & Krause, 2017; Lampo et al., 2016; Rommel et al., 1998; Van Beek et al., 2004; Wigg, 2010).

Volgens Kok et al. (2013) zorgt een gesloten deur voor meer agitatie en agressie bij de bewoners met dementie in tegenstelling tot de literatuurstudie van Marquardt et al. (2014), waaruit blijkt dat er op gesloten afdelingen minder verdriet en agressieve reacties zijn en dat er minder agitatie voorkomt. Wanneer de zintuigen worden geprikkeld door de omgeving zou er minder agitatie voorkomen (Marquardt et al., 2014). Wanneer bewoners met dementie de afdeling hebben kunnen verlaten en nadien worden teruggebracht door een zorgverlener, wordt er minder angst en agressie opgemerkt bij de bewoner met dementie (Wigg, 2010).

Vrijheid beperkende maatregelen worden vaker gebruikt bij mensen die zich moeilijk kunnen verweren zoals ouderen. Als een bewoner met dementie niet protesteert, betekent dat niet automatisch dat de bewoner akkoord is. De bewoner kan zijn protest gestaakt hebben en de situatie hebben aanvaard. Er worden machtsverhoudingen gecreëerd tussen de zorgvrager en de zorgverlener, waarbij zorgvragers zich in een kwetsbare positie bevinden. Een persoon met dementie dient te worden behandeld als een uniek individu en niet als een object (von Lützu-Hohlbein, 2013).

### 3.1.3 Levenskwaliteit

De omgeving van een woonzorgcentrum heeft een invloed op de levenskwaliteit van bewoners met dementie. In verschillende studies worden geen definities vermeld van het begrip "levenskwaliteit". Het vrij kunnen bewegen en een grote bewegingsvrijheid zorgt voor een positief effect op de gezondheidstoestand, de fysiologie en de psychologie van bewoners met dementie (Calkins, 2018; Van Beek et al., 2004; Wigg, 2010). De omgeving kan factoren als angst, verwardheid en agressie verminderen. Bovendien zorgt een huiselijke sfeer voor een hogere levenskwaliteit (Dely et al., 2018). In het algemeen heeft de omgeving geen invloed op de cognitie van de bewoner met dementie. Het dementieproces is een evoluerend gegeven (Marquardt et al., 2014).

Een gesloten deur is een vrijheid beperkende maatregel die tot schade kan leiden op fysisch en mentaal vlak (Driessen et al., 2017; van Leen, 2005). Depressieve symptomen komen meer voor in een gesloten afdeling dan in een open afdeling (Kok, Berg & Scherder, 2013; Wigg, 2010). Als in een gesloten afdeling gebruik gemaakt wordt van gecamoufleerde deuren en stille systemen dan worden de depressieve symptomen gereduceerd (Marquardt et al., 2014).



Een open afdeling en onopvallende veiligheidsvoorzieningen hebben positieve effecten op de levenskwaliteit van de bewoners met dementie (Marquardt et al., 2014; Van Steenwinkel et al., 2017). Wanneer bewoners met dementie verhuizen van een gesloten afdeling naar een open afdeling zijn de bewoners verrast en zorgt de nieuwe omgeving voor positieve prikkels, waarbij hun medicatie tegen angst meestal wordt afgebouwd (Wigg, 2010). Een open afdeling draagt bij tot de sociale contacten van de bewoner met dementie (Calkins, 2018; Van Steenwinkel et al., 2017).

Uit een studie van Gerritsen et al. (2010) is gebleken dat er een verschil is in kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hoe hun zorgverleners dit invullen. Mensen met dementie vinden domeinen als nuttig zijn, zingeving en spiritualiteit belangrijk. Hetzelfde geldt voor veiligheid, privacy, zelfbeschikking en vrijheid. Vervolgens werd nagegaan in hoeverre zorgverleners bezig zijn met het verwezenlijken van de domeinen van kwaliteit van leven van de mensen met dementie. De zorgverleners richten zich tot de meeste domeinen, maar in geringe mate tot het domein nuttig zijn en zingeving.

#### 3.1.4 Autonomie

Van Steenwinkel et al. (2017) formuleren de volgende definitie van autonomie:

*"a state in which the person is, or feels, capable of pursuing life goals by the use of his or her own resources, and which implies freedom of choice, action, and self-regulation of one's life space – in other words, the perception of and capacity for effective independent action".*

Autonomie kan worden gezien als een ideaal. Het is niet de bedoeling dat een bewoner zichzelf of anderen kan blootstellen aan gevaren omwille van respect voor de autonomie van een welbepaalde bewoner (Raadgevend comité voor bio-ethiek, 2011). Met de autonomie van een bewoner met dementie moet steeds rekening worden gehouden, al is deze moeilijk te behouden (Van Beek et al., 2004; Verbeek, et al., 2008). Nochtans leidt autonomie tot het gevoel grip te hebben op de dingen om zich heen. Een gebrek aan autonomie resulteert in moeilijk hanteerbaar gedrag (Dely, et al., 2018). Het is zinvol om een balans te zoeken tussen autonomie en geborgenheid. De balans zorgt voor een gevoel van voldoening en beheersing bij de bewoner. Zonder enige vorm van geborgenheid, kan er geen autonomie ontstaan (Dely, et al., 2018). Een gesloten afdeling kan bijdragen tot een geborgen sfeer aangezien niet iedereen zomaar binnen en buiten kan lopen op de afdeling (Rommel, et al., 1998). Het is een moeilijke en delicate balans tussen het ondersteunen van de vrijheid van de bewoner en de keuzes van de bewoner. Aan elke beslissing moeten zo weinig mogelijk risico's zijn verbonden (Calkins, 2018; Wigg, 2010).

Op een gesloten afdeling wordt de bewegingsvrijheid van bewoners met dementie ingeperkt aangezien de deur van de afdeling is afgesloten. De bewoners worden steeds herinnerd aan hun beperkte vrijheid en ervaren minder autonomie (Rommel et al., 1998; Van Beek et al., 2004; Van Steenwinkel et al., 2017; Wigg, 2010). Daartegenover staat een open afdeling waarbij de deuren open zijn en de bewoners dus wel een keuze hebben om te gaan en te staan waar ze willen (binnen een

veilige binnen- of buitenomgeving). Het is belangrijk dat bewoners met dementie de keuze hebben om de afdeling te verlaten wanneer ze dat willen (Calkins, 2018; Van Steenwinkel et al., 2017).

### 3.1.5 Veiligheid

De progressieve aard van dementie uit zich in een uniek en individueel ziekteverloop. Omwille van de diversiteit tussen de bewoners onderling worden er soms veiligheidsmaatregelen genomen voor bepaalde bewoners die nefast zijn voor de bewegingsvrijheid van andere bewoners (Driessen et al., 2017; Van Leen, 2015; Van Steenwinkel et al., 2017). Volgens verschillende studies wordt er gekozen voor een gesloten afdeling om de bewoners met dementie te beschermen. Op een gesloten afdeling ervaren bewoners een hoger gevoel van veiligheid (Calkins, 2018; Driessen et al., 2017; Lampo et al., 2016; Van Beek, et al., 2004). Een te grote focus op vrijheid zou riskante situaties kunnen creëren die de kwaliteit van leven doet afnemen voor de bewoners met dementie (Parker et al., 2004).

Wanneer een bewoner met dementie herhalend wegloupedrag vertoont zijn er twee mogelijkheden om de veiligheid van de bewoner te waarborgen. Bij de eerste optie kan worden gezocht naar een zorgsetting en zorgprogramma dat de bewoner ondersteunt om het wegloupedrag te reduceren. De tweede optie is het plaatsen van een bewoner met dementie op een gesloten afdeling met een voorschrift van de arts wanneer het noodzakelijk is. Deze optie zou in principe zo weinig mogelijk moeten worden toegepast. Het is niet altijd mogelijk om rekening te houden met de keuze van de bewoner (Calkins, 2018).

Er zijn verschillende mogelijkheden om meer vrijheid in de zorg te creëren. Een voorbeeld daarvan is om deuren binnen het woonzorgcentrum te openen. Op die manier hebben bewoners toegang tot alle ruimtes. Ze hebben vrijheid binnen het gebouw. Een andere mogelijkheid is om deuren open te zetten naar buiten toe en toegang te verlenen tot de tuin en de straat (Breebaart et al., 2016). Er is een groot verschil tussen een deur die dicht is en een deur die op slot is. Bewoners met dementie ervaren niet meer het gevoel van opgesloten te zitten, ze kunnen gehoor geven aan hun loopdrang. Bewoners met dementie zijn rustiger, omdat ze de deur kunnen openen als ze dat willen (Driessen et al., 2017). Dit sluit aan bij de belevingsgerichte zorg. De bewoner met dementie kan naar de ruimte gaan waar hij of zij op dat moment zin in heeft (Breebaart et al., 2016). Er zijn echter ook bewoners met dementie die een gesloten deur nodig hebben om zich veilig te voelen en rust te vinden (van Leen, 2015).

Volgens Breebaart et al. (2016) zijn er deuren nodig. Breebaart et al. (2016) zijn voorstander om deuren te camoufleren omdat bewoners met dementie dan minder het gevoel hebben dat ze opgesloten zitten. Het biedt een veilige en aangename omgeving. Wanneer deuren op een afdeling worden gecamoufleerd, zouden de deuren kunnen openblijven. Bewoners met dementie zullen dan zelden of nooit de deuren proberen openen. Het heeft een positief effect op bewoners met dementie, ze vertonen minder wegloupedrag. Bovendien zijn de bewoners met dementie minder geagiteerd. Het camoufleren van deuren kan zowel bij een open als een gesloten afdeling worden toegepast (Marquardt et al., 2014; Rommel, et al., 1998). In het artikel van von Lützu-Hohlbein (2013) worden deze assumpties weerlegt: als deuren of andere zaken worden gecamoufleerd blijven bewoners met dementie een uitweg zoeken.

Voor de veiligheid van de bewoners is het niet mogelijk om 's nachts een afdeling open te laten, ook al is het een open afdeling (Rommel, et al., 1998). Bovendien moeten zorgverleners de deuren kunnen sluiten wanneer de veiligheid van een bewoner of meerdere bewoners in het gedrang komt. Dit kan zorgen voor angst en veranderingen in de gemoedstoestand zoals frustratie en irritatie (Van Steenwinkel et al., 2017; Wigg, 2010).

Het is niet omdat de deuren open zijn dat bewoners naar buiten gaan of heel ver gaan. Voor sommige bewoners met dementie is het voldoende om de deur open te doen en terug dicht te doen als er iemand binnenkomt. Anderen doen graag de deur open en toe om te kijken wat voor weer het is. Er ontstaan verschillende interacties met deuren zonder dat de bewoner naar buiten gaat. Er zijn bewoners die een blokje om het gebouw zullen wandelen, anderen zetten een paar stappen buiten en komen dan terug. Dit geeft mogelijkheden voor bewoners. Ze zijn nooit echt ver weg, maar deze deurinteracties zorgen ervoor dat bewoners gelukkiger, vrolijker en kalm worden. Op deze manier kunnen ze gehoor geven aan die loopdrang en onrust die ze ervaren. Deuren krijgen ook een andere functie dan enkel een weg naar buiten. Een open deur vermindert de confrontatie met de beperking van vrijheid. Het verlaagt de wens om naar buiten te gaan. (Breebaart et al., 2016; Driesen et al., 2017; van Leen, 2015).

Bewoners met dementie alleen laten rondlopen buiten het gebouw houdt risico's in en vraagt begeleiding. Sommige bewoners met dementie zijn niet meer in staat om alleen buiten te functioneren. Een bewoner kan de weg kwijtraken en niet in staat zijn om buiten te overleven. Voor bewoners met dementie kan preventief een vermissingfiche worden ingevuld, dat de te ondernemen stappen weergeeft (Dely et al., 2018). Wanneer de bewoners met dementie binnen het gebouw blijven, maar buiten hun afdeling, zijn er minder risico's aan verbonden en hebben ze bewegingsvrijheid en keuzemogelijkheid (Wigg, 2010).

## 3.2 Zorgverleners

### 3.2.1 Beleving

Zorgverleners geven aan dat ze een maatregel enkel als vrijheid beperkend ervaren als de bewoner daar last van zou hebben. Vrijheid beperkende maatregelen worden door de zorgverleners gezien als een morele verplichting om de bewoner met dementie te beschermen. Als zorgverleners twijfelen over de vrijheid beperkende maatregelen, dan zullen ze deze toch toepassen. Zorgverleners ontwikkelen coping strategieën, probleem- en emotionele strategieën om met negatieve gevoelens in verband met vrijheid beperkende maatregelen om te gaan (Lampo et al., 2016). Zorgverleners ervaren wegloupedrag als een hoger risico tegenover rustig dwaalgedrag (Wigg, 2010).

In het artikel van Breebaart et al. (2016) zijn de zorgverleners van mening dat er regelmatig moet worden nagegaan of de reden van vrijheid beperkende maatregelen nog nodig zijn. Zorgverleners kunnen dit per bewoner bespreekbaar maken tijdens het multidisciplinair overleg. Dit kan men doen door rekening te houden met volgende vragen:

- Is de maatregel de minst ingrijpende maatregel?
- Is de maatregel nog noodzakelijk of is deze overbodig geworden?
- Is de maatregel die wordt toegepast in het belang van de bewoner?
- Welke risico's zijn er?

Zorgverleners hebben een veiliger gevoel in een gesloten afdeling. Zorgverleners moeten wennen aan het idee dat bij een open afdeling de bewoners met dementie overal kunnen lopen (Breebaart et al., 2016). Het is zoeken naar de juiste balans tussen de risico's, de veiligheid en de individuele noden per bewoner (Driessen et al., 2017). Als bewoners met dementie agressief gedrag vertonen omwille van een gesloten deur ervaren zorgverleners stress, schuldgevoelens en frustratie, wat nefast is voor de bewoners met dementie (Lampo et al., 2016; Wigg, 2010).

Wanneer de afdeling open is, moet er ook worden gekeken naar de beleving van de zorgverleners. Omdat de zorgverleners verantwoordelijk zijn voor de bewoners met dementie zijn ze vaak bang voor de gevolgen wanneer bewoners met dementie vallen, verdwalen, onderkoeld raken of zichzelf pijn doen. In zulke gevallen heerst er angst voor negatieve publiciteit en voelen zorgverleners zich schuldig (Breebaart et al., 2016; Driessen et al., 2017; Libbrecht, 2020; Rommel, et al., 1998; van Leen, 2015). Vanuit het verantwoordelijkheidsgevoel heeft het personeel angst voor eventuele juridische stappen als een bewoner met dementie de afdeling verlaat waarbij de situatie escaleert. Vrijheid beperkende maatregelen worden in sommige situaties toegepast om te voldoen aan de verantwoordelijkheid van de zorgverleners (Lampo et al., 2016; Wigg, 2010). Wanneer meerdere bewoners met dementie de open afdeling tegelijkertijd of rond hetzelfde tijdstip verlaten, dan ervaren de hulpverleners stress (Driessen et al., 2017; Wigg, 2010).

### 3.2.2 Persoonsgerichte zorg

Bij een persoonsgerichte zorg wordt vertrokken vanuit een holistische aanpak waarbij de bewoner centraal staat. Het vergroot de levenskwaliteit, het welzijn, de autonomie en de vrijheid (Calkins, 2018; Dely et al., 2018; Peersman, 2020; Verbeek et al., 2008; von Lützu-Hohlbein, 2013). Het is de bedoeling om ongemakken en discomfort te vermijden. Er moet rekening gehouden worden met het cognitief vermogen van de bewoner (Calkins, 2018; Rommel et al., 1989). Voor elke bewoner individueel moeten er beslissingen worden genomen aansluitend bij de noden van die bewoner (Raadgevend comité voor bio-ethiek, 2011). Het is de bedoeling dat de bewoners met dementie een zo normaal mogelijk leven leiden in de mate van het mogelijke waarbij er respect is voor hun rechten en mogelijkheden. Voor het opstellen van zo een belevingsgericht plan wordt er vertrokken vanuit de persoonlijkheid van de bewoner, het verleden en de toekomst. Zowel de persoon met de dementie als de familie kunnen hierbij betrokken worden (Dely et al., 2018). Bovendien draagt de omgeving bij tot persoonsgerichte zorg (Calkins, 2018). Volgens Wigg (2010) moet het type afdeling, open of gesloten, aansluiten bij wat een bewoner nodig heeft als individu. Wanneer aan de noden van een bewoner wordt voldaan, is er een stijging in de kwaliteit van leven. Agressief gedrag zal dan minder of niet voorkomen. Volgens Calkins (2018) is een gesloten afdeling, waarbij de bewoners met dementie niet buiten kunnen, geen persoonsgerichte zorg.

### 3.3 Technologie

Op vlak van technologie is de laatste jaren vooruitgang geboekt. Door de ontwikkeling en toepassing van verschillende systemen wordt de bewegingsvrijheid van een individu in de mate van het mogelijke geoptimaliseerd, waarbij er niet moet worden ingeboet op veiligheid (Lampo et al., 2016; Wigg, 2010). Dankzij deze nieuwe technologieën zijn afdelingen in staat om hun deuren te openen (Wigg, 2010; Calkins, 2018). Verschillende systemen kunnen de kwaliteit van leven van de bewoner positief beïnvloeden. De volledige vrijheid van een bewoner met dementie kan niet gegarandeerd worden maar de autonomie van bewoners met dementie wordt bevorderd (Lampo et al., 2016; Wigg, 2010). Dit is van toepassing op bewoners die in het begin van het dementieproces zitten en nog enige zelfredzaamheid hebben (Breebaart et al., 2016; Depla et al., 2010; van Leen, 2015; von Lützu-Hohlbein, 2013).

Er wordt gesproken van zorgdomotica aangezien het wordt toegepast in de zorgomgeving (Breebaart et al., 2016; Depla et al., 2010; Lampo et al., 2016; van Leen, 2015; von Lützu-Hohlbein, 2013). De definitie van zorgdomotica volgens Lampo et al. (2016):

*"Zorgdomotica is een verzamelnaam voor elektronische communicatie tussen allerlei elektrische toepassingen in de woning en woonomgeving ten behoeve van een persoon die door lichamelijke en/of verstandelijke beperking, een lichamelijke en/of psychische ziekte of door ouderdom afhankelijk is van de toepassing".*

Om zorgdomotica te kunnen integreren zijn er enkele randvoorwaarden. Ten eerste moet het beleid of de visie van het woonzorgcentrum worden herzien. De zorgdomotica heeft een invloed op de werking van het woonzorgcentrum, het personeel en de bewoners. Er zal steeds moeten worden gezocht naar de mildste vorm van vrijheidsbeperking. Ten tweede moet het personeel en de bewoners de zorgdomotica aanvaarden. Als de omgeving positief reageert op de zorgdomotica dan worden de bewoners met dementie ook positief gestimuleerd om de werking te aanvaarden en te begrijpen. Bovendien moet de zorgdomotica betrouwbaar, compatibel, gebruiksvriendelijk, flexibel en toegankelijk zijn (Lampo et al., 2016). Zowel de persoon met dementie als de familieleden en mantelzorgers moeten betrokken worden bij eventuele overwegingen naar elektronische hulpmiddelen (Dely et al., 2018).

In een woonzorgcentrum wordt op een open afdeling zorgdomotica toegepast om toezicht te kunnen houden op de bewoners. Zorgdomotica is onopvallend aanwezig in de woonomgeving (Lampo et al., 2016). Er wordt gebruik gemaakt van bewegingsdetectors, gps, chips in kleding, leef-en loop cirkels, gecamoufleerde deuren, loopcircuit ed. (Breebaart et al., 2016; Calkins, 2018; Depla et al., 2010; Lampo et al., 2016; van Leen, 2015; von Lützu-Hohlbein, 2013; Wigg, 2010). De zorgdomotica zorgt voor alarmering, tracering, signalering en beveiliging (Lampo et al., 2016). De zorgdomotica wordt ingezet om de bewoner veiligheid te bieden en geeft zorgverleners gemoedsrust in situaties waarin er niet direct gevaar dreigt. Als bewoners gaan dwalen of weglopen, dan zijn ze gemakkelijk terug te vinden (Breebaart et al., 2016; Calkins, 2018; Depla et al., 2010; Lampo et al., 2016; van Leen, 2015; von Lützu-Hohlbein, 2013; Wigg, 2010).

De studie van Lampo et al. (2016) beschouwt zorgdomotica als 'slimme technologie'. Hierbij is er een koppeling tussen informatie- en communicatietechnologieën die ondersteuning bieden aan de zorg en het welzijn van de zorgbehoevende, wat als volgt zorgt voor een betere kwaliteit van leven. Een voorbeeld hiervan is een bewegingsdetector die de zorgverleners een alarmsignaal geeft wanneer een bewoner de afdeling of het gebouw verlaat. De bewoner kan op deze manier vergezeld worden of in het oog gehouden worden door een zorgverlener. Bewegingsdetectors maken het personeel er attent op om een individu te begeleiden en/of te observeren (Wigg, 2010; Lampo et al., 2016). De zorgdomotica zorgt voor een verhoging van de levenskwaliteit, de onafhankelijkheid, de vrijheid, de mobiliteit, de sociale interacties, het gevoel van eigenwaarde, de zelfredzaamheid, de autonomie en de veiligheid van bewoners met dementie (Breebaart et al., 2016; Depla et al., 2010; van Leen, 2015; von Lützu-Hohlbein, 2013). Bovendien verbetert het ook de werkomstandigheden voor de zorgverleners. Het zorgt voor tijdsbesparing en de hulpverleners kunnen efficiënt worden ingezet. In Vlaanderen zijn er geen prevalentiecijfers gekend over het gebruik van zorgdomotica. Nederland is de koploper in het gebruik ervan (Lampo et al., 2016). Volgens onderzoek van Lampo et al. (2016) is voor 62% van de zorgverleners, zorgdomotica 'altijd' of 'dikwijls' een alternatief voor vrijheid beperkende maatregelen. Zesendertig procent van de zorgverleners ziet zorgdomotica als een alternatief afhankelijk van de situatie. Slechts 2% van de zorgverleners vindt zorgdomotica geen alternatief.

Zorgdomotica heeft een invloed op de privacy. Uit onderzoek van Lampo et al (2016) vindt 9% van de zorgverleners dat de privacy nooit wordt geschonden. Vierentachtig procent van de zorgverleners heeft 'zelden' of 'soms' geantwoord. De meerderheid vindt dat zorgdomotica soms de privacy schendt. Soms zijn de behoeften van het personeel in strijd met die van bewoners met dementie. Bijvoorbeeld: personeel kan omwille van hun veiligheid de bewoners continu monitoren en bewaken, terwijl bewoners meer privacy wensen. Zorgdomotica kan als onprettig worden ervaren door de bewoners, omdat men een situatie creëert waarbij de zorgverleners kijken naar de bewoners zoals in de dierentuin. Rond privacy zou nog verder onderzoek moeten gedaan worden (Breebaart et al., 2016; Depla et al., 2010; von Lützu-Hohlbein, 2013).

Als er zorgdomotica wordt gebruikt ervaart 68% van de zorgverleners een even grote werkdruk als wanneer er geen zorgdomotica wordt gebruikt. Slechts 28% ervaart een lagere werkdruk bij het gebruik ervan (Lampo et al., 2016). De overgrote meerderheid (95%) verwacht dat de personeelsbezetting hetzelfde blijft bij het gebruik van zorgdomotica (Lampo et al., 2016).

Het gebruik van zorgdomotica heeft ook zijn beperkingen. Het gebruik van zorgdomotica kan worden gezien als een vorm van vrijheid beperkende maatregelen (Breebaart et al., 2016; Depla et al., 2010; van Leen, 2015; von Lützu-Hohlbein, 2013). Dit is vooral het geval wanneer een bewoner met dementie zich hier tegen verzet (Calkins, 2018; Lampo et al., 2016).

Zorgdomotica is een grote financiële investering. Zorgdomotica kan gevaarlijke situaties detecteren, maar niet voorkomen. Er is ook geen garantie dat zorgverleners snel ter plekke zijn. Zorgdomotica is nog onvoldoende ontwikkeld, waardoor zorgverleners nog vaak valse meldingen krijgen. Het zorgt voor een vals gevoel van veiligheid waardoor zorgverleners zich genoodzaakt voelen om toch extra rondes van controle te doen bij de bewoners met dementie. Ze blijven zich verantwoordelijk voelen als er iets zou gebeuren. Doordat de ene bewoner met dementie bijvoorbeeld toegang heeft tot het

vrij rondlopen in de zorginstelling en een andere bewoner niet, maar toch mee glipt naar buiten (Breebaart et al., 2016; Depla et al., 2010; von Lützu-Hohlbein, 2013). Dementie heeft een fluctuerend ziekteverloop. Hierdoor veranderen de mogelijkheden van de bewoner doorheen de tijd, wat het soms moeilijk maakt om de juiste technologie toe te passen (Wigg, 2010).



## 3.4 Recht

### 3.4.1 België

Dementie is een degeneratieve aandoening van de hersenen, waardoor het beslissingsvermogen en de wilsbekwaamheid<sup>2</sup> van de persoon met dementie wordt beïnvloed (Raadgevend comité voor bio-ethiek, 2001). Binnen het juridisch kader in België wordt er gesproken over bekwaamheid. Wilsonbekwaamheid kan het gevolg zijn van een ziekte zoals dementie. Als de persoon in kwestie wilsonbekwaam is, dan kan de persoon zijn rechten en plichten niet meer uitoefenen. Wilsonbekwaamheid wordt bepaald door de arts, het is een medische beslissing. Dementie impliceert niet automatisch wilsonbekwaamheid (Haegeman & Van Cauter, 2017). Wanneer een persoon wilsonbekwaam wordt verklaard, beschikt deze persoon wel nog altijd over zelfbeschikking. Deze zelfbeschikking moet men respecteren en nog zoveel mogelijk stimuleren om ze tot uiting te brengen. Als een persoon met dementie bijvoorbeeld geen zin heeft om gewassen te worden, vormt dat geen probleem om het wassen eens in te perken tot het noodzakelijke. Er zijn geen al te grote risico's aan verbonden. Als de persoon zijn medicatie niet wil nemen, zijn daar wel gevolgen aan verbonden. Als zorgverlener kan niet altijd ingegaan worden op de wensen van de bewoner (Dely et al., 2018).

De bescherming voor de persoon in het algemeen bevindt zich zowel op buitengerechtig als op gerechtelijk niveau. Bij buitengerechtig bescherming wordt er gesproken van een zorgvolmacht of een geregistreerde lastgeving voor het geval dat de lastgever op een dag wilsonbekwaam wordt. Op moment van registratie moet een persoon wilsbekwaam zijn. Voor de gerechtelijke bescherming is de wet van 17 maart 2013 in werking getreden op 1 september 2014, met betrekking tot de hervorming van de regelgeving inzake onbekwaamheid en tot invoering van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid, het eenheidsstatuut. Eerst wordt er gekeken of er een buitengerechtig bescherming is. Zo niet kan er een eenzijdig verzoekschrift worden ingediend om aan te tonen waarom een persoon tijdelijk of blijvend niet in staat is om beslissingen te nemen over zichzelf. De gerechtelijke bescherming valt onder de bevoegdheid van het vredegerecht (Haegeman & Van Cauter, 2017; Wet van 17 maart 2013).

Een persoon met dementie kan vooraf alles zelf regelen, dan is er sprake van vroegtijdige zorgplanning. De persoon met dementie bespreekt en plant de zorg voor de toekomst met de familie en de zorgverstrekkers. Hierin worden alle schriftelijke voorafgaande wilsverklaringen opgenomen waarbij de persoon aangeeft welke gezondheidszorg hij of zij wenst. Er zijn twee vormen van wilsverklaringen. De eerste vorm is een negatieve wilsverklaring, hierbij geeft de persoon aan welke behandelingen hij of zij niet wil en is wettelijk bindend zolang deze niet wordt herroepen. Een wilsverklaring kan worden herroepen zolang de persoon wilsbekwaam wordt geacht. De tweede vorm is een positieve wilsverklaring, hierbij geeft de patiënt zijn zorgwensen weer maar is wettelijk niet afdwingbaar (Haegeman & Van Cauter, 2017; Wet van 17 maart 2013).

---

<sup>2</sup> Uit het boek "Praktisch gezondheidsrecht" wordt wilsbekwaamheid als volgt gedefinieerd: "Wilsbekwaamheid houdt voor het rechtssubject de mogelijkheid in om zijn/haar wil kenbaar te maken." Zolang de rechter geen beschermingsmaatregelen heeft opgelegd, dan kunnen er geen (be)handelingsbeslissingen worden genomen (Haegeman & Van Cauter, 2017).

Om de levenskwaliteit te garanderen is het van essentieel belang dat er voorafgaand een wilsverklaring wordt opgesteld volgens de wensen van de persoon met dementie. Wanneer een bewoner met dementie niet meer in staat is om zijn beslissingen of wil te uiten, kan de vertegenwoordiger de wil van de bewoner uiten aan de hand van de wilsverklaring(en), een geschreven document. Een wilsverklaring vergemakkelijkt het nemen van beslissingen (Raadgevend comité voor bio-ethiek, 2001; Calkins, 2018).

Het kan zijn dat een persoon met dementie vooraf niets heeft geregeld. In deze situatie valt de persoon terug op de Wet Patiëntenrechten. In de Wet Patiëntenrechten staat dat elke patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle dienstverlening waarbij de menselijke waardigheid en zelfbeschikking dient te worden gewaarborgd en er beantwoord wordt aan diens behoeften. In België heeft de Wet Patiëntenrechten geen specifieke regeling voor personen met dementie. In deze situatie zal de arts beslissen over de wilsbekwaamheid. Is de persoon met dementie nog wilsbekwaam, dan zal de persoon zelf beslissen. Als de arts de persoon met dementie wilsbekwaam verklaart, dan wordt er gekeken of er een vertegenwoordiger is. Als er een vertegenwoordiger is, dan beslist deze. Indien er geen vertegenwoordiger is, kan de bewindvoerder die door de vrederechter aangesteld is eventueel over de persoon beslissen. Geldt het eventuele bewind enkel voor goederen, dan wordt er gekeken naar de vertegenwoordiger inzake medische beslissingen bepaald door de Wet Patiëntenrechten. De vertegenwoordiger wordt bepaald in dalende volgorde<sup>3</sup> (Haegeman & Van Cauter, 2017; Wet van 22 augustus 2002; Wet van 17 maart 2013). Bewoners met dementie hebben het recht om mee te beslissen over bepaalde handelingen, behandelingen en maatregelen. Het vermogen van een iemand met dementie om het al dan niet te aanvaarden, mag niet worden onderschat. Heel wat beslissingen omtrent een bewoner wordt genomen zonder hem of haar erbij te betrekken. Het is echter de bedoeling dat een bewoner actief wordt betrokken in zijn of haar beslissing om te wonen in een open of gesloten afdeling. Het is niet de bedoeling dat een individu met dementie zomaar wordt geplaatst op een afdeling door de familie of het verzorgend kader (Raadgevend comité voor bio-ethiek, 2011; Calkins, 2018).

### 3.4.2 Nederland

In Nederland is er vanaf 1 januari 2020 een nieuwe wet ingetreden, de 'Wet Zorg en Dwang' (Wzd). De wet regelt de rechten van personen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, zoals dementie, bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname. De vrijheid van een persoon moet soms worden beperkt om de veiligheid van de persoon zelf en anderen te garanderen. De wet gaat ervan uit dat elke persoon recht heeft op vrijheid. Het woord 'vrijheid' kan zeer ruim worden geïnterpreteerd (Wet van 22 juli 2019).

Onvrijwillige zorg is zorg waarbij de cliënt of de vertegenwoordiger van de cliënt niet instemt. Er zijn verschillende vormen van onvrijwillige zorg. De vormen van onvrijwillige zorg met betrekking op de onderzoeksvraag worden opgesomd:

---

<sup>3</sup> Wanneer de patiënt geen vertegenwoordiger heeft aangeduid, duid de Wet Patiëntenrechten een vertegenwoordiger aan in dalende volgorde namelijk de echtgenoot, wettelijk, de samenwonende partner, het meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt (Haegeman et al., 2017).

- Medische handelingen en therapeutische maatregelen.
- Beperken van de bewegingsvrijheid.
- Insluiten.
- Uitoefenen van toezicht op de betrokkene.
- Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten.

Onvrijwillige zorg is altijd de laatste optie. Er moet steeds worden gekeken naar de minst ingrijpende oplossing met zo'n kort mogelijke duur (Wet van 22 juli 2019).

De wet is in Nederland van toepassing op dagbestedingen en op zorginstellingen waar personen wonen of tijdelijk verblijven. De wet is ook van toepassing op patiënten die vrijwillig zijn opgenomen (Wet van 22 juli 2019).

Door de wet 'Zorg en Dwang' moeten er afspraken worden gemaakt over de zorg in een zorgplan. Het maken van de afspraken wordt uitgevoerd door een zorgverantwoordelijke van de zorginstelling. De zorgverantwoordelijke evalueert, voert uit en doet vaststellingen op regelmatig basis. Indien nodig worden eventuele aanpassingen uitgevoerd (Wet van 22 juli 2019).

### 3.5 Ethiek

Vanuit de ethiek wordt nagegaan wat goed en menswaardig is. Er wordt een reflectie gemaakt op de praktijk, in dit geval de beveiliging op een afdeling voor personen met dementie. Om ethisch te kunnen handelen moet men rekening houden met het gevaar op eeltvorming in de zorg. Als er wordt gesproken van eeltvorming, dan verschuift de focus van de mens naar de taak en vindt men het belangrijker dat de interventie efficiënt is en vlot verloopt (Van Der Arend & Gastmans in Peersman, 2020).

Respect voor menselijke waardigheid is één van de belangrijke ethische principes. In de objectieve zin kan menswaardigheid worden gezien als onvervreemdbaar. De menselijke waardigheid komt tot uiting in de interactie tussen mensen. Menselijke waardigheid kan ook worden bekeken vanuit het subjectieve standpunt waarbij er een gevoel van eigenwaarde is. De eigenwaarde heeft te maken met het hebben van vrijheid om eigen keuzes te maken en daarmee de controle van het eigen leven te ervaren. Bewoners met dementie ervaren een hoge kwetsbaarheid waardoor ze niet meer kunnen opkomen voor hun eigenwaarde. Wanneer een bewoner met dementie de controle, sturing, zelfrespect en integriteit verliest, wordt er gesproken van mens-ontwaardiging. Mens-ontwaardiging wil zeggen dat de persoon het gevoel kwijt is van wat de persoon werkelijk mens maakt (Peersman, 2020; Vanlaere & Gastmans, 2010). Bewoners met dementie of hun vertegenwoordigers worden niet altijd betrokken bij het nemen van een beslissing op vlak van vrijheid beperkende maatregelen. Het verliezen van de keuzevrijheid van een bewoner met dementie tast de eigenwaarde aan. De bewoner met dementie krijgt dan te maken met mens-ontwaardiging (Lampo et al., 2016; Peersman et al 2020; Vanlaere & Gastmans, 2010). Wanneer veiligheid primeert en er niet beantwoord wordt aan de behoeften van de mens, leidt dit tot een afname van de autonomie, het gevoel erbij te horen en de vrijheid om te gaan waar men wil en te doen wat men wil. Bewoners hebben het gevoel dat het ziekteverloop hun vroegere identiteit verandert. Ze zijn niet meer degene die ze waren. Ook het verlies van persoonlijke waardigheid is moeilijk te aanvaarden en kan leiden tot sociaal isolement, depressie en verminderen van nog aanwezige vaardigheden. Dagelijkse routines, zinvolle activiteiten inplannen en het respect daarentegen kunnen dan weer bijdragen tot het behoud van die waardigheid (Francke, van der Heide, de Bruin, Gijsen, Poos, Veerbeek, Wieggers, Willemse, 2018; Verdult, 2018; von Lützu-Hohlbein, 2013).

Een andere veelvoorkomende beeldvorming over mensen met dementie is het dualisme, een scheiding tussen het lichaam en de geest. Mensen met dementie worden beschouwd als een levend lichaam zonder geest. Als mensen met dementie niet erkend worden als een volledig mens, bestaat er een risico op sociale uitsluiting en mislukking. Als de persoon met dementie niet langer wordt gezien als de persoon wie hij of zij was, maar als een vreemde dan vervaagt de focus van persoonsgerichte zorg waarin elk individu uniek is (Gerritsen et al., 2018). Om die menselijke waardigheid te kunnen behouden, moet de persoon worden gezien in zijn geheel waarbij de zelfstandigheid dient te worden gerespecteerd en er gefocust moet worden op de belevingswereld van de bewoner in tegenstelling tot het dualisme (Beurskens, van der Linden & Baart, 2019; Peersman, 2020).

Het zorgpersoneel wordt vaak geconfronteerd met ethische dilemma's. Er moet steeds een moeilijke balans worden gemaakt tussen het ondersteunen van de onafhankelijkheid en de keuzes van de

bewoner met dementie. Bovendien is er ook een balans tussen de autonomie van de bewoner en het garanderen van veiligheid aan de bewoner. De zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de integriteit van de bewoner, zichzelf en anderen (Calkins, 2018; Lampo et al., 2016).

In het verpleegkundig tijdschrift Nursing schreef Libbrecht (2020) een artikel, aan de hand van de incidentenmethode, over het vinden van een middenweg tussen vrijheid en veiligheid in een woonzorgcentrum. De incidentenmethode is een manier waarop ethische dilemma's worden besproken. Ethische reflectie wordt gestimuleerd en er wordt nagedacht over het eigen handelen in bepaalde situaties. In het artikel gaat het om een persoon met het syndroom van Korsakov<sup>4</sup> die aangemeld was voor een gesloten afdeling. Daar was geen plaats meer, dus verblijft hij tijdelijk op een open afdeling. Hij wou graag de afdeling verlaten om koffie te gaan drinken. De bewoner heeft het recht om buiten een koffie te gaan drinken. Als zorgverlener kan je geen maatregel opleggen om hem binnen te houden. Er volgde eerst een vragenronde ter verduidelijking van de situatie en de mogelijkheden. Nadien volgde er een tweede vragenronde waarbij nagedacht werd hoe men op een ethische verantwoorde wijze kan handelen in deze situatie. Tot slot volgde de conclusie waar oplossingen en tips werden aangereikt voor het ethisch handelen in deze casus.

---

<sup>4</sup> Het syndroom van Korsakov wordt veroorzaakt door een tekort aan vitamine B1 ten gevolge van langdurig alcoholmisbruik en slechte eetgewoonten. Het syndroom kan evolueren tot alcoholdementie. (Mariën et al., 2017)

### 3.6 Normalisatie

Dementie roept een negatief beeld op bij mensen mede door gebrek aan kennis over deze aandoening. Als het woord dementie wordt gezegd, denkt de samenleving vaak aan mensen die terug kind worden. Deze mensen met dementie worden dan behandeld als kinderen. Deze gedachte is nefast voor de waardigheid. De persoon met dementie verdwijnt achter de aandoening, achter het etiket dat hen wordt opgeplakt. Communicatie met mensen met dementie wordt genoemd als onprettig en beschamend. Sociale rollen en relaties worden ondermijnd (Dely et al., 2018; Gerritsen et al., 2018). Uit onderzoek is gebleken dat 75 procent van de Vlamingen een persoon met dementie ziet als een volwaardig individu en dat de helft van de Vlamingen denkt dat de persoon met dementie zijn identiteit en persoonlijkheid verliest. Aan de andere kant heerst er ook nog taboe over de aandoening die gepaard gaat met angst, verlies van identiteit en isolement. De manier waarop de samenleving over deze mensen denken, beïnvloedt hun leven (Dely et al., 2018; Gerritsen et al., 2018).

De media speelt een belangrijke rol in de beeldvorming rond personen met dementie. Er worden op bepaalde aspecten van de realiteit ingezoomd. De manier waarop de media dementie naar voor brengt is nefast voor de persoon met dementie en zijn omgeving. Er wordt veel over deze populatie gecommuniceerd, maar zij zelf komen nauwelijks aan het woord. Ondertussen wordt er wel een steeds groter wordende angst gecreëerd voor het ouder worden en voor dementie (Dely et al., 2018; Gerritsen et al., 2018).

Om dit taboe te doorbreken wordt er in het boek van Dely et al. (2018) verwezen naar frames en counterframes. Frames zijn kaders, invalshoeken om te kijken naar bepaalde dingen in de maatschappij zoals bijvoorbeeld naar dementie. Woonzorgcentra en dementie staan dikwijls in een negatief daglicht. Hier recht tegenover worden counterframes geplaatst. Dit is een genuanceerdere beeldvorming waarin de minder bekende realiteit wordt weergegeven. Het is een andere manier van communiceren op basis van andere opvattingen. Dit kan een hulpmiddel zijn om zaken op een andere manier te bekijken en te plaatsen. We spreken bijvoorbeeld van mensen met dementie en niet van dementen (Dely et al., 2018; Gerritsen et al., 2018).

Het uitgangspunt van genormaliseerd wonen draait niet om wat handig of efficiënt is, maar wat de bewoner met dementie wenst, verlangt en nodig heeft: zo normaal mogelijk leven en wonen in een huiselijke setting en in een dementievriendelijke samenleving. In het boek van Dely et al. (2018) geven ze afgestemde zorg weer als "de zorg die alle dimensies omvat: het lichamelijke, het sociale, het psychische en de manier waarop mensen zin ervaren." Zolang dat mensen met dementie thuis blijven wonen in hun eigen vertrouwde omgeving leven ze het meest genormaliseerd. Als personen met dementie verhuizen naar een woonzorgcentrum, dan komt deze persoon in een thuis vervangende omgeving terecht (Dely et al., 2018).

Mensen met dementie trekken zich naargelang hun ziekteverloop steeds meer terug uit de samenleving. Ze zijn bang om raar bekeken te worden of niet serieus te worden genomen. Op die manier wordt het moeilijker om sociale contacten te onderhouden en om lid te zijn van verenigingen (Dely et al., 2018). Het is belangrijk dat mensen met dementie betrokken blijven. Dit is mogelijk als ze ondersteuning krijgen. Het bevordert de autonomie en behoudt hun waardigheid en draagt dus onrechtstreeks bij tot hun welbevinden (Dely et al., 2018).

In het artikel van Driessen et al. (2017) heeft een privé instelling zijn deuren geopend. Er vinden activiteiten plaats in groep onder begeleiding zoals boodschappen doen, gaan wandelen en de eenden voeren. Deze alledaagse dingen zorgen er allemaal mee voor dat een woonzorgcentrum ook een thuis wordt. De zorgverleners houden een lijst bij zodat elke bewoner wekelijks naar buiten kan.

Wanneer een woonzorgcentrum beschikt over een open afdeling en open buitendeur speelt de beeldvorming van de omgeving ook een rol. Het kan zinvol zijn dat de omgeving zoals burens, winkels e.d. ook worden ingelicht. De omgeving moet zijn ingelicht over wat het dementiesyndroom inhoudt en wat mogelijke uitingen van het gedrag zijn. De omgeving draagt dan bij aan de zorg voor ouderen met dementie. Doordat de omgeving weet dat er bewoners met dementie in een open woonzorgcentrum wonen, kan men positief bijdrage tot de zorg (Rommel, et al., 1998; Calkins, 2018). Het merendeel van de maatschappij geeft aan te willen meewerken aan een dementievriendelijke samenleving waarbij burgers en bedrijven hulp bieden aan mensen met dementie als ze dat nodig hebben (Francke et al., 2018). Door een tekort aan middelen zijn woonzorgcentra soms genoodzaakt om meer rationelere keuzes te maken. Deze kunnen geminimaliseerd worden door in te zetten op ondersteuning van vrijwilligers en de buddywerking (Dely et al., 2018).

## 4 Discussie

Levenskwaliteit is een concept dat vaak gebruikt wordt met telkens verschillende nuances en nadrukken. In de geraadpleegde literatuur werd er geen definitie weergegeven. Vanuit eigen interpretatie opperen wij het volgende als een geldige definitie van levenskwaliteit: "Levenskwaliteit duidt enerzijds op de levensomstandigheden waarin iemand verkeert. Dit verwijst naar de gezondheidstoestand, de mogelijkheid tot opleiding en werk, de omgeving en het materiële aspect. Anderzijds heeft levenskwaliteit te maken met het welzijn en de tevredenheid over het eigen leven." Hoe dat levenskwaliteit wordt ervaren en wordt geïnterpreteerd is voor elk individu verschillend en kan fluctueren naargelang de periode in iemands leven.

Om te bepalen welke meerwaarde een open of gesloten afdeling biedt voor een bewoner met dementie kan er in teamverband een risicoanalyse worden uitgevoerd waarbij er wordt bekeken in hoeverre de bewegingsvrijheid bij deze persoon vergroot kan worden. Zorgverleners moeten in het achterhoofd houden dat sommige mensen met dementie al in een vergevorderd stadium zitten, zodat een gesloten afdeling de beste overweging blijft (Driessen et al., 2017; van Leen, 2015).

Een opvallende bevinding is dat er in geen enkele studie expliciete criteria worden aangehaald om een bewoner met dementie op een gesloten afdeling te laten verblijven. Uit een studie blijkt dat personen met dementie op een specifieke afdeling worden geplaatst als de MMSE-score zich tussen de 7,1 en 17,8 bevindt (Verbeek et al., 2008). Uit diverse onderzoeken wordt afgeleid dat specifiek gedrag, zoals dwalen en op regelmatige basis weglopen een rol speelt om iemand te plaatsen op een gesloten afdeling. In het algemeen wordt aangegeven dat er wordt gekozen voor een gesloten afdeling om de bewoner te beschermen.

Uit verscheidene onderzoeken is gebleken dat de confrontatie met een gesloten deur zorgt voor gevoelens van angst, woede, onrust, agressieve reacties, vernedering, onbegrip, frustratie en agitatie (Breebaart, Hardeman, Van Vliet, Van der Leeuw, De Wit & Lukkien, 2018; Dely et al., 2018; Driesen, van der Klift & Krause, 2017; Lampo et al., 2016; Rommel et al., 1998; Van Beek et al., 2004; Wigg, 2010). De literatuurstudie van Marquardt et al. (2014) weerlegt dit. Volgens deze studie zouden er op een gesloten afdeling minder verdriet en agressie zijn, en zou er minder agitatie voorkomen. Resultaten uit twee andere studies tonen aan dat een gesloten deur kan leiden tot schade op fysisch en metaal vlak (van Leen, 2005; Driesen, et al., 2017).

Op een gesloten afdeling wordt de bewegingsvrijheid van bewoners met dementie gereduceerd. Bewoners worden steeds herinnert aan hun beperkte vrijheid en ervaren minder autonomie ten opzichte van een open afdeling (Rommel et al., 1998; Van Beek et al., 2004; Van Steenwinkel et al., 2017; Wigg, 2010). De resultaten raden aan om voor bewoners met dementie een directe en onbeperkte toegang, in de mate van het mogelijke, te voorzien in een veilige binnen- of buitenomgeving. Het aanbieden van een keuze is een belangrijk gegeven en is gunstig voor de autonomie. De bewoners met dementie kunnen zelf kiezen of ze binnen of buiten willen vertoeven of ze in de leefruimte blijven of op een andere plaats op de afdeling of in het gebouw. Bij een open afdeling heb je toegang tot verschillende locaties, dat geeft de bewoners met dementie een gevoel van bewegingsvrijheid en autonomie. Ook wanneer bewoners met dementie op een gesloten afdeling vertoeven is het aanbieden van een keuze zinvol (Calkins, 2018; Van Steenwinkel et al., 2017).



Eerder onderzoek heeft aangetoond dat een gesloten afdeling zorgt voor een bepaalde beeldvorming binnen de samenleving. Personen met dementie worden vaak vergeleken met criminelen. In onze maatschappij worden criminelen opgesloten in een gesloten eenheid. Het is niet de bedoeling dat mensen met dementie op dezelfde manier worden bekeken en op dezelfde manier als criminelen worden behandeld (Calkins, 2008). Zowel zorgverleners als bewoners met dementie zijn volgens de huidige situatie "opgesloten" op een gesloten afdeling, achter gesloten deuren (Wigg, 2010).

Een andere opvallende bevinding is dat vrijheid beperkende maatregelen vaker worden toegepast bij mensen die zich moeilijk kunnen verweren zoals ouderen. Het is dus niet omdat deze personen niet protesteren dat ze akkoord gaan met wat er gebeurt. Een bewoner kan ook zijn protest hebben gestaakt en de situatie hebben aanvaard. Zo worden machtsverhoudingen gecreëerd tussen de zorgvrager en de zorgverlener, waarbij zorgvragers zich in een kwetsbare positie bevinden. Een persoon met dementie dient te worden behandeld als een uniek individu en niet als een object (von Lützu-Hohlbein, 2013).

Zowel een open afdeling als een gesloten afdeling heeft deuren nodig om twee redenen. Ten eerste is het voor de veiligheid van de bewoners niet mogelijk om 's nachts een afdeling open te laten, ook al is het een open afdeling (Rommel, et al., 1998). Ten tweede moeten zorgverleners de deuren kunnen sluiten wanneer de veiligheid van een bewoner of meerdere bewoners in het gedrang komt. Dit kan zorgen voor angst en veranderingen in de gemoedstoestand zoals frustratie en irritatie (Van Steenwinkel et al., 2017; Wigg, 2010). Als een open afdeling om bovenstaande redenen de deuren toch sluit, dan is de vraag of er nog kan worden gesproken van een open afdeling.

Een open afdeling zonder enige beveiliging of controle geeft onvoldoende veiligheid aan bewoners met dementie. Een beveiligde afdeling kan door iedereen anders worden ingevuld. Het kan worden gezien als maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken of verruimen. In diverse studies komen onopvallende veiligheidsvoorzieningen ter sprake zodat de veiligheid van de bewoner met dementie wordt gegarandeerd. Deze onopvallende voorzieningen hebben volgens twee studies een positief effect op het welzijn van de bewoners met dementie (Marquardt et al., 2014; Van Steenwinkel et al., 2017).

Het gebruik van zorgdomotica kan de bewegingsvrijheid van een individu optimaliseren en brengt positieve effecten met zich mee. Zorgdomotica kan echter niet de volledige vrijheid van bewoners met dementie garanderen (Lampo et al., 2016; Wigg, 2010). Met dit luik over technologie wilden we een opening bieden. Een aanbeveling zou zijn om in verder onderzoek na te gaan welke zorgdomotica het best toepasbaar is voor bewoners met dementie in een woonzorgcentrum. Aansluitend kan onderzocht worden in hoeverre zorgdomotica kan worden gezien als vrijheid beperkende maatregelen. Het al dan niet toepassen van zorgdomotica hangt voor een groot deel af welk beleid en welke visie het woonzorgcentrum vooropstelt. Uit onderzoek van Lampo et al. (2016) blijkt wel dat de meerderheid van het zorgpersoneel uit de woonzorgcentra zorgdomotica ziet als een alternatief voor een gesloten afdeling. Het gebruik van zorgdomotica heeft een impact op de privacy van de bewoners met dementie. Er moet verder onderzoek worden verricht naar de relatie tussen het gebruik van zorgdomotica en de privacy van de bewoners.

Een open afdeling heeft nood aan een dementievriendelijke omgeving. Volgens de Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg van Franke et al. (2018) wordt met een dementievriendelijke samenleving beoogt: "Een samenleving waarin burgers, bedrijven en organisaties alert zijn op dementie en hulp bieden wanneer iemand met dementie dat nodig heeft". Het merendeel van de samenleving wil bijdragen tot een dementievriendelijke omgeving. Met initiatieven zoals campagnes wordt bewustwording en begrip gecreëerd en advies aangegeven over omgang met mensen met dementie. Zo wordt het taboe doorbroken, een veilige thuis behouden en kunnen personen met dementie nog genieten van het leven. Hieromtrent is verder onderzoek genoodzaakt (Francke et al., 2018).

Het is van belang dat een bewoner wordt betrokken bij de keuze om in een open of gesloten afdeling te wonen. In België is er geen specifieke wetgeving zoals in Nederland. In België wordt er vertrokken vanuit de wilsbekwaamheid van een persoon die wordt bepaald door een arts. De Wet Patiëntenrechten heeft geen specifieke regeling voor personen met dementie. In sommige situaties kan er een wil zijn van een persoon met dementie met betrekking tot het verblijven in een open of gesloten afdeling. Het is van belang dat een persoon met dementie actief wordt betrokken bij de beslissing omtrent het verblijven in een open of gesloten afdeling. Het is niet de bedoeling dat de persoon in kwestie zomaar wordt geplaatst door het verzorgend kader of de familie. Het zou positief zijn als België een wetgeving zou hebben zoals in Nederland, waarbij de wet ervan uit gaat dat elke persoon recht heeft op vrijheid. De wet Zorg en Dwang regelt de rechten van personen met dementie bij onvrijwillige en vrijwillige zorg.

## 5 Conclusie

In deze literatuurstudie is gezocht naar een antwoord op volgende onderzoeksvraag: "Wat is de meerwaarde van een open afdeling versus de meerwaarde van een gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum?". Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van verschillende wetenschappelijke onderzoeken en wetenschappelijke literatuur.

Uit de resultaten kan er geconcludeerd worden dat de omgeving een impact heeft op de bewoner met dementie. Het vrij kunnen bewegen en een grote bewegingsvrijheid zorgt voor een positief effect op de levenskwaliteit, de algemene gezondheidstoestand en de onafhankelijkheid.

Wegloopgedrag of dwaalgedrag is een normale en veelvoorkomende gedragsuiting binnen het dementieproces. Om personen met dementie te beschermen en hun veiligheid te kunnen garanderen wonen personen met dementie op een gesloten afdeling. Zorgverleners hebben controle en bewoners met dementie kunnen vrij rondlopen binnen een beperkt gebied. Het niet kunnen betreden van alle ruimtes en de confrontatie met gesloten deuren leidt tot onbegrip, angst, frustratie, agressie en agitatie. Het is nefast voor het welzijn, de kwaliteit van leven en de autonomie van bewoners met dementie.

In een open afdeling kunnen bewoners vrij bewegen en keuzes maken. Ze hebben toegang tot de binnen-of buitenomgeving. Bewoners kunnen zelf kiezen naar waar ze gaan. Dit zorgt voor positieve effecten op verschillende vlakken zoals het welzijn, de autonomie en een toename van sociale contacten. De uiting van depressieve symptomen, agressie en agitatie vermindert en er is een reductie van medicatie voor angst.

Een woonzorgcentrum moet een nieuwe thuis voor mensen met dementie worden of zijn. Elke bewoner met dementie is een uniek individu met eigen waarden en normen. Er dient te worden gestreefd naar een verderzetting van het normale leven van de bewoner met dementie. Hiervoor dient er per bewoner met dementie te worden gekeken naar zijn of haar noden. De bewegingsvrijheid voor een bewoner met dementie moet steeds zo groot mogelijk zijn waarbij de bewoner met dementie een keuzemogelijkheid heeft. Het is zinvol om bij elke bewoner in teamverband een risicoanalyse uit te voeren waarbij er wordt bekeken in hoeverre de bewegingsvrijheid bij deze persoon vergroot kan worden. Het is steeds een moeilijke en delicate balans tussen het ondersteunen van de bewegingsvrijheid en de veiligheid van de bewoner met dementie.

Vanuit de literatuurstudie kan er worden besloten dat er heel wat negatieve effecten zijn verbonden aan een gesloten afdeling. Een gesloten afdeling heeft als meerwaarde een grotere veiligheid te kunnen garanderen aan de bewoners en geeft gehoor aan het grote verantwoordelijkheidsgevoel van de zorgverleners. Binnen de literatuurstudie komen er heel wat positieve effecten aan bod in verband met een open afdeling. Onze voorkeur gaat uit naar het toepassen van een open afdeling voor bewoners met dementie in een woonzorgcentrum. Vooral de mogelijkheid tot een grote bewegingsvrijheid heeft een positieve impact op de gezondheidstoestand, de fysiologie en psychologie van de bewoners met dementie. Bovendien krijgen bewoners met dementie een keuzemogelijkheid waardoor het gevoel van autonomie van de bewoners met dementie zal toenemen. Uit de resultaten van deze literatuurstudie zijn wij ervan overtuigd dat een open afdeling

zonder enige beveiliging geen optie is. Er is beveiliging genoodzaakt om de veiligheid van de bewoners te kunnen voorzien. Door de ontwikkeling en toepassing van zorgdomotica wordt er een veilige situatie gecreëerd. Als gevolg van het gebruik van zorgdomotica zal de bewegingsvrijheid en de autonomie van de bewoners toenemen. Wij zijn voorstander om gebruik te maken van zorgdomotica die onopvallend aanwezig is in het woonzorgcentrum, zoals het gebruik maken van een bewegingsdetector of chips in de kleding. Wanneer een bewoner met dementie de afdeling verlaat zal de bewegingsdetector of de sensor die de chips in de kleding detecteert een alarmsignaal geven aan de zorgverleners. De sensors worden geplaatst aan de deur van de afdeling of aan de uitgang van het woonzorgcentrum. Het is van belang dat zorgdomotica kritisch wordt geanalyseerd en indien nodig wordt bijgestuurd door de zorgverleners om de veiligheid van bewoners te kunnen garanderen want zorgdomotica heeft ook zijn beperkingen.

Een open afdeling heeft een grotere meerwaarde voor de bewoners met dementie die in een woonzorgcentrum verblijven. De afdeling van het woonzorgcentrum 'Heilig Hart' bevindt zich niet op het gelijkvloers waardoor het creëren van een open afdeling wordt bemoeilijkt. In het algemeen moet er dus met veel aspecten rekening worden gehouden om te opteren voor een open of gesloten afdeling.

**Praktijkonderzoek  
Professionele bachelor Verpleegkunde  
Studiegebied Gezondheidszorg**

**Academiejaar 2020-2021**

# **Zorg verlenen aan personen met dementie in een woonzorgcentrum: een eeuwige strijd?**

Bachelorproef aangeboden door

**Lisa Christiaens  
Roxanne Pensaert**

Interne begeleider(s):

**Katrin Gillis  
Ann De Block  
Clemens Soenen**

# 1 Inleiding

Voor het praktijkonderzoek werd vertrokken vanuit de literatuurstudie "Leven met dementie: een gesloten versus open afdeling". De literatuurstudie is een studie rond de beveiliging op een afdeling voor bewoners met dementie met als doel een vergelijking te maken tussen een gesloten en open afdeling voor bewoners met dementie. De literatuurstudie geeft een antwoord op volgende onderzoeksvraag: "Wat is de meerwaarde van een open afdeling versus de meerwaarde van een gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum."

Uit de resultaten van de literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat de omgeving wel degelijk een grote impact heeft op de bewoners met dementie in een woonzorgcentrum. Het onderwerp veiligheid kwam uitgebreid aan bod als belangrijk thema in de literatuurstudie waarbij verschillende actoren betrokken zijn en waarbij zorgdomotica werd voorgesteld.

Onze voornaamste drijfveer voor het schrijven van de literatuurstudie was om het verblijf van bewoners met dementie door het woonzorgcentrum zo aangenaam mogelijk te maken. Vanuit deze drijfveer werd ook vertrokken voor het praktijkonderzoek, aangezien de omgeving een grote impact heeft op bewoners met dementie in een woonzorgcentrum. Het doel van het praktijkonderzoek is om de huidige praktijken in kaart te brengen en het belang van het welzijn en de gezondheid van ouderen te belichten. Dit praktijkonderzoek draagt bij tot kwaliteitsvolle ouderenzorg waarbij een breed publiek van professionelen op alle niveaus binnen de ouderenzorg wordt bereikt door een publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift. Het praktijkonderzoek activeert, instrueert en inspireert de lezers. De resultaten geven een aanzet aan de lezers om kritisch te kijken naar het eigen handelen en de eigen praktijk binnen de ouderenzorg, specifiek gericht op de woonzorgcentra. In het praktijkonderzoek worden de organisatorische factoren die een invloed hebben op de structuur en de veiligheid van een woonzorgcentrum in kaart gebracht. Voor het praktijkonderzoek is volgende onderzoeksvraag geformuleerd: "Welke organisatorische factoren hebben een invloed op de structuur en veiligheid van een open of gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum."

Uit de resultaten blijkt dat woonzorgcentra willen evolueren van een taakgerichte aanpak naar de integratie van persoonsgerichte zorg. De organisaties zetten in op tal van initiatieven om de kwaliteit van leven in woonzorgcentra te verbeteren. De praktijk toont dat, desondanks de vele inspanningen, de groei naar persoonsgerichte zorg toch moeilijk blijft. Zorgverleners worstelen tussen het bieden van structuur aan de bewoners en een meer persoonsgerichte aanpak waarbij het ondersteunen van de autonomie van belang is. De setting waarin zorgverleners werken wordt sterk beïnvloed door de hoge werkdruk, een verschuiving van bewonerspopulatie met meer specifieke zorgnoden en de heersende blaamcultuur. Dit maakt dat het ondersteunen in de autonomie en het creëren van persoonsgerichte zorg een uitdaging is.

Het praktijkonderzoek is opgedeeld in verschillende onderdelen. Na de inleiding wordt de methodologie besproken. In de methodologie wordt beschreven hoe het onderzoeksteam de gegevens heeft verwerkt en verzameld. Vervolgens worden de resultaten weergegeven. In de resultaten volgt een weergave van het eindproduct dat werd verkozen voor het praktijkonderzoek,

namelijk het schrijven van een artikel voor het wetenschappelijk vaktijdschrift Senior. Als eerste wordt in het eindproduct het belang van persoonsgerichte zorg toegelicht waarbij zorgverleners hun bewoners maximaal willen ondersteunen in hun autonomie en bewoners een gevoel van zowel veiligheid als vrijheid willen bieden. In het tweede deel van het eindproduct worden de factoren die invloed hebben op de implementatie van persoonsgerichte zorg aangekaart. Tot slot worden in het eindproduct de implicaties voor de praktijk behandeld. De daaropvolgende discussie bestaat uit twee delen. In het eerste deel van de discussie worden de resultaten van de voorafgaande literatuurstudie en de resultaten van het praktijkonderzoek tegenover elkaar gezet. In het tweede deel van de discussie wordt kritisch stilgestaan bij de uitvoering van het eigen praktijkonderzoek. Tot slot wordt in de conclusie een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvraag.

## 2 Methodologie

Op basis van het literatuuronderzoek is voor het praktijkonderzoek volgende onderzoeksvraag geformuleerd: “Welke organisatorische factoren hebben een invloed op de structuur en veiligheid van een open of gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum?”. Om een antwoord te vinden op bovenstaande onderzoeksvraag werden in het praktijkonderzoek data uit een kwalitatief onderzoek geanalyseerd.

Het betreft data uit een descriptief fenomenologisch onderzoek waarbij onderzoekers van het Odisee PWO-project ‘Niet-farmacologische behandelingen bij dementie’ 19 interviews<sup>5</sup> afnamen bij 61 zorgverleners uit 13 verschillende woonzorgcentra. Tijdens de interviews werd gepeild naar het proces van handelen als bewoners veranderend gedrag vertonen en naar factoren die de implementatie van behoeften gebaseerde zorg beïnvloeden. Behoeften gebaseerde zorg is een methode die zorgverleners ondersteunt in het begrijpen van veranderend gedrag bij bewoners met dementie en in het zoeken naar niet-medicamenteuze mogelijkheden. De methode bevat drie kernelementen: het analyseren van het gedrag van de bewoner volgens de ABC-methodiek, het herkennen van de onderliggende basisbehoefte en het uitvoeren van een niet-medicamenteuze behandeling, afgestemd op de voorkeuren en gewoonten van de bewoner (Gillis et al., 2019).

De interviews, waarvan 13 focusgroepgesprekken, werden afgenomen in de werkomgeving van de deelnemers. De geïnterviewde zorgverleners werken op een open of gesloten afdeling waarbij gezorgd wordt voor een groep met uitsluitend bewoners met dementie of voor een gemengde groep. Alle deelnemers ondertekenden een informed consent en vulden hun demografische gegevens in. De deelnemers van deze interviews zijn zowel mannen (8) als vrouwen (53) met een leeftijd tussen 21 jaar en 60 jaar waarvan 23 zorgkundigen, 14 verpleegkundigen, 9 teamcoördinatoren, 2 woonzorgcentrumverantwoordelijken, 2 logistieke medewerkers, 5 ergotherapeuten, 5 animatoren en 1 kinesitherapeut. Het opleidingsniveau varieert van secundair onderwijs tot master. De job time varieert van 50% tot 100% waarbij de jaren in dienst variëren van 1 jaar tot 35 jaar.

Het onderzoeksteam van het Odisee PWO-project heeft de interviews afgenomen en opgenomen met een audiorecorder. Nadien werden deze interviews door hen getranscribeerd. Tijdens de transcriptie werden alle plaats- en persoonsgegevens gepseudonimiseerd waardoor het voor de onderzoekers van het praktijkonderzoek niet mogelijk was bewoners, zorgverleners of woonzorgcentra te herkennen. Deze uitgetypte data vormden samen met de reflectieverslagen van de onderzoekers de basis voor dit praktijkdeel.

Om de validiteit van de resultaten te waarborgen wordt in het praktijkonderzoek onderzoekertriangulatie toegepast. Alle interviews werden gelezen, gecodeerd en geanalyseerd door de praktijkbegeleider, Katrin Gillis, en de studenten Lisa Christiaens en Roxanne Pensaert. Het transcript is door elke onderzoeker individueel open en axiaal gecodeerd. Daarna zijn gemeenschappelijke codes afgesproken en heeft elke onderzoeker opnieuw individueel axiaal gecodeerd. Het onderzoeksteam heeft nadien selectief gecodeerd om de tekst op te bouwen door

---

<sup>5</sup> De interviews kunnen worden opgevraagd bij de onderzoeker K. Gillis via L. Christiaens en R. Pensaert.



linken en verbindingen te leggen tussen de verschillende thema's. Het manuscript is onderworpen aan een iteratief schrijfproces van vijf fases waarbij de onderzoekers met elkaar overlegden. Lisa Christiaens en Roxanne Pensaert schreven de tekst en Katrin Gillis gaf feedback. De laatste versie van het manuscript werd voorgelegd aan drie zorgverleners uit drie verschillende woonzorgcentra om te beoordelen op herkenbaarheid en begrijpbaarheid van de beschreven resultaten.

Het doel van dit praktijkdeel is om de verworven inzichten te verspreiden naar het werkveld. Hiervoor werd contact opgenomen met Luc Van de Ven, de hoofdredacteur van het tijdschrift Senior. Senior is een wetenschappelijk praktijkgericht tijdschrift waarbij een breed publiek van professionelen op alle niveaus binnen de ouderenzorg wordt bereikt. Het thema van het praktijkdeel werd als relevant beschouwd voor de lezers van het tijdschrift en mag als manuscript worden ingediend tegen 15 juni 2021 overeenkomstig de auteursrichtlijnen van het manuscript (max 4500 woorden).

## 3 Resultaten

### *Zorg verlenen aan personen met dementie in een woonzorgcentrum: een eeuwige strijd?*

#### 3.1 Inleiding

Het belang van meer persoonsgerichte zorg in woonzorgcentra is duidelijk. Organisaties zetten in op tal van initiatieven om de kwaliteit van leven in woonzorgcentra te verbeteren. De groei naar persoonsgerichte zorg wordt in de praktijk bemoeilijkt door de heersende structuur in de woonzorgcentra waarbij taken, zorgen, maaltijden en briefings gekoppeld zijn aan vastgelegde tijdstippen. Structuur in een woonzorgcentrum reduceert de verwardheid bij de bewoner en maakt voor de zorgverleners taken praktisch haalbaar. Om persoonsgerichte zorg te kunnen integreren in de praktijk is de zorgplanning een hulpmiddel om goede zorg te realiseren, maar het is geen doel op zich.

Vassbø et al. (2019) definiëren persoonsgerichte zorg als een specifieke manier van zorg verlenen waarbij zorgverleners rekening houden met de individuele noden, behoeften en voorkeuren van elke bewoner in een hechte familiale sfeer. Het tempo van de bewoners en de behoeften van de bewoners vormen de basis voor de dagelijkse werkplanning, waarbij ruimte wordt voorzien om een extraatje te doen voor de bewoners. Zorgverleners in een persoonsgerichte zorgorganisatie werken samen als één team en hebben per bewoner hetzelfde bewonersgerichte doel voor ogen.

Behoeften gebaseerde zorg is een methode die aansluit bij deze visie. De methode, die zorgverleners ondersteunt in het begrijpen van veranderend gedrag bij bewoners met dementie en het zoeken naar niet-medicamenteuze mogelijkheden, bevat drie kernelementen. Een eerste element is het analyseren van het gedrag van de bewoner volgens de ABC-methodiek, een tweede element is het herkennen van de onderliggende basisbehoefte en het derde element is het uitvoeren van een niet-medicamenteuze behandeling, afgestemd op de voorkeuren en gewoonten van de bewoner (Gillis et al., 2019). Vooraleer de methode te implementeren onderzocht een onderzoeksteam van Odisee Co-Hogeschool welke organisatorische factoren invloed hebben op de implementatie van initiatieven voor persoonsgerichte zorg. Hiervoor werden 61 zorgverleners uit verschillende woonzorgcentra in 13 focusgroepgesprekken geïnterviewd, in de periode van oktober 2019 tot februari 2020.

### 3.2 Persoonsgerichte zorg

Woonzorgcentra willen evolueren van taakgerichte zorg naar persoonsgerichte zorg. Deze integratie is geen evidentie aangezien de opleiding verpleeg- en zorgkunde gericht is op taakgerichte zorg. Het doel van persoonsgerichte zorg is dat zorgverleners, waar wenselijk, loskomen van de vaste planningen en structuren op de afdeling om de zorg af te stemmen op de individuele noden en behoeften van de bewoners. Zorgverleners trachten op een holistische manier te werken waarbij aandacht wordt besteed aan het fysieke, mentale, spirituele en existentiële van de bewoner. De keuzes en de wensen van de bewoners komen op de voorgrond te staan waarbij zorgverleners de bewoners stimuleren zonder de bewoners te dwingen. Persoonsgerichte zorg kan gerealiseerd worden door als zorgverlener in dialoog te gaan met de bewoner en diens familie waarbij de zorgverlener de bewoner leert kennen.

*Interview 9: Teamcoördinator: "Vroeger was dat inderdaad meer van 'ze moeten gewassen zijn van kop tot teen'. Nu is dat anders... Oké, die routine mag je loslaten, ga mee met de mensen..."*

Het levensverhaal van de bewoners helpt zorgverleners hierbij. Het geeft ondersteuning en inspiratie voor allerlei activiteiten, gespreksonderwerpen en een gepaste benadering. Frustraties kunnen voorkomen worden omdat de reacties van de bewoners kunnen worden ingeschat. Het achterhalen van het levensverhaal kan op verschillende manieren zoals het afnemen van een intake bij opname, het gebruik van kapstokken met de interesses van de bewoner of het schrijven van een persoonlijk dagboek van de bewoner, bij voorkeur met hulp van de familie. Zorgverleners ervaren de interpretatie van het levensverhaal van de bewoner door diens familie soms wel als een valkuil omdat de interpretatie van de familie en die van de bewoner verschillend kan zijn.

*Interview 8: Ergotherapeut: "Ik vind dat storend aan dementie... Dat wordt meegegeven aan de familie, maar vaak merk je dat bijvoorbeeld als ik vertel over mijn moeder haar leven, vertel ik dat op mijn manier. Maar daarom heeft zij dat niet zo beleefd. Dat is een heel ander verhaal. Zij vertellen ook een heel ander verhaal. Dat zegt veel over de manier waarop ze dingen beleven of zien. Dat haal je er niet uit als iemand anders dat invult."*

Tijdens de meeste interviews gaven zorgverleners aan dat de aanpak omtrent het levensverhaal onvoldoende geïmplementeerd is en de impact ervan niet voldoet aan de mogelijkheden in enkele woonzorgcentra. Zorgverleners hebben door de hoge werkdruk onvoldoende tijd om het levensverhaal door te nemen. In een behoorlijk aantal woonzorgcentra rouleren zorgverleners tussen verschillende afdelingen waardoor zorgverleners onvoldoende in de mogelijkheid zijn om het levensverhaal van elke bewoner te kennen.

Uit interviews blijkt dat zorgverleners hun bewoners maximaal willen ondersteunen in hun autonomie en hen een gevoel van zowel veiligheid als vrijheid willen bieden. Hierbij hechten zorgverleners veel belang aan de stem van de familie van de bewoners.

### 3.2.1 Ondersteunen in autonomie

Zorgverleners werken vanuit een visie op het ondersteunen van autonomie waarbij ze zoeken naar een balans tussen het bieden van een gevoel van veiligheid en een gevoel van vrijheid. Vrijheden van bewoners worden vaak beperkt in functie van de veiligheid die primeert. Volgens enkele zorgverleners hebben bewoners met dementie vaak meer behoefte aan veiligheid dan aan autonomie en is begrenzing van de autonomie aan te bevelen.

*Interview 14: Zorgkundige: "In het begin waren wij nog bezig van: dat is hier een bejaardentehuis en dat is nog zoveel mogelijk hun vrijheid geven. En dat krijgt hij dan ook van ons. Maar dat was een volledig verkeerde zet van ons. Dus eigenlijk pakte we het volledig verkeerd aan waardoor we zulke situaties creëerden. Is dat ons schuld? Neen."*

#### 3.2.1.1 Het bieden van een gevoel van veiligheid

Zorgverleners proberen een omgeving te creëren waarin bewoners zich zowel fysisch als psychisch veilig voelen. Zorgverleners geven aan dat bewoners met dementie op gemengde afdelingen verblijven omdat de aanpak op dergelijke afdelingen nog meer autonomie ondersteunend is. Helaas komen bewoners met dementie regelmatig in aanraking met bewoners zonder dementie die spotten met het gedrag van bewoners met dementie. Hierdoor komt de psychische veiligheid van bewoners met dementie in het gedrang. Ook het doolgedrag van bewoners met dementie roept veel reactie op bij medebewoners. Echter zijn geen inclusie- of exclusiecriteria vooropgesteld om een bewoner op een bepaalde afdeling te laten verblijven. Zorgverleners kijken naar de specifieke noden van de bewoner.

Bij het creëren van een veilige omgeving is de beleving in kader van een thuis- en huiselijk gevoel een belangrijk aspect. Woonzorgcentra integreren hiervoor zogenaamde 'leefmoeders' in hun werking. Leefmoeders zijn zorgverleners of medewerkers die permanent aanwezig zijn in de leefruimte van bewoners en geen vastgelegde zorgtaken op zich nemen. Hun aanwezigheid biedt vertrouwen aan de bewoners. Leefmoeders schatten situaties van onrust vroegtijdig in en spelen hierop in. Geïnterviewden gaven aan dat het een groeiproces is voor teams om zorgverleners een rol als leefmoeder te geven. De leefmoeders die aanwezig waren bij de interviews ervaren soms het gevoel dat niet alle collega's het bieden van rust als een volwaardige 'taak' ervaren. Bovendien kan het inzetten van leefmoeders volgens hen efficiënter. Momenteel zijn leefmoeders voornamelijk aanwezig tot 17 uur. Leefmoeders kunnen de druk op het maaltijdgebeuren 's morgens en 's avonds verlichten en zouden periodes van discontinuïteit in de zorg kunnen overbruggen. Dit kan niet alleen bewoners, maar ook zorgverleners een gevoel van veiligheid bieden.

*Interview 6: Verpleegkundige: "Als je toen om 21u weggaat, en die persoon daar zo laat, ik voelde mij daar totaal++ niet goed bij. Dan denk je van 'als er maar niets gebeurt', als ik eerlijk mag zijn."*

Om het huiselijk gevoel te versterken wordt in enkele woonzorgcentra de klinische zorgkledij vervangen door huiselijke kledij waarbij zorgverleners wel een schort ter beschikking hebben om

hygiëne te garanderen. Tot slot wordt in sommige woonzorgcentra gewerkt met aandachtspersonen waarbij het psychisch aspect van de bewoner centraal staat. Een aandachtspersoon is een medewerker die fungeert als aanspreekpunt voor de bewoner en de familie. Bovendien heeft een aandachtspersoon aandacht voor het levensverhaal van de bewoner. De band die ontstaat geeft bewoners en familie een gevoel van vertrouwen en veiligheid.

#### *3.2.1.2 Het bieden van een gevoel van vrijheid*

Het gevoel van vrijheid voor bewoners met dementie wordt volgens de zorgverleners geremd. In eerste instantie wordt de vrijheid van een bewoner beïnvloed door de afdeling waar de bewoner verblijft. De vrijheid in een open afdeling verschilt van de vrijheid in een gesloten afdeling. Zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor de veiligheid van bewoners waardoor zorgverleners zich genoodzaakt voelen om permanent toezicht te houden waarbij bewoners niet de vrije keuze hebben om overdag te verblijven waar ze zelf willen. Ook kamers van bewoners worden in een aantal woonzorgcentra overdag gesloten.

*Interview 1: Ergotherapeut : "Ze kunnen ook niet zomaar van het daggedeelte naar hun kamer. Ze kunnen overdag ook niet zomaar in hun kamer."*

Tegenwoordig hanteren woonzorgcentra een fixatie-arm beleid om het gevoel van vrijheid te versterken. Fixatie wordt op een ruime manier geïnterpreteerd waardoor het sluiten van de kamerdeur langs de buitenzijde, waarbij de patiënt aanwezig is in de kamer, niet is toegestaan, zelfs niet in functie van de veiligheid voor de bewoner zoals bijvoorbeeld bij rondlopende medebewoners tijdens de nacht. Het gevoel van vrijheid wordt beperkt wanneer zorgverleners fixeren in functie van valproblematiek, valpreventie en veiligheid. Enerzijds kan een bewoner gefixeerd worden wanneer een fixatieattest aanwezig is, waarbij de familie toestemming heeft gegeven vanuit de wettelijke vertegenwoordiging. Anderzijds, in acute onveilige situaties, kan zonder attest fixatie worden toegepast gedurende 24 uur.

Zorgverleners geven aan dat bewoners zelf de mogelijkheid moeten hebben om zich te verplaatsen naar de binnentuin en om al dan niet deel te nemen aan een activiteit die zich afspeelt in de leefruimte. Bewoners kunnen in sommige gevallen verblijven op twee afdelingen waardoor de bewoner overdag meer vrijheden heeft.

#### *3.2.1.3 Familie*

Uit de interviews blijkt dat er veel aandacht is voor familieparticipatie in woonzorgcentra. Enerzijds worden familieleden geïnformeerd over de gezondheidstoestand van de bewoner waarbij het beroepsgeheim wordt gerespecteerd. Een behoorlijk aantal zorgverleners vinden de participatie van de familie even belangrijk als de bewoners. Anderzijds speelt de goedkeuring en de inspraak van de familie een belangrijke rol waarbij de vertrouwensrelatie met de zorgverlener cruciaal is. Handelingen die zorgverleners stellen dienen te worden gemotiveerd naar de familie en worden sneller aanvaard

of goedgekeurd bij voldoende vertrouwen. Echter vinden zorgverleners het moeilijk om de balans te vinden tussen de wensen van de familie en de wensen van de bewoner. Deze balans is vaak niet in evenwicht.

*Interview 10: Referentieverpleegkundige dementie: "Als die zoon er was deden we het niet, maar als die er niet was... omdat wij ook voelden dat die man er echt wel nood aan had. Wij zijn wel een beetje een knuffelafdeling. Allee, wij knuffelen wel veel ons mensen omdat wij dat ook voelen dat...//."*

### 3.2.2 Ondersteunen in autonomie als uitdaging

Zorgverleners ervaren een hoge werkdruk, een verschuiving naar een bewonerspopulatie met meer specifieke zorgnoden en een cultuur waarin 'fouten' tot schuld leiden. Hierdoor wordt het ondersteunen in de autonomie en het creëren van een gevoel van veiligheid en vrijheid een uitdaging.

#### 3.2.2.1 Hoge werkdruk

Zorgverleners ervaren de werkdruk als fluctuerend en langzaam toenemend doorheen de tijd. Het beschikken over voldoende medewerkers in de directe zorg is geen evidentie in woonzorgcentra. Naast een structureel lage personeelsbezetting kampen sommige woonzorgcentra met een hoog ziekteverzuim en personeelsverloop. Bovendien neemt de werkdruk toe wanneer acute situaties optreden, zoals de plotse achteruitgang van de gezondheidstoestand van een bewoner. Acute situaties komen echter dagelijks voor in woonzorgcentra waardoor de vooropgestelde structuur in het gedrang komt. Dit zorgt voor werkstress en morele stress bij een aantal zorgverleners. Tegelijk geven zorgverleners aan dat de tijd die besteed wordt aan administratieve en logistieke taken toeneemt. Zorgverleners ervaren al deze factoren als belemmerend in het bieden van continuïteit en kwaliteit van zorg.

*Interview 13: Zorgkundige: "Zoals tijd vrijmaken. Al was het maar een babbeltje, al is t maar dat je zegt ne keer meer tijd maken om hen te wassen of om iets te doen. Soms heb ik het gevoel van ... Wij zijn hier met levende wezens bezig. En soms heb ik het gevoel of ik sta in een snoepfabriek of een koekskesfabriek aan de lopende band. Gewoon het besef dat dat wel levende mensen zijn he, het laatste stuk van hun leven. Ge moogt daar niet te diep op ingaan. Ik zou daar wel ziek van worden. Dat stuurt mij enorm. Maar ja, dat is de zorg in t algemeen. Dat is hier, dat is elders... Dat is overal denk ik."*

#### 3.2.2.2 Veranderende bewonerspopulatie

Zorgverleners spreken over een verandering in bewonerspopulatie door een toename van bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid. Hierbij gaat het niet enkel over bewoners met een

neurocognitieve stoornis, zoals dementie, maar ook over bewoners met psychiatrische stoornissen. Deze bewonerspopulatie vereist een meer specifieke benadering van zorg waarvoor zorgverleners zich onvoldoende opgeleid voelen. Het creëren van een gevoel van veiligheid en vrijheid voor bewoners met dementie is anders dan voor bewoners met een psychiatrische stoornis. Zorgverleners geven aan dat ze zo goed mogelijk hun individueel handelen proberen af te stemmen op de individuele noden van bewoners, maar de infrastructuur en regelgeving dwingt zorgverleners in sommige situaties beslissingen te nemen die niet in overeenstemming zijn met de visie op persoonsgerichte zorg. Zorgverleners geven aan dat ze hiermee worstelen.

*Interview 15: Verantwoordelijke woonzorgcentrum: "Nee nee wij mogen dus geen kamer op slot doen he. Wij mogen niemand, moesten ze zeggen dat is een isolatiekamer, efkes op slot, efkes in een time-out kamer. Maar hier hebben wij dat niet en mogen we dat ook volgens de wetgeving niet. Een WZC mag geen kamers op slot doen."*

### 3.2.2.3 Blaamcultuur

Zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor de bewoners en ervaren angst voor de eventuele gevolgen voor zichzelf als iets zou gebeuren met de gezondheidstoestand van de bewoners wanneer zorgverleners toch vrijheid beperkende maatregelen treffen, afwijken van de structuur, familie niet betrekken of niet persoonsgericht werken. Factoren die deze angst versterken zijn de klachten van familie en de leiderschapsstijl van de leidinggevende.

Zorgverleners geven aan dat klachten en frustraties van de familie toenemen. Familieleden communiceren directer dan vroeger en hun verwachtingen verschillen vaak met de verlangens van de bewoner. Families verwachten om van alles op de hoogte te zijn en in een behoorlijk aantal woonzorgcentra speelt de goedkeuring of inspraak van de familie een belangrijke rol. De aanwezigheid van familie kan echter veel last en onrust veroorzaken op de afdeling. Een aantal zorgverleners gaan op een andere manier zorg verlenen wanneer de familie aanwezig is uit angst voor eisen, opmerkingen of klachten, omdat zorgverleners het gevoel hebben in de gaten te worden gehouden. Zorgverleners letten meer op hun handelingen en grijpen bijvoorbeeld minder snel in als een bewoner rust verstorend gedrag vertoont. De houding en de handelingen van de zorgverleners zijn het uithangbord van het woonzorgcentrum naar buiten toe. Bij klachten hebben zorgverleners het gevoel dat families of bewoners eerder geloofd worden door de leidinggevendenden dan zij zelf.

*Interview 12: Zorgkundige: "Ge doet dat want anders heb je een klacht aan je been. Die klachten, dat regent klachten. En wat doe je dan? Ge doet dat dan en als ge dat dan met uw diensthoofd gaat bespreken dan moet je dat doen. Het gehoor naar ons op die moment, is niet zo echt, ja dat is soms wel jammer. Dat vind ik wel."*

Naast klachten van familie heeft de leiderschapsstijl van de leidinggevende ook een invloed op de blaamcultuur op een afdeling. Sommige zorgverleners wijken niet af van de structuur op de afdeling, zoals bijvoorbeeld ander beleg geven dan voorzien omdat de bewoner dit vraagt, omdat zorgverleners dit moeilijk vinden of opmerkingen krijgen van hun leidinggevende. Bovendien wordt

ook snel gedacht dat zorgverleners de zorgen niet willen uitvoeren zoals bijvoorbeeld hygiënische zorgen uitstellen omdat de bewoner niet op zijn of haar gemak is. Open communicatie kan bijdragen tot het reduceren van de blaamcultuur. Echter durven, willen of kunnen zorgverleners niet open communiceren uit angst voor afkeuring.



### 3.3 Betekenis voor de praktijk

De interviews toonden tal van initiatieven waar woonzorgcentra op inzetten om de kwaliteit van leven van bewoners met dementie te verbeteren en meer persoonsgericht te werken. Voorbeelden hiervan zijn het inzetten van leefmoeders in de leefruimten, het dragen van huiselijke kledij, het werken met aandachtspersonen en het verhuizen van bewoners naar een beveiligde afdeling. Al deze initiatieven zijn gericht op het bieden van rust en nabijheid, waardoor bewoners met dementie zich psychisch veiliger voelen. Veiligheid was dan ook één van de centrale thema's tijdens de interviews. Tegenover die veiligheid staat het recht op vrijheid en de regel- en wetgeving die vrijheidsbeperkende maatregelen verbiedt. Dit is een eerste tweestrijd waarmee zorgverleners voor bewoners met dementie te maken hebben. Bewoners met dementie kunnen doolgedrag vertonen waardoor zij gemakkelijk de kamers van andere bewoners binnenwandelen. De wet laat het niet toe om bewoners op te sluiten in hun kamer. Bewoners met doolgedrag kunnen zich dus vrij bewegen over de afdeling. Uit de gesprekken met de zorgverleners bleek dat vooral 's avonds en 's nachts bewoners ook de kamers van medebewoners binnenwandelen. In de meeste situaties wandelt de betrokken bewoner gewoon binnen en buiten, maar regelmatig worden persoonlijke spullen van bewoners mee uit de kamer genomen. Het is ook mogelijk dat bewoners fysiek aangeraakt worden. Dit leidt tot angst en psychologische stress bij medebewoners en zorgverleners. In geen enkel interview bleek het toegestaan om kamerdeuren te sluiten om bewoners te beschermen, terwijl er overdag wel kamerdeuren gesloten werden om 'verloren toegang' te beperken. Hier lijkt het alsof de wet- en regelgeving met betrekking tot het verbieden van vrijheidsbeperkende maatregelen ten aanzien van een individu in woonzorgcentra overheerst. Op welke manier kunnen zorgverleners niet-dolende bewoners beschermen tegen ongewenste inmenging van medebewoners in hun persoonlijke ruimte?

Naast deze organisatorische initiatieven worden zorgverleners ook aangespoord om meer persoonsgerichte zorg te bieden. Hierbij wordt verwacht dat zorgverleners durven afwijken van geplande zorg om in te spelen op individuele noden en behoeften van bewoners. Hierin schuilt opnieuw een tweestrijd voor zorgverleners. Ook al willen zorgverleners wel afwijken van de zorgplanning en inspelen op individuele behoeften, cultuur verhindert hen. Ten eerste is er de maatschappelijke cultuur waarbij burgers veel mondiger zijn geworden. Assertiviteit is de norm. Tegelijk wordt vanuit kwaliteitsprojecten ook meer aandacht besteed aan bewoners- en familietevredenheid. De drempel om ontevredenheid te uiten over de zorg, al dan niet in de vorm van een formele klacht, is laag. Dat is op zich een goede evolutie, alleen leidt dit niet altijd tot betere zorg. Zorg die geboden wordt vanuit klachtenvermijding kan onmogelijk persoonsgerichte zorg zijn. Zoals beschreven in de resultaten ervaren veel zorgverleners een gevoel van schrik of onzekerheid om écht persoonsgericht te durven werken. Schrik om taken niet goed uitgevoerd te hebben of schrik om als lui bestempeld te worden. Enkel wanneer de aanwezige blaamcultuur kan omgebogen worden naar een cultuur van écht vertrouwen, zal échte persoonsgerichte zorg mogelijk zijn. Om de strijd tussen angst en vertrouwen te winnen, is meer positief en sterk leiderschap nodig in woonzorgcentra.

Tot slot is er nog de strijd tegen de klok. De werkdruk in woonzorgcentra is, zoals geïnterviewden aangaven, hoog. De beloofde investeringen vanuit de overheid in extra personeel zijn geen luxe. Zeker niet als we rekening houden met de steeds toenemende complexiteit in zorg in woonzorgcentra. Daarnaast is een trend van meer bewoners met psychische noden in woonzorgcentra waarneembaar. De complexere zorgsituaties en meer psychische noden bij

bewoners vragen niet alleen om extra personeel, maar ook om meer opgeleide zorgverleners en vernieuwende functieprofielen. Dit vraagt een grondige herdenking van de huidige organisatie van zorg in woonzorgcentra.

Zorg mag best uitdagend zijn. Ook zorg voor personen met dementie. Maar geen strijd. Wie wil inzetten op kwaliteit, kan misschien beginnen bij het verminderen van de strijd. Zo kunnen zorgverleners zich focussen op wat echt telt: de zorg.

## 4 Discussie

Uit de resultaten van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek blijkt duidelijk het belang van kwaliteit van zorg in de woonzorgcentra. Binnen kwaliteit van zorg is de levenskwaliteit van een bewoner een belangrijk concept. De levenskwaliteit van een bewoner wordt sterk beïnvloed door de omgeving van het woonzorgcentrum. Woonzorgcentra zetten in op de evolutie van taakgerichte zorg naar persoonsgerichte zorg om de kwaliteit van leven te verbeteren. De resultaten uit de literatuurstudie met betrekking tot de persoonsgerichte zorg sluiten aan bij de definitie van Vassbø et al. (2019) en vergroot de levenskwaliteit, het welzijn, de autonomie en de vrijheid bij bewoners met dementie (Calkins, 2018; Dely et al., 2018; Peersman, 2020; Verbeek et al., 2008; von Lützu-Hohlbein, 2013).

Zowel in de literatuurstudie als in het praktijkonderzoek wordt persoonsgerichte zorg beschreven als een holistische aanpak waarbij de noden en de behoeften van de individuele bewoner centraal staan. In de literatuurstudie wordt het belang van het opstellen van een belevingsgericht plan aangetoond (Dely et al., 2018). In de praktijk vertaalt dit zich naar het gebruik van een levensverhaal. In de literatuurstudie en het praktijkonderzoek wordt geadviseerd om de familie te betrekken bij het levensverhaal (Dely et al., 2018). In de praktijk is het echter aangewezen dat zorgverleners alert zijn voor de interpretatie van de familie over het levensverhaal van de bewoner.

Om persoonsgerichte zorg te integreren dienen zorgverleners in de praktijk de autonomie van de bewoner te ondersteunen. De definitie van Van Steenwinkel et al. (2017) uit de literatuurstudie omtrent autonomie verschilt van de visie van de zorgverleners in de praktijk. Bovendien is deze definitie niet specifiek gericht op bewoners met dementie. In het praktijkonderzoek blijkt dat zorgverleners werken vanuit een visie op autonomie van bewoners met dementie waarbij de balans tussen het bieden van een gevoel van veiligheid en vrijheid essentieel is. Zowel in de literatuurstudie als in het praktijkonderzoek wordt de balans tussen veiligheid en vrijheid door de zorgverleners ervaren als moeilijk en delicaat. Een bevinding uit het praktijkonderzoek is dat bewoners met dementie vaak meer behoefte hebben aan veiligheid dan aan autonomie.

De veiligheid en vrijheid van bewoners met dementie wordt sterk beïnvloed door de afdeling waar bewoners verblijven. Een opvallende bevinding is dat zowel in de praktijk als in de literatuurstudie geen inclusie- of exclusiecriteria vooropgesteld zijn om de bewoner op de meest passende afdeling te laten verblijven. Hierdoor komt in het praktijkonderzoek tot uiting dat de psychische veiligheid van bewoners met dementie in sommige gevallen in het gedrang komt. In de literatuurstudie wordt weergegeven dat bewoners met dementie en een MMSE-score hebben tussen 7,1 en 17,8 verblijven in een specifieke afdeling (Verbeek et al., 2008).

Uit de literatuurstudie blijkt dat de geborgenheid bijdraagt tot de autonomie van een bewoner met dementie. In de praktijk proberen zorgverleners geborgenheid te bieden door in te zetten op een veilige omgeving met een huiselijke sfeer. Volgens de literatuurstudie draagt dit bij tot een hogere levenskwaliteit van de bewoner met dementie. Woonzorgcentra integreren leefmoeders om een huiselijke sfeer en vertrouwen te creëren bij de bewoners. In de praktijk zorgt een leefmoeder voor positieve resultaten, maar de integratie van leefmoeders in de werking van een afdeling is eerder

beperkt. Volgens zorgverleners in de praktijk kunnen leefmoeders efficiënter worden ingezet. Een aanbeveling zou zijn om in verder onderzoek na te gaan waarom de implementatie van leefmoeders in de praktijk moeizaam verloopt.

De blaamcultuur is een rode draad doorheen de ervaringen van de zorgverleners en vormt een barrière. Zowel uit de literatuurstudie als uit het praktijkonderzoek blijkt dat het verantwoordelijkheidsgevoel van de zorgverleners een belangrijke rol speelt. In de literatuurstudie en in het praktijkonderzoek wordt de angst voor negatieve publiciteit benoemd aangezien zorgverleners het uithangbord zijn voor het woonzorgcentrum.

Uit de literatuur blijkt dat zorgverleners vrijheid beperkende maatregel ervaren als een morele verplichting om de bewoner met dementie te beschermen. Volgens Lampo et al. (2016) ontwikkelen zorgverleners coping strategieën, probleem- en emotionele strategieën om met negatieve gevoelens in verband met vrijheid beperkende maatregelen om te gaan. In de praktijk hanteren woonzorgcentra een fixatie-arm beleid waarbij het begrip fixatie als een ruim begrip wordt gezien. Hierdoor mogen zorgverleners in de praktijk de kamerdeur langs de buitenzijde, waarbij de patiënt aanwezig is in de kamer, niet sluiten in kader van de veiligheid voor de bewoner. Terwijl in de literatuurstudie wordt aangegeven dat zorgverleners de deuren moeten kunnen sluiten wanneer de veiligheid van een bewoner of meerdere bewoners in gedrang komt (Van Steenwinkel et al., 2017; Wigg, 2010).

Het opmaken van de balans tussen veiligheid en vrijheid kan voor zorgverleners gemakkelijker worden door het gebruik van bestaande technologieën. Uit de literatuurstudie blijkt dat technologie de vrijheid van een bewoner optimaliseert waarbij niet ingeboet dient te worden op de veiligheid van de bewoner (Lampo et al., 2016; Wigg, 2010). Uit de praktijk blijkt dat het gebruik van technologieën eerder beperkt is in vergelijking met de bestaande technologieën. In de interviews werd echter niet gepeild naar de mogelijke verklaringen hiervoor. Een aanbeveling zou zijn om in verder onderzoek de stand van zaken omtrent de integratie van technologieën in de woonzorgcentra te onderzoeken. Vanuit de literatuurstudie zouden volgende technologieën kunnen bijdrage tot de veiligheid en vrijheid van de bewoner: bewegingsdetectors, gps, chips in de kleding, leef- en loopcirkels, gecamoufleerde deuren, loopcircuit ed. (Breebaart et al., 2016; Calkins, 2018; Depla et al. 2010; Lampo et al., 2016; van Leen, 2015; von Lützu-Hohlbein, 2013; Wigg, 2010). Voor de praktijk is het aangewezen om gebruik te maken van 'slimme technologie' waarbij een koppeling tussen informatie- en communicatietechnologieën wordt gemaakt. Op deze manier zorgt de technologie voor alarmering, tracering, signalering en beveiliging. Bovendien draagt technologie bij tot tijdsbesparing waardoor zorgverleners op een efficiënte manier kunnen worden ingezet (Lampo et al., 2016). In de praktijk kan de werkdruk van de zorgverleners gereduceerd worden door implementatie van technologie waardoor de integratie van persoonsgerichte zorg geoptimaliseerd wordt, waarbij de kwaliteit en continuïteit van zorg zal toenemen.

Om als onderzoekers dit praktijkonderzoek te kunnen realiseren is er toegang verkregen tot de interviews van het Odisee PWO-project met een grote diversiteit aan deelnemers. Op deze manier zijn de resultaten op een correcte manier verkregen en getranscribeerd. De sterkte van dit praktijkonderzoek is de validiteit die gewaarborgd wordt door middel van onderzoekerstriangulatie. De onderzoekers werden ondersteund door de praktijkbegeleider K. Gillis. Deze ondersteuning was essentieel aangezien de onderzoekers voor de eerste maal de stappen van het coderen moesten

doorlopen. Dit kan worden gezien als een nadeel voor de resultaten van het praktijkonderzoek. Om tot het eindproduct te komen is het manuscript aan een iteratief schrijfproces van vijf fases onderworpen. De resultaten van het eindproduct waren voor de onderzoekers herkenbaar vanuit de eigen stages in woonzorgcentra. Bovendien is de herkenbaarheid van de resultaten van het eindproduct bevestigd bij drie zorgverleners uit drie verschillende woonzorgcentra. Het opzet van het eindproduct van het praktijkonderzoek is om de verworven inzichten te verspreiden naar het werkveld waarbij een breed publiek van professionelen op alle niveaus binnen de ouderenzorg wordt bereikt. Hiervoor werd contact opgenomen met Luc Van de Ven, hoofdredacteur van het tijdschrift Senior. Het manuscript mag tegen 15 juni 2021 worden ingediend bij het tijdschrift Senior.

## 5 Conclusie

In dit praktijkonderzoek is gezocht naar een antwoord op volgende onderzoeksvraag: "Welke organisatorische factoren hebben een invloed op de structuur en veiligheid van een open of een gesloten afdeling voor mensen met dementie in een woonzorgcentrum?". Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

De onderzoeksvraag van het praktijkonderzoek is geformuleerd aan de hand van de bekomen resultaten uit de literatuurstudie. Uit de literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat de omgevingsfactoren in een woonzorgcentrum een invloed hebben op bewoners met dementie. Wanneer bewoners keuzevrijheid en bewegingsvrijheid ervaren, wordt een gevoel van autonomie gecreëerd en neemt de levenskwaliteit toe. Een woonzorgcentrum moet voor een bewoner met dementie aanvoelen als een nieuwe thuis. Elke bewoner met dementie is een uniek individu met eigen waarden en normen waarbij specifiek gekeken wordt naar de individuele noden en behoefte van de bewoner naargelang het dementieproces.

Het belang van kwaliteitsvolle zorgverlening in de woonzorgcentra neemt toe waarbij ingezet wordt op het verbeteren van de levenskwaliteit. In de praktijk wordt de bewoner centraal gezet door de integratie van persoonsgerichte zorg in de woonzorgcentra. Om de integratie van persoonsgerichte zorg mogelijk te maken kan het levensverhaal hierbij ondersteunen. Echter zullen zorgverleners taakgerichte zorg moeten loslaten.

Bij persoonsgerichte zorg willen zorgverleners de bewoners ondersteunen in de autonomie om op deze manier een gevoel van veiligheid en vrijheid te creëren. Hierbij worden bewoners gestimuleerd door de zorgverleners in het maken van hun eigen keuzes. Zorgverleners creëren een veilige omgeving met een huiselijk gevoel waarbij leefmoeders, aandachtspersonen en huiselijke kleding worden geïntegreerd in de werking.

Het ondersteunen van de autonomie van de bewoners wordt door zorgverleners ervaren als uitdaging. Eerst en vooral verkeren zorgverleners in een continue strijd tussen het bieden van veiligheid en het bieden van vrijheid. De balans tussen de veiligheid en de vrijheid van bewoners is een zeer delicaat gegeven. Ook vanuit het verantwoordelijkheidsgevoel van de zorgverleners en het beleid van het woonzorgcentrum wordt de balans beïnvloed. Ten tweede ervaren zorgverleners een verschuiving naar een bewonerspopulatie met meer specifieke zorgnoden waarvoor zorgverleners onvoldoende opgeleid zijn. Ten derde worden zorgverleners geconfronteerd met de heersende blaamcultuur in de woonzorgcentra waarin 'fouten' leiden tot schuld. De leiderschapsstijl van de leidinggevenden heeft een invloed op de blaamcultuur. Tot slot ervaren zorgverleners een hoge werkdruk. Woonzorgcentra hebben te maken met structureel lage personeelsbezetting en kampen in sommige gevallen met een hoog ziekteverzuim en personeelsverloop. Door deze opgesomde organisatorische factoren wordt het ondersteunen van de autonomie bemoeilijkt. Hierdoor komt de persoonsgerichte zorg in het gedrang en zal de kwaliteit en de continuïteit van zorg hieronder lijden.

Uit dit praktijkonderzoek is gebleken dat de resultaten uit de literatuurstudie overeenstemmen met de ervaringen vanuit de praktijk van de zorgverleners uit de woonzorgcentra. Door het praktijkonderzoek is bij de onderzoekers de visie op een open afdeling met het toepassen van

zorgdomotica gewijzigd waarbij ook een gesloten afdeling kan bijdragen tot een betere kwaliteit van zorg. In eerste instantie is in de praktijk het gebruik van zorgdomotica beperkt. In tweede instantie kan persoonsgerichte zorg meer worden toegepast in een gesloten afdeling. Persoonsgerichte zorg vergroot de levenskwaliteit, het welzijn, de autonomie en de vrijheid bij bewoners met dementie. Hierbij is het van belang dat de belemmerende organisatorische factoren die een invloed hebben op het ondersteunen van de autonomie worden gereduceerd tot het minimum. De onderzoekers twifelen over een volledige integratie van persoonsgerichte zorg gezien de huidige omstandigheden in de woonzorgcentra. Echter is de vraag: "Zal de eeuwige strijd van de zorgverleners ooit verdwijnen?"

## Bronvermelding

Alzheimer Nederland (2019). *Factsheet cijfers en feiten over dementie*. Geraadpleegd op 27/04/2020 via <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>

Breebaart, E., Hardeman, F., Van Vliet, M., Van der Leeuw, J., De Wit, F., Lukkien, D., (2018). *85 alternatieven voor meer vrijheid in de zorg: Een praktisch hulp- en inspiratiemiddel bij het afbouwen van onvrijwillige zorg* [PDF]. Geraadpleegd via <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf>

Calkins, M. P. (2018). From Research to Application: Supportive and Therapeutic Environments for People Living With Dementia. *The Gerontologist*, 58(1). doi: 10.1093/geront/gnx146

Dely, H., Verschraegen, J., Steyaert, J. (2018). *Ik, jij, samen mens: een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie*. Berchem: EPO.

Depla, M., Zwijsen, S., te Boekhorst, S., Francke, A., Hertogh, C., (2010). *Van fixaties naar domotica? Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie* [PDF]. Geraadpleegd via <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Boek-domotica.pdf>

Driessen, A., van der Klift, I., Krause, K., (2017). Freedom in Dementia Care: On Becoming Better Bound to the Nursing Home. *Etnofoor, Freedom*, 29 (01), 29-41.

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (z.j.). *Prevalentie*. Geraadpleegd op 27/04/2020 via <http://www.dementie.be/home/sample-page/prevalentie/>

Francke, A., Heide, I., van der Bruin, S., Gijzen, R., Poos, R., Verbeek, M., Wieggers, T., Willemse, B. (2018). *Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg* [PDF]. Geraadpleegd via <https://nivel.nl/nl/publicatie/een-samenhangend-beeld-van-dementie-en-dementiezorg-kerncijfers-behoeften-aanbod-en>

Gerritsen, D.L., Dröes, R.M., Ettema, T.P., Boelens, E., Bos, J., Meihuizen, L., de Lange, J., Schölzel-Dorenbos, C.J.M., Hoogveen, F. (2010). Kwaliteit van leven bij dementie: opvattingen onder mensen met dementie, hun zorgverleners en in de literatuur. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41(6), 241-255. doi : 10.1007/s12439-010-0219-z

Gerritsen, D.L., Oyeboode, J., Gove, D., (2018). Ethical implications of the perception and portrayal of dementie. *Dementia*, 17(5), 596-608. doi: 10.1177/1471301216654036

Gillis K, Lahaye H, Dom S, Lips D, Arnouts H, & Van Bogaert P. (2019). A person-centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with



dementia using the Senses Framework. *International Journal of Older People Nursing*, 00(e12269). doi: 10.1111/opn.12269

Haegeman L., & Van Cauter, K. (2017). *Praktisch gezondheidsrecht*. Wommelgem: VAN IN.

Hoge Gezondheidsraad. (2016). *Dementie: Diagnose, gedrag management, ethische vragen* [PDF] Geraadpleegd via [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_8890\\_dementie\\_update.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_8890_dementie_update.pdf)

Kok, J. S., Berg, I. J., & Scherder, E. J. A. (2013). Special Care Units and Traditional Care in Dementia: Relationship with Behaviour, Cognition, Functional Status and Quality of Life - A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1). doi: 10.1159/000353441

Lampo, E., Carlassara, V., Degryse, B., Lauwers, H., Glorieux, F., Vermeulen, B.,... & Spruytte, N. (2016). Slimme technologie als alternatief voor fysieke fixatie: eindrapport. Cretecs VIVES Hogeschool/LUCAS KU Leuven: Brugge/Leuven.

Libbrecht, J. (2020, januari). Vrijheid versus veiligheid in een woonzorgcentrum. *Nursing*, 26 (01), 10-11.

Mariën, P., De Roeck, E., De Roeck, N., Goossens, J., Luyckx, J., Niemantsverdriet, E., ... Pals, P. (2017). Neurodegeneratieve ziekten. In K. Gillis (Red.), *Brein & zorg* (pp. 249-291). Leuven: Acco.

Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the design of the built environment on people with dementia: An evidence-based review. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(1), 127-157.

Parker, C., Barnes, S., McKee, K., Morgan, K., Torrington, J., Tregenza, P., (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 24 (06), 941-962. doi: 10.1017/S0144686X04002387

Peersman, M. (2020). *Ethische aandacht en reflectie op de leerwerkplaats*. [PowerPoint] Sint-Niklaas: Co-Hogeschool Odisee

Perry, M. (2017). *Wat is een MMSE test*. Geraadpleegd op 27 april 2020 via <https://dementie.nl/testen/wat-is-een-mmse-test>

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. (2001). *De ethische regels ten aanzien van dementerende personen* [PDF]. Geraadpleegd via [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/7986413/Advies%20nr.%202014%20d.d.%2010%20december%202001%20betreffende%20de%20ethische%20regels%20ten%20aanzien%20van%20dementerende%20personen.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/7986413/Advies%20nr.%202014%20d.d.%2010%20december%202001%20betreffende%20de%20ethische%20regels%20ten%20aanzien%20van%20dementerende%20personen.pdf)

Reimer, M.A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G., Eliasziw, M. (2004). Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(07), 11085-1092. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52304.x

Rommel, W., Declercq, A., De Clercq, J., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (1998). *Tussen autonomie en geborgenheid: Dementerende ouderen en hun omgeving*. Leuven: Garant.

Van Beek, A.P.A., Wagner, C., Frijters, D.H.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Groenewegen, P.P., & Ribbe, M.W. (2004). *Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen* [PDF]. Geraadpleegd via <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kwaliteit-van-zorg-voor-ouderen-met-psychogeriatrische-problemen-in-verpleeg-en-verzorgingshuizen.pdf>

Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2010). *Zorg aan zet: Ethisch omgaan met ouderen*. Leuven: Davidsfonds, Leuven, 2010.

Van Leen, M. (2015, juni). Open of 'gesloten' woonzorgcentrum voor cliënten met dementie. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, (3), 51-59.

Van Steenwinkel, I., Dierckx de Casterlé, B., & Heylighen, A. (2017). How architectural design affords experiences of freedom in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 41, 84-92. Doi: 10.1016/j.jaging.2017.05.001

Vassbø, T.K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, O., & Bergland, Å. (2019). The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study. *BMC Nursing* 18, 45 (2019). doi: 10.1186/s12912-019-0372-9

Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S. M. G., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2008). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(02). doi: 10.1017/s104161020800820x

Verdult, R. (2003). *De pijn van dement zijn: de belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Baarn: HB-uitgevers.

von Lützu Hohlbein, H. (2013) Alzheimer Europe- 2012: *The Ethical Issues Linked to Restrictions of Freedom of People with dementia. Freedom to live in least restrictive environment*. Geraadpleegd op 27 april 2020 via <https://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2012-The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia/Freedom-to-live-in-least-restrictive-environment>

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, Belgisch Staatsblad, 26 september 2002.

Wet van 17 maart 2013 tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid, Belgisch Staatsblad, 14 juni 2013.

Wet zorg en dwang van 22 juli 2019 betreffende Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten, Nederlands Staatscourant, 07 november 2019.

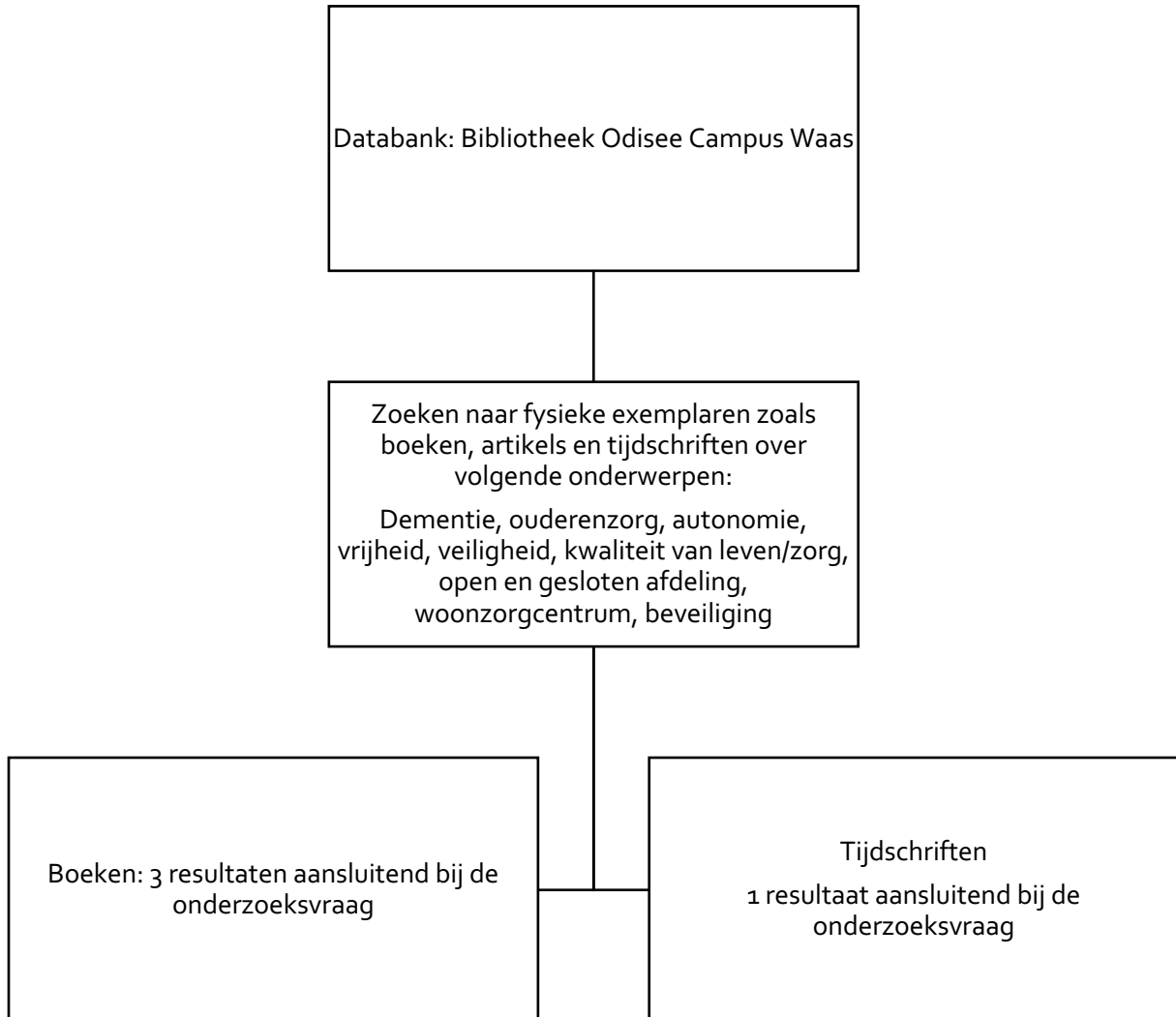
Wigg, J.M. (2010). Liberating the wanderers: using technology to unlock doors for those living with dementia. *Sociology of Health & Illness*, 32(2). doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01221.x

## Bijlagen

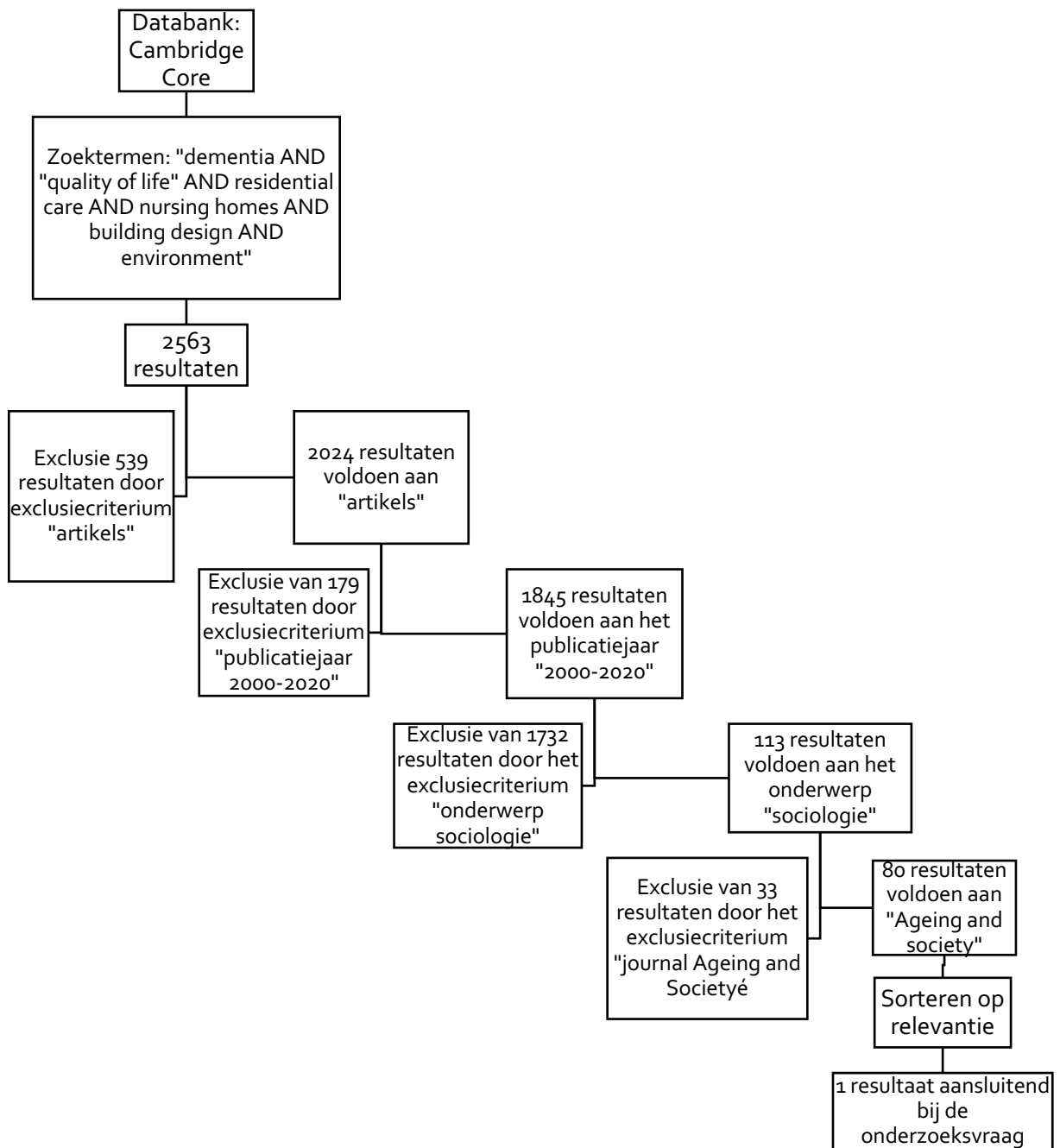
### I. Zoekboom:



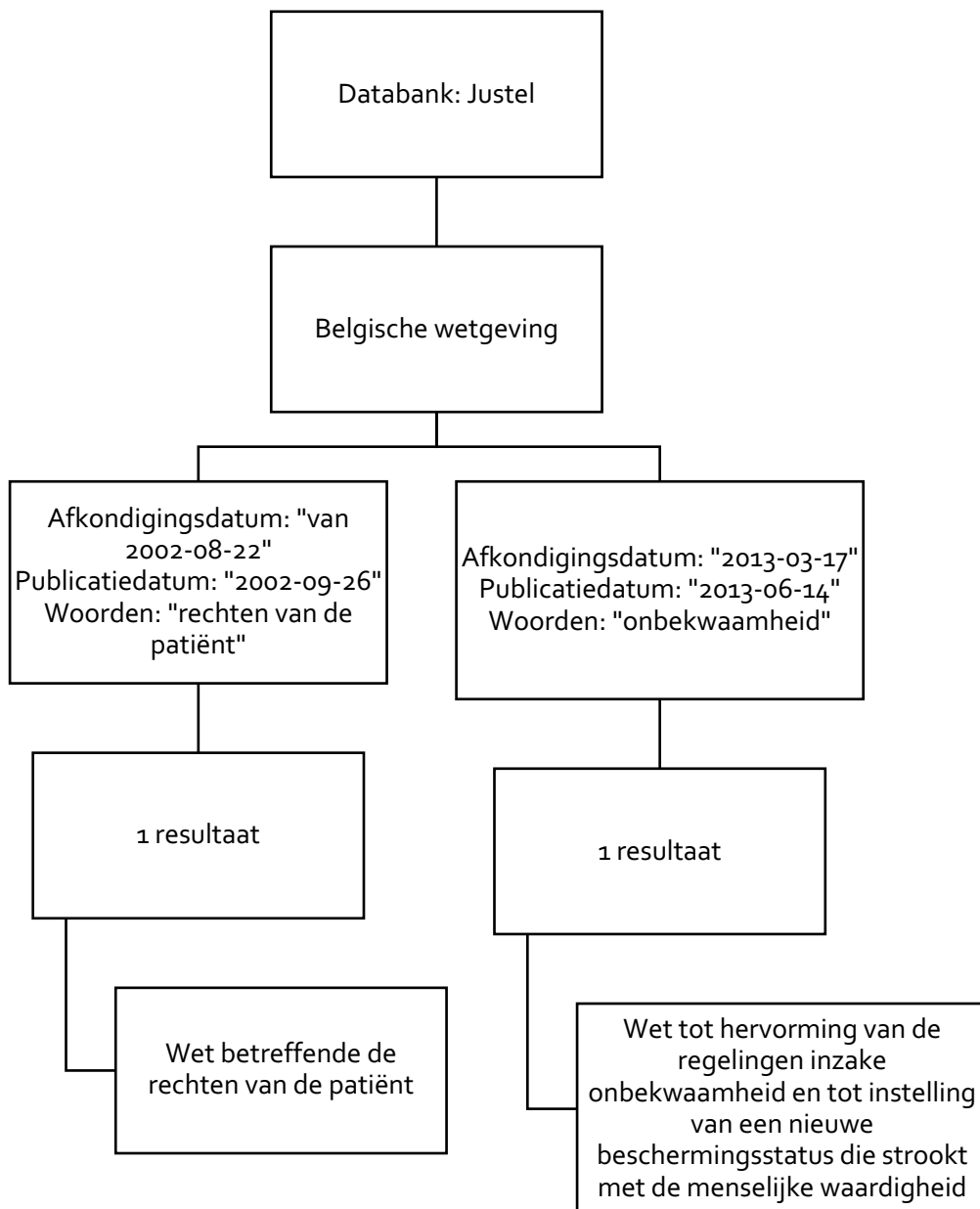
II. Zoekboom:



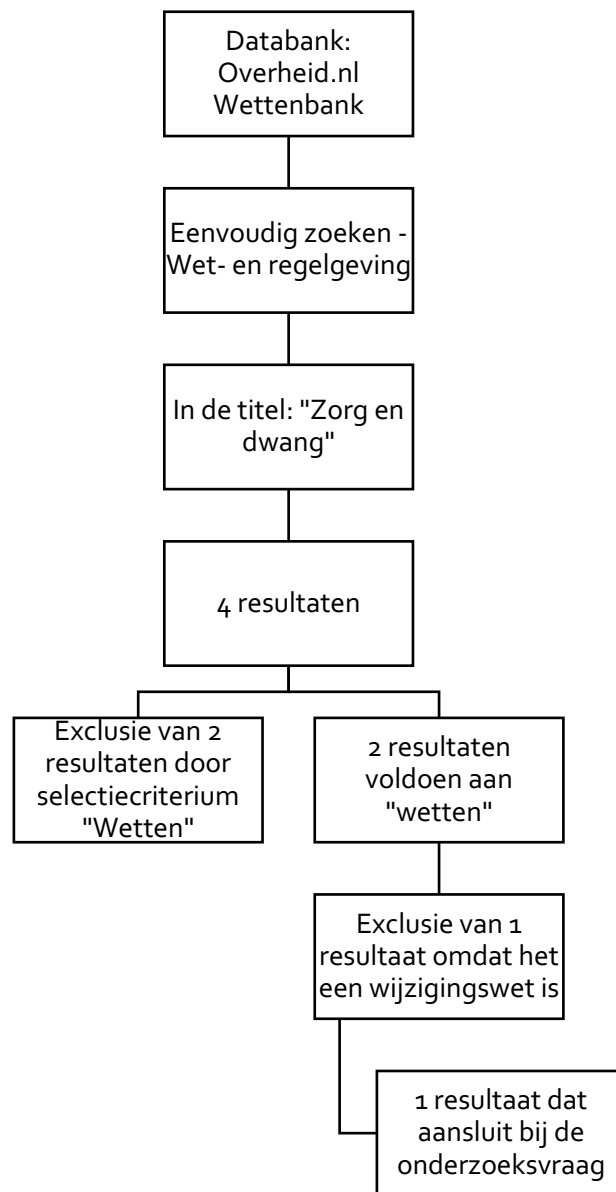
III. Zoekboom:



IV. Zoekboom:

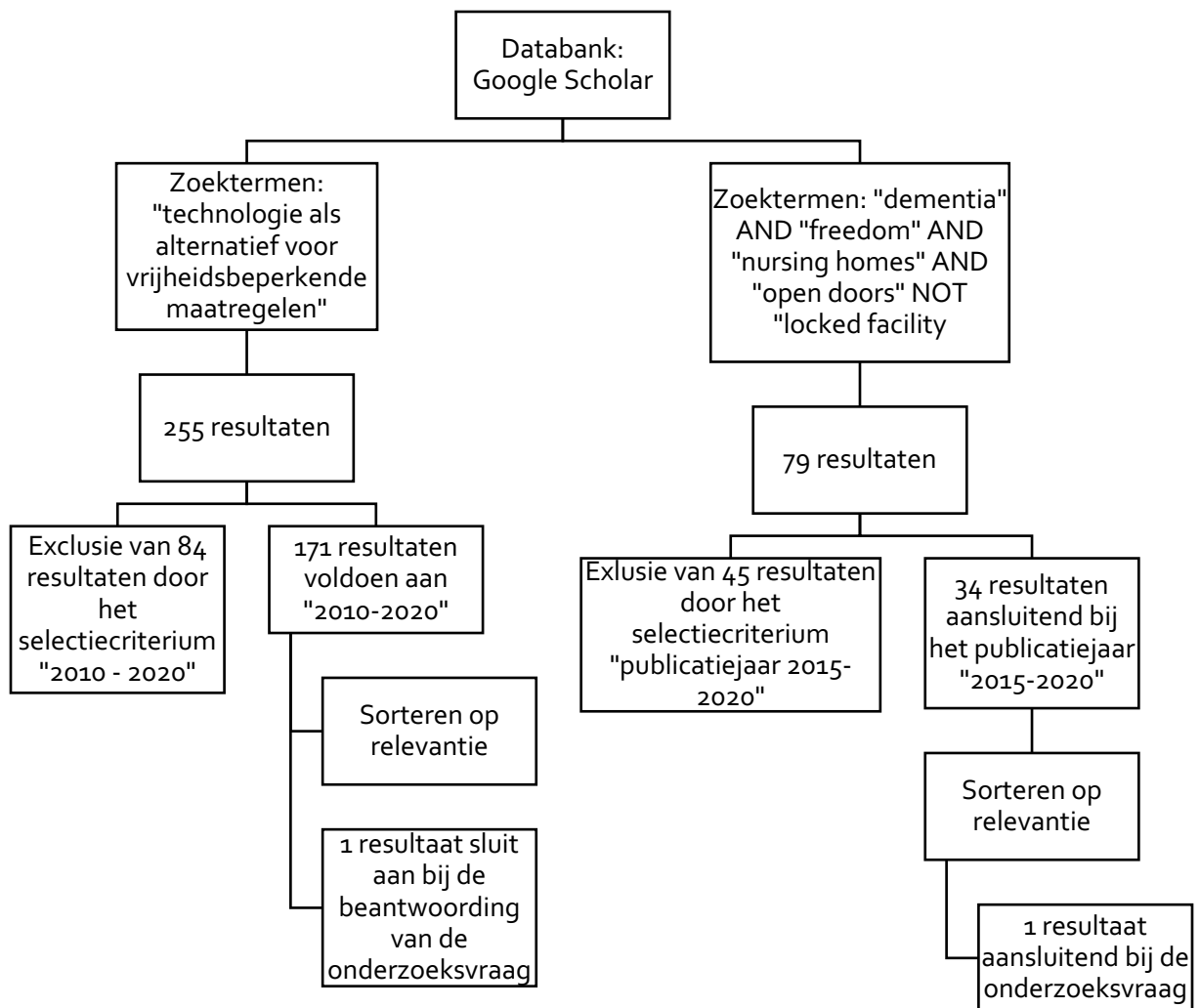


V. Zoekboom:

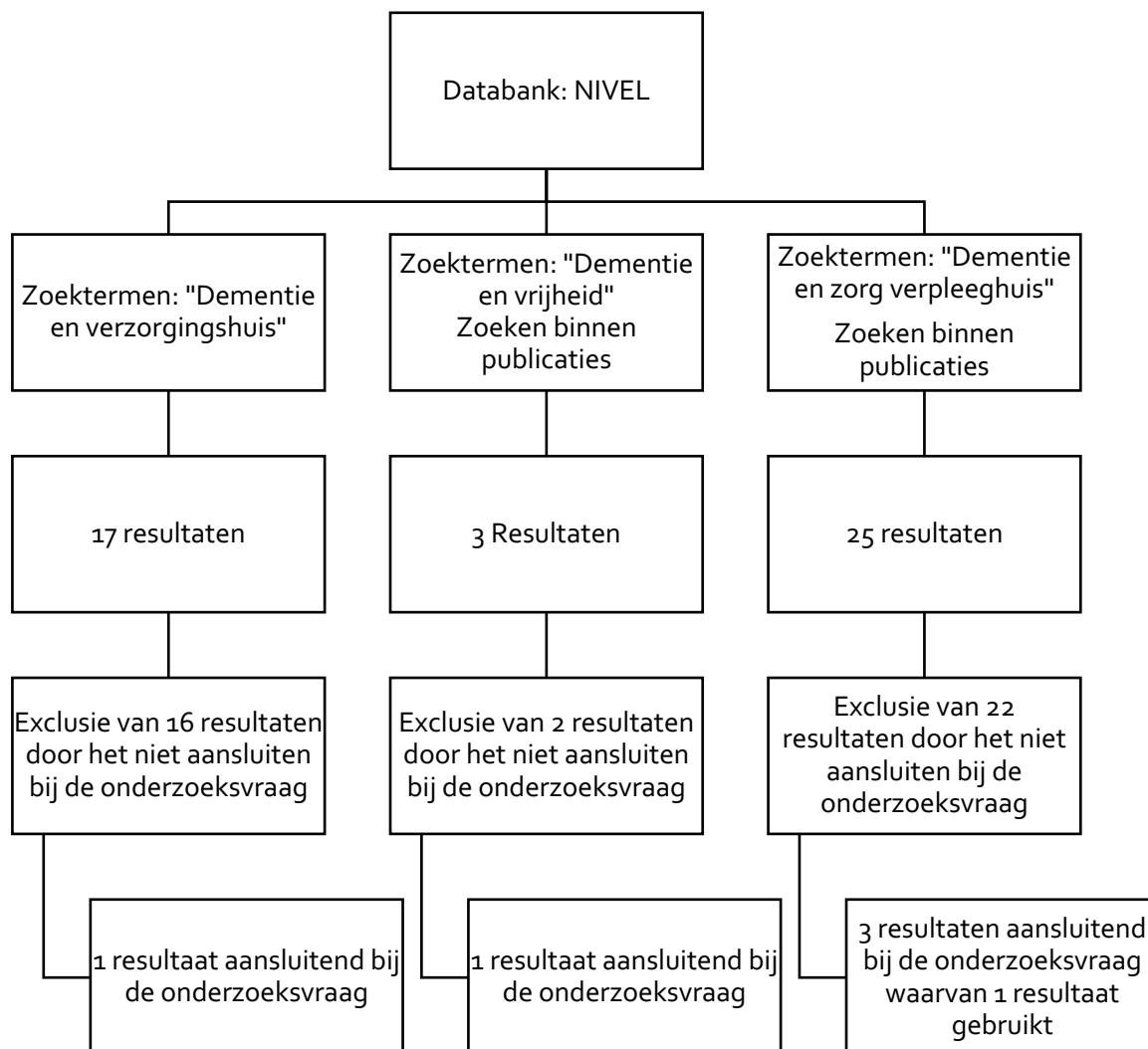




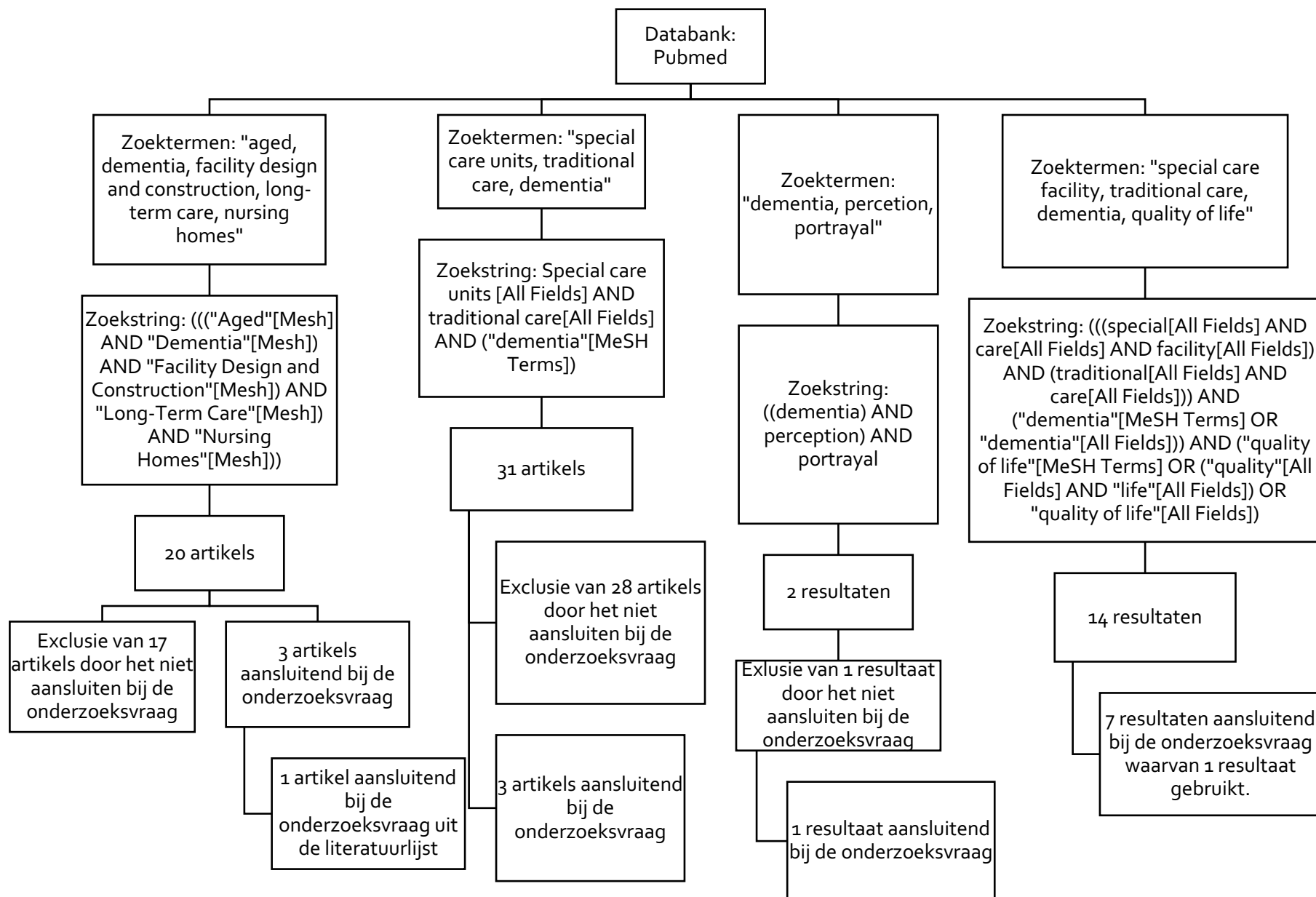
VI. Zoekboom:



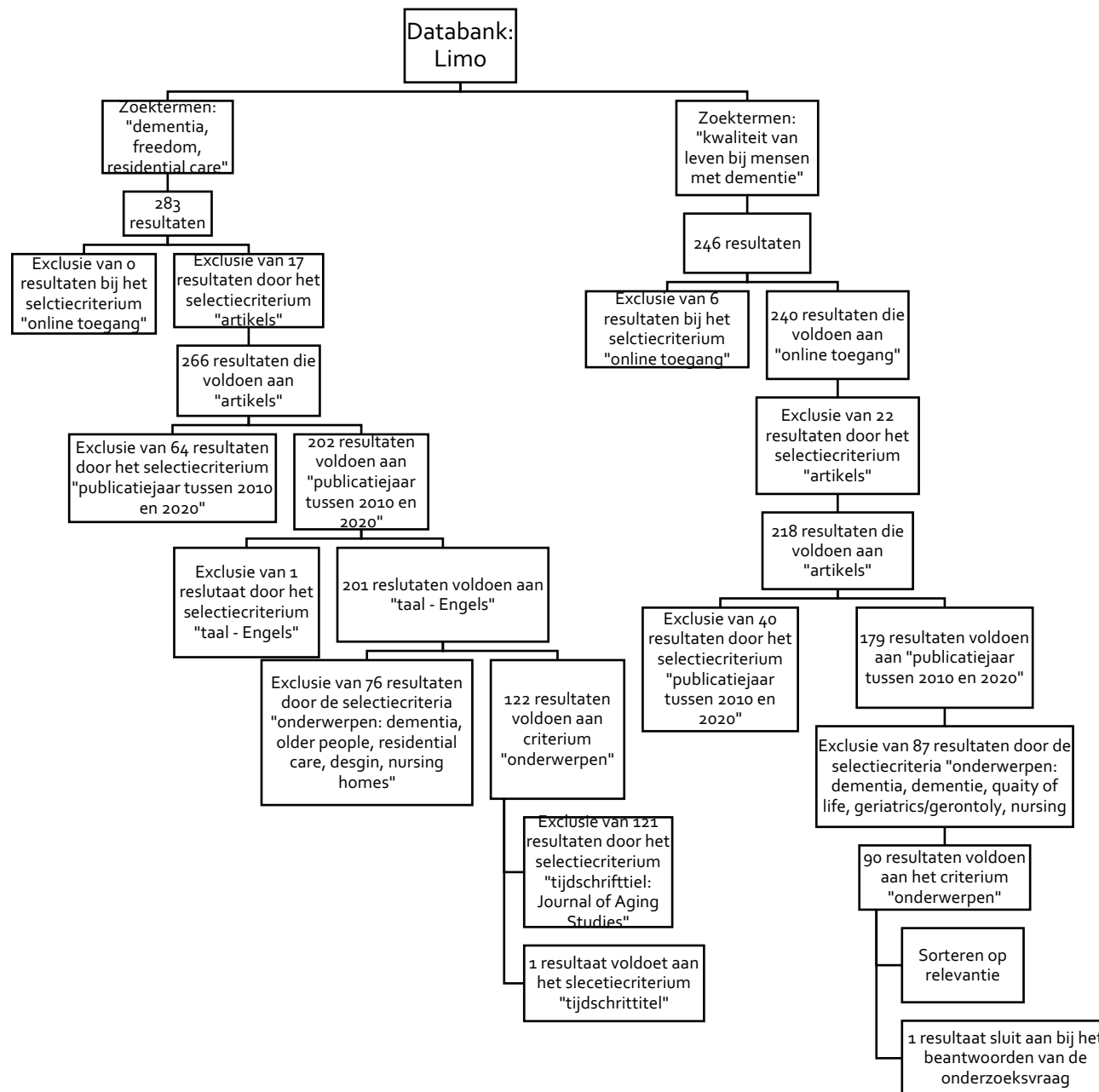
VII. Zoekboom:



VIII. Zoekboom:



IX. Zoekboom:



X. Zoekboom:

