

Persoonsgerichte zorg voor personen met dementie in Vlaamse woonzorgcentra

Auteurs: Michèle Van Rompaey, Helena Verheyen, Nina Geuens

Samenvatting Achtergrond

Het verlenen van persoonsgerichte zorg bij bewoners met dementie in woonzorgcentra blijkt geen makkelijke opgave. Bovendien is er weinig zicht op hoe zorgverleners persoonsgerichte zorg momenteel toepassen.

Doel

Het in kaart brengen van persoonsgerichte zorg aan bewoners met dementie door zorgverleners in Vlaamse woonzorgcentra.

Methode

Acht interviews en twee focusgroep gesprekken werden afgenomen bij 25 zorgverleners van zes woonzorgcentra. Een beschrijvende kwalitatieve analyse werd uitgevoerd in vier fasen.

Resultaten

Drie thema's werden geïdentificeerd met betrekking tot de ervaringen van zorgverleners in het bieden van persoonsgerichte zorg: (1) omkadering door de organisatie; (2) omkadering door het team en (3) houding van de zorgverlener. Als persoonsgerichte acties binnen de huidige praktijkvoering werden twee thema's geformuleerd: (4) zorg op het ritme van de bewoner en (5) contact volgens de noden van de bewoner.

Besluit

Vijf thema's rond persoonsgerichte zorg werden geïdentificeerd. Concrete voorbeelden van hoe deze zorg in de praktijk wordt toegepast, konden echter niet gegeven worden of waren vaak voorbeelden van basiszorg. Zorgverleners lopen herhaaldelijk tegen taakgerichte zorg aan. De wensen en noden van de bewoner als uitgangspunt nemen, ondersteuning vanuit de organisatie en investering in opleidingen zou persoonsgerichte zorg in woonzorgcentra kunnen faciliteren.

Person-centered care for elderly persons with dementia in nursing homes in the Dutch speaking part of Belgium

Abstract

Background Providing person centered care for elderly persons with dementia in residential care settings is challenging. Furthermore, little insight exists into how employees apply person centered care.

Goal Map the provision of person centered care for elderly persons with dementia by employees in nursing homes in the Dutch speaking part of Belgium.

Methods Eight interviews and two focus groups were conducted with 25 employees of six residential care settings. A descriptive research approach was applied in four phases.

Results Three themes emerged from the data concerning employee experiences with person centered care: (1) organizational support; (2) team support and (3) employee mindset. As person centered actions within the current practice, two themes were identified: (4) care at the pace of the resident and (5) contact adapted to the residents' needs.

Conclusion Five themes regarding person centered care were found. However, specific examples of how this care was provided in practice could not be provided or were mostly examples of basic care. Employees are often obstructed by task oriented care. Setting the wishes and needs of the residents as reference point, providing organizational support, and investing in training might facilitate person centered care in residential care settings.

Kernwoorden: dementie, persoonsgerichte zorg, woonzorgcentrum, zorgverleners

Keywords: Dementia care, Nursing home, Person-centered care, Residential care employee

Achtergrond

De zorg voor personen met dementie evolueert sterk, met de laatste decennia steeds meer aandacht voor belevingsgerichte en persoonsgerichte zorg. Verwante termen die vaak gebruikt worden voor persoonsgerichte zorg zijn betekenisvolle zorg, aandachtsgerichte zorg, positieve gezondheid of sociale benadering.¹ Binnen de Vlaamse dementiezorg zijn echter de termen belevingsgerichte en persoonsgerichte zorg het meest gebruikelijk.

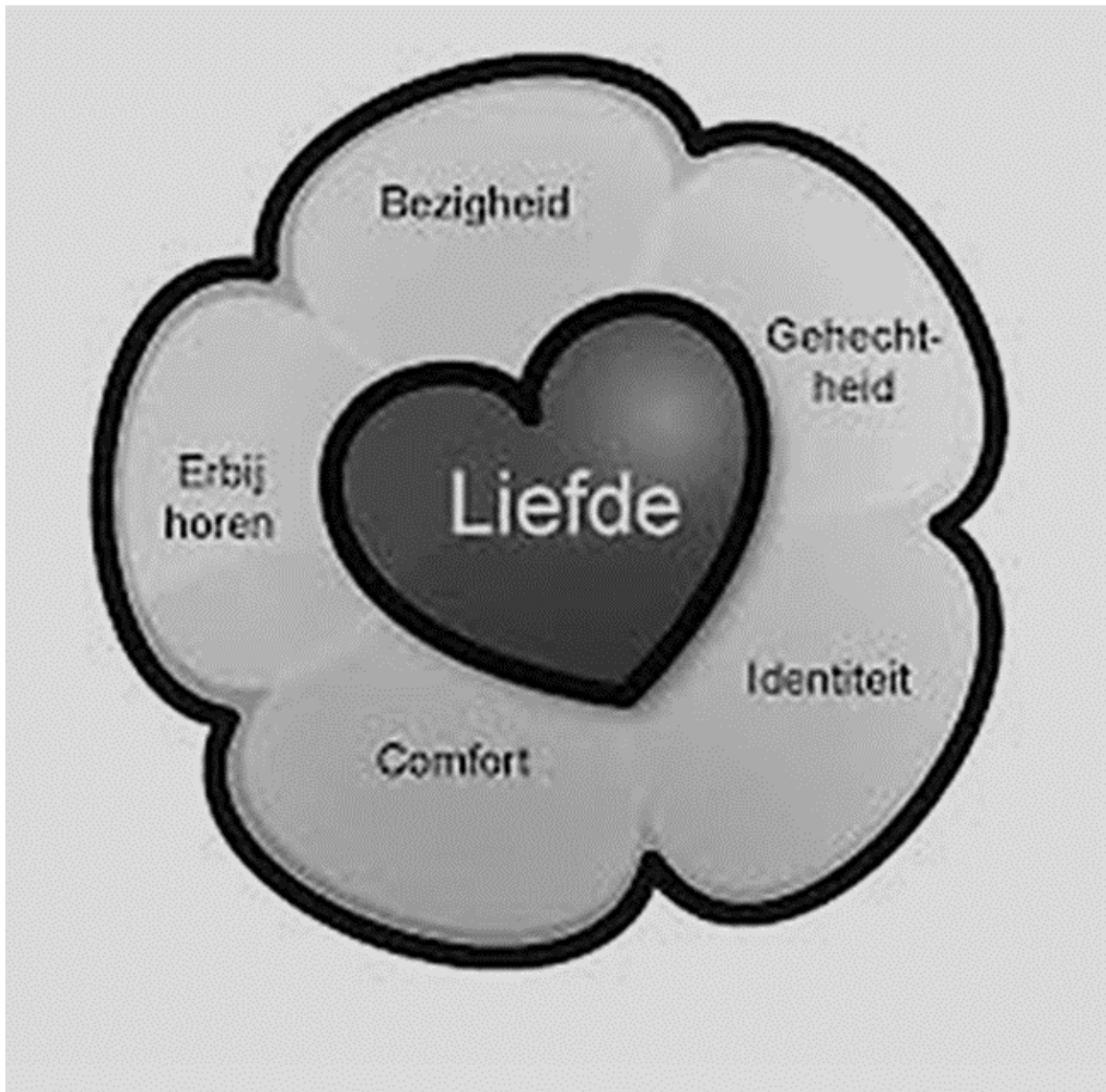
Bij belevingsgerichte zorg is het uitgangspunt het contact met de persoon met dementie. Dit contact is niet enkel gevoelsmatig en intuïtief; het vraagt specifieke kennis, vaardigheden en houding om belevingsgerichte zorg toe te passen. Uit onderzoek is gebleken dat belevingsgerichte zorg resulteert in een verbetering van de zorgrelatie en een toename van de kwaliteit van leven van de persoon met dementie.^{2,3}

Persoonsgerichte zorg of Person Centered Care (PCC) wordt gebruikt om verschillende principes en activiteiten te beschrijven. In de literatuur is nog geen unaniem aanvaarde definitie van het concept terug te vinden.^{4,5} Een uitgebreide literatuurstudie door Kogan, Wilber en Mosqueda uit 2016 identificeerde zelfs 15 verschillende definities van persoonsgerichte dementiezorg.⁶ Volgens de NICE-richtlijn bijvoorbeeld omvat persoonsgerichte zorg een filosofie die erkent dat mensen unieke waarden hebben, evenals een eigen geschiedenis en persoonlijkheid. Elke persoon heeft, volgens PCC, recht op waardigheid, respect en volledige regie over zijn sociale en fysieke omgeving.⁷ Binnen woonzorgcentra betekent het concreet dat zorgverleners hun attitudes, zorgmodellen en kwaliteit van zorg dienen af te stemmen op de individuele noden van ouderen. De organisatiecultuur, maar ook structurele elementen zoals verlichting en huiselijkheid dienen aangepast te worden aan de noden van de bewoners. Persoonsgerichte zorg is gebaseerd op een interactief proces, waarin ouderen, ook personen met dementie, actief deelnemen aan hun zorg in de verschillende stadia van de ziekte. Mensen met dementie zijn echter erg kwetsbaar waardoor het omgaan met hen een zorgvuldige afweging wordt tussen 'ondersteunen en nabij zijn' en 'loslaten en inspelen op wat er wel kan'.⁸ Het uiteindelijke doel van persoonsgerichte zorg is een samenwerking tussen zorgverleners, bewoners (met en zonder dementie) en familieleden die de beste uitkomst voor de bewoner garanderen en de kwaliteit van leven in stand houden.⁹

In de literatuur zijn meerdere concepten rond persoonsgerichte zorg terug te vinden.^{5,7,10,11,12} Toch wordt in onderzoek rond persoonsgerichte zorg bij ouderen met dementie het meest gerefereerd aan het werk van Tom Kitwood.¹³ Kitwood benadrukt vooral dat mensen met dementie in de eerste plaats mens blijven. Persoonsgerichte zorg streeft ernaar om met liefdevolle aandacht en respect dit mens-zijn te ondersteunen. Kitwood beschouwt respect, erkenning en vertrouwen dan ook als sleutelwoorden. Inzichtelijk hiervoor is de formule die hij hanteert: D = P + C + L + M + O

De ervaring van dementie door de persoon zelf (D) bestaat uit het persoonlijk levensverhaal en de persoonlijkheid van de persoon met dementie (P), evenals de cognitieve beperkingen waarmee deze persoon te kampen heeft (C). Het omvat echter véél meer dan dat alleen. Ook de lichamelijke conditie (L) (bijvoorbeeld ervaringen van pijn of andere lichamelijke ongemakken) en de mentale toestand (M) spelen mee. Tot slot zal de omgeving (O) ook sterk bepalen hoe dementie ervaren wordt.

Tom Kitwood geeft in een bloemmodel aan dat het in de zorg voor ouderen belangrijk is om in te spelen op vijf psychologische basisbehoeften van mensen, met of zonder dementie. Elke persoon heeft nood aan (1) comfort, (2) identiteit, (3) gehechtheid, (4) erbij horen en (5) zinvolle bezigheid (zie figuur 1 onder downloads).¹⁴ Centraal in dit bloemmodel staat de term liefde. Elke mens heeft behoefte om lief te hebben en geliefd te zijn / te worden.



Figuur 1 Bloemmodel met de 5 psychologische basisbehoeften van een persoon

Om persoonsgerichte zorg te geven, is het belangrijk om de behoefte te leren kennen van de persoon met dementie. Door verbinding te maken en te streven naar een gelijkwaardige houding ondersteunt men de hoger vermelde psychologische basisbehoeften. Het werken aan een ontspannen tempo, het geven van warmte en geborgenheid draagt bij tot 'comfort'.

Respect, accepteren en samen persoonlijke gebeurtenissen en successen vieren, ondersteunen de psychologische behoefte 'identiteit'. Oprechtheid en bevestiging bieden kansen tot 'gehechtheid'. Samen plezier maken, komt tegemoet aan de behoefte om 'erbij te horen'. Gepast faciliteren speelt in op de behoefte tot een 'zinnvolle bezigheid'. Tot slot is de centrale behoefte 'liefde' een soort van onvoorwaardelijke acceptatie die genereus en vergevingsgezind is en geen beloning vraagt.^{8,14, 15,16}

In onderzoek werd aangetoond dat een persoonsgerichte benadering leidt tot een positiever welbevinden en een beter functioneren van mensen met dementie.^{17,18} Literatuur over wat persoonsgerichte zorg betekent in de dagelijkse praktijk van directe zorgverleners is echter schaars. Een onderzoek van de Monitor Woonvormen Dementie van 2008-2014 in Nederland onderzocht het verschil tussen de perceptie van persoonsgerichte zorg en het effectief uitvoeren van persoonsgerichte zorg.¹⁹ Zo vindt 80% van het verzorgend personeel dat zij zorg verlenen waarbij de persoon met dementie centraal staat. Observaties van de dagelijkse zorg laten echter zien dat het voor verzorgenden niet altijd duidelijk is wat nu precies met persoonsgerichte zorg bedoeld wordt en hoe je die in praktijk brengt. Voornamelijk voor bepaalde psychologische behoeften zoals "erbij horen" en "zinnvolle bezigheid" bleek weinig aandacht te zijn.²⁰

In de Vlaamse context is momenteel weinig zicht op hoe zorgverleners persoonsgerichte zorg toepassen in woonzorgcentra. Deze studie tracht bijgevolg een antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen: "Welke persoonsgerichte acties worden door zorgverleners toegepast binnen de huidige praktijkvoering en wat zijn hun ervaringen met het geven van persoonsgerichte zorg bij personen met dementie in woonzorgcentra?"

Methode

Deze studie maakt deel uit van een implementatie onderzoek waarbij de opzet is om persoonsgerichte zorg voor personen met dementie in woonzorgcentra te versterken.

Om een gedifferentieerd beeld te krijgen van de toegepaste persoonsgerichte acties en ervaringen met persoonsgerichte zorg, werden semi-gestructureerde interviews afgenomen bij zorgverleners in Vlaamse woonzorgcentra. Deze bevragsmethode is open, maar de onderwerpen die zeker aan bod moeten komen, worden opgenomen in een topiclijst. Begrippen rond persoonsgerichte acties werden vooraf niet gedefinieerd. De interview-transcripten werden inductief geanalyseerd om vanuit de verkregen data een beeld te krijgen van de toegepaste persoonsgerichte acties en ervaringen. Om een rijker en dieper antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag werden bijkomende onafhankelijke analyses uitgevoerd op focusgesprekken uit een gelijklopend TETRA- voorbereidingstraject (E-zorgtool voor de integratie van persoonsgerichte zorg bij personen met dementie).

De interviews werden afgenomen in april en mei 2017 door twee onderzoekers met een masterdiploma in de verpleeg- en vroedkunde. De twee focusgesprekken vonden plaats in november 2017.

Dataverzameling

Interviews

Binnen drie verschillende afdelingen van drie Vlaamse woonzorgcentra werd de vraag gesteld wie van de zorgverleners op vrijwillige basis wenste deel te nemen aan een interview van één uur. Bij de selectie van de zorgverleners werd een variatie van werkervaring en functie binnen het woonzorgcentrum nagestreefd.

Alle zorgverleners gaven schriftelijk toestemming voor deelname aan de interviews. De verkregen data werden geanonimiseerd.

De interviews vonden plaats op de afdeling van de zorgverlener. Er werd een rustige ruimte voorzien waar het interview ongestoord kon doorgaan. Enkel de deelnemer en onderzoeker waren aanwezig tijdens het interview. De interviews namen ongeveer 60 tot 70 minuten tijd in beslag.

De deelnemers werden vooraf geïnformeerd dat het een onderzoek betrof naar de zorg voor personen met dementie in woonzorgcentra. Elk interview begon met een open en algemene vraag naar de keuze om te werken in een woonzorgcentrum en meer bepaald of het een bewuste keuze was om te werken met personen met dementie. Aan de hand van een semi gestructureerde topiclijst werd gevraagd naar de ervaringen van de zorgverlener bij het zorgen voor personen met dementie (bijvoorbeeld: "Wat betekent persoonsgerichte zorg voor u?", "Waar loopt u tegenaan bij het geven van persoonsgerichte zorg?"). Verder werd gevraagd naar specifieke persoonsgerichte acties die ze toepassen bij bewoners met dementie

(bijvoorbeeld: "Hoe probeert u persoonsgerichte zorg te bieden?", "Welke tips kan u geven aan nieuwe collega's in het zorgen voor personen met dementie?"). Tijdens de interviews werd door de onderzoekers geparafraseerd, dieper doorggevraagd en uitgenodigd om concrete voorbeelden te voorzien.

Focusgroepen

De deelnemers voor de focusgroepen werden gerekruteerd uit twee woonzorgcentra in Vlaanderen. Als inclusiecriteria voor deelname werd vooropgesteld dat de deelnemers minstens 2 jaren ervaring hadden met zorg aan personen met dementie. Daarnaast moesten zij minstens 6 maanden werkervaring hebben in een woonzorgcentrum. De zorgverleners die voldeden aan de criteria werden vrijblijvend uitgenodigd om deel te nemen.

De focusgesprekken kenden een duurtijd van twee uur en hadden plaats in de vergaderzaal van de betrokken woonzorgcentra. Aan de hand van twee sleutelvragen werd bij de zorgverleners nagegaan wat er werd verstaan onder persoonsgerichte zorg en welke acties het meest geschikt leken om deze persoonsgerichte zorg toe te passen.

In totaal namen acht zorgverleners deel aan de interviews en 17 zorgverleners aan de focusgroepen. Er was sprake van datasufficiëntie aangezien er tijdens de laatste interviews en focusgroep geen nieuwe informatie naar voren kwam betreffende ervaringen met persoonsgerichte zorg en toegepaste persoonsgerichte acties. De deelnemers aan de interviews betroffen andere personen dan de deelnemers van de focusgroepen.

In tabel 1 worden de karakteristieken van de zorgverleners die deelnamen aan de interviews en focusgesprekken weergegeven.

Tabel 1: Weergave van de karakteristieken van de deelnemers aan de interviews en focusgroepen

	Interviews (N=8)	Focusgroepen (N=17)
Geslacht in aantallen		
vrouw	7	14
man	1	3
Functie in aantallen		
hoofdverpleegkundige	0	2
verpleegkundige	3	3
zorgkundige	4	5
sociaal werker		1
orthopedagoog		3
kinesist	1	
kwaliteitscoördinator		2
zorgcoördinator		1
Leeftijd in jaren		
M (range)	41 (20-56)	36 (23-56)
Werkervaring binnen de instelling in jaren		
M (range)	21 (1 - 38)	9 (1-17)

Ethisch comité

Goedkeuring voor de studie werd bekomen bij het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen op 22 mei 2017.

De deelnemers werden geïnformeerd met een informatiebrief en een persoonlijke toelichting door één van de onderzoekers tijdens een afdelingsvergadering. Elke deelnemer tekende een *informed consent* en gaf toestemming voor geluidsopname. Deelname was volledig vrijwillig en kon op elk moment worden stopgezet, zowel door de directie van het woonzorgcentrum

beetje structuur moet zijn'. (verpleegkundige, interview 7)

'Sommige personeelsleden zien het nog als een extra taak. Sommigen denken: ik moet me nu 15-20 minuten bij die persoon gaan zetten en babbelen terwijl het eigenlijk de bedoeling is dat terwijl je hen wast, dat je babbelt en vraagt hoe voel je je, wat heb je vroeger gedaan. ... het blijft een uitdaging om dat een beetje weg te krijgen'. (zorgkundige, focusgesprek 1)

Daarnaast geven zorgverleners aan dat er een aantal gemiste kansen zijn in het voorzien van activiteiten voor de bewoners. Activiteiten worden als standaardzorg aangeboden maar deze zouden meer individueel kunnen uitgewerkt worden. Eén van de voornaamste redenen die de zorgverleners aangeven om al dan niet individuele activiteiten te kunnen aanbieden, is personeelsbezetting.

'Ik denk dat meer gerichte activiteiten een meerwaarde kunnen hebben. Om het nu heel extreem te zeggen. Heel veel van onze activiteiten zijn gericht op vrouwen, terwijl dat er hier een hele hoop mannen zitten. Wat hebben die nu aan een breiclubje? Gewoon meer afstemmen op de behoeften of op de interesses van de bewoners. Mensen doen soms mee aan de crea omdat er niks anders te doen is'. (verpleegkundige, interview 1)

Een paar weken geleden was het heel goed weer, wij stonden toen uitzonderlijk met veel personeel en dan kan ik echt tijd maken om met die persoon een wandelingetje te gaan maken. Als je met minder personeel staat is dat moeilijk. Ja, we gaan dat straks wel doen of een andere keer. (zorgkundige, interview 2)

Thema ervaringen: omkadering door het team

De zorgverleners beschrijven een gemeenschappelijke werkwijze die gelinkt kan worden aan persoonsgerichte zorg. Om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, wordt aangegeven dat het team de bewoner wil leren kennen. Persoonlijke informatie wordt vooral verzameld via intakegesprekken in het woonzorgcentrum. Via familie wordt bijkomende informatie verkregen om een zicht te krijgen op de interesses van de bewoner. Daarnaast hanteren ze het sociaal verslag en zijn er bewonersbesprekingen

'We hebben ook om de 14 dagen een MDO (multidisciplinair overleg). Een momentje dat we elke bewoner eens wat bespreken. Of er dingen zijn die je opschrijft. Ook iets praktisch of zo ... Kunnen we dat veranderen? Dan wordt er ook wel eens over gepraat. Gewoon tegen elkaar: "Nu heeft ze het moeilijk".' (zorgkundige, interview 5)

Zorgverleners geven aan dat contact met familieleden belangrijk is. Niet alleen om informatie te krijgen maar ook om informatie te geven. Deze uitwisseling van informatie omvat het faciliteren van het sociaal netwerk van de bewoner en wordt omschreven als het geven van zowel dagdagelijkse informatie aan de familie als toelichting over het ziektebeeld dementie. Zorgverleners willen ook voor de familie een steun betekenen.

'De achtergronden, de interesses zijn toch wel heel belangrijk. De familie vind ik ook een heel belangrijke schakel daarin. Contact met familie is heel belangrijk'. (verpleegkundige, interview 4)

'Bij een groot deel van de mensen die bezoek krijgen, ken ik de familie ook zeer goed. Ik vind dat zelf ook heel belangrijk. Het is niet alleen de bewoner die hier woont. Het is ook de familie. Voor veel mensen die hier binnenkomen is het een rouwproces. Ze moeten hun appartement afgeven. Ze geven heel veel vrijheid af. Maar ook voor de familie. We moeten ons moeder wegsteken. Het is heel pijnlijk. Voor andere mensen juist het omgekeerde, ze zien er niet naar om. Voor heel veel familieleden is dat heel hard. Ik vind dat ook heel belangrijk dat we de familie ook goed opvangen'. (verpleegkundige, interview 1)

De zorgverleners benoemen dat ze als team structuur of een vast patroon nodig hebben om zorg te kunnen bieden aan bewoners met dementie. Naast de nood aan structuur voor zichzelf, geven ze aan dat de bewoner zelf ook om structuur vraagt. Het is de uitdaging om binnen die vaste structuur zoveel mogelijk vrijheid te geven.

'Je zit nog altijd met een grote gemeenschap van verschillende mensen, van 40 residenten. En die hebben allemaal hun zorgen nodig. [...] Als je niet een aantal structuren hebt, dan kom je er niet. We proberen, denk ik

en ik denk dat dat heel belangrijk is, binnen die structuren en de personeelsbezetting die er is, wel zoveel mogelijk vrijheid aan onze mensen te geven'. (verpleegkundige, interview 1)

'Als die graag tot 2 uur in bed ligt, dan moet dat toch kunnen. Daar is dan dikwijls discussie over. Het is ook weer die structuur eh. Dat zit ook in onze kop, de mensen moeten voor 11u allemaal gewassen worden'. (zorgkundige, interview 5)

Zorgverleners rapporteren dat de houding en de samenstelling van het team bepalend zijn om persoonsgerichte zorg te kunnen geven. Het hele team op dezelfde golflengte krijgen, wordt als uitdagend ervaren waardoor beslissingen rond de praktische uitvoering van persoonsgerichte zorg moeilijk genomen kunnen worden.

'Een team dat allemaal hetzelfde wil en niet zo twee groepjes. De ene wil dat en de andere wil dat ... Ik zeg het, wij zijn een heel sterk team maar wij moeten ook een team zijn die een beslissing kan maken en niet een half jaar nadenkt over één aspect'. (zorgkundige, interview 2)

Thema ervaringen: houding zorgverlener

Naast de houding van het team, blijkt ook de houding en ervaring van de individuele zorgverlener belangrijk in het geven van persoonsgerichte zorg. Zorgverleners tonen begrip en kunnen zich inleven in de situatie door voor zichzelf te benoemen dat bepaald gedrag een symptoom is van dementie.

'Wat ik moeilijk vind? Als ze zelf nog beseffen dat er boven iets niet goed gaat. Als er in hun hersenen iets niet goed gaat. Oké, je moet de waarheid spreken. Je mag daar ook niet tegen liegen want dan heeft dat zijn neveneffecten. Ik vind dat heel moeilijk om te zeggen: "ja, je gaat achteruit". Als ik er al aan denk dan krijg ik het koud. Ik vind dat heel moeilijk'. (zorgkundige, interview 2)

Zorgverleners willen een thuisgevoel creëren voor de bewoner met dementie. Ze proberen de bewoners te verzorgen zoals ze hun eigen familie verzorgd zouden willen zien.

Daarnaast hechten zorgverleners belang aan het ervaringsgericht leren. Flexibel omgaan met de dagindeling en de zorg en bewoners mee zeggenschap geven, benoemen ze als persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg staat voor de meeste zorgverleners niet naast de basiszorg maar zit erin verweven. Er werd sterk benadrukt dat persoonsgerichte zorg niet (meer) als een extra taak mag beschouwd worden.

'Voor mij is dat vooral luisteren naar de bewoners op zich, en daar een beetje op inspelen, dus een beetje de bewoner leren kennen, en... ja, iedereen heeft zijn eigen handleiding, ..., en daar rekening mee houden in uw zorg of in animatie, of wat je ook aan het doen bent, ... en zien wat die op dat moment nodig heeft'. (animator, orthopedagoog, focusgesprek 2)

'Ik had dan nog nooit met dementerenden gewerkt, wel met valide bejaarden. Het heeft wel enkele jaren tijd in beslag genomen om een beetje te weten te komen. Hoe moet ik omgaan met dementerenden? Wat is het juist? Dat heeft toch wel een jaar of 5 geduurd tegen dat ik het eigenlijk onder knie had'. (zorgkundige, interview 8)

Thema acties: zorg op het ritme van de bewoner

De zorg op het ritme van de bewoner situeert zich zowel op fysiek niveau waar zelfzorg gestimuleerd wordt, als op relationeel niveau. Op relationeel niveau wordt tijdens de zorg contact gemaakt waarbij de zorgverlener uitlegt wat hij/zij doet. Bewoners worden in hun eigen waarde gelaten. Door tijd te nemen om de bewoner met dementie rustig te benaderen en zich als zorgverlener niet te laten opjagen door werkdruk of collega's lukt het werk beter.

'Ik had ooit zo eens een bewoner. Ik had die gewassen en ik wou die inco (incontinentie materiaal) aandoen. En ik wou langs achter gaan om die inco goed aan te doen en hij draaide elke keer mee. Dus ik draai ook mee. Op een bepaald moment zeg ik "Seg, blijf nu eens staan" en hij zei zelf "Seg, je moet je zo druk niet maken". Ik dacht van "inderdaad". Soms geven ze het zelf aan wat er scheelt, maar je voelt ook wel aan van die bewoner kan daar niet mee om als het te snel moet gaan. Bij deze bewoner moet ik mijn tijd nemen. En dan gaat het werk eens zo goed vooruit. Ze geven het wel aan, je voelt wel ...'. (zorgkundige, interview 8).

Thema acties: contact volgens de noden van de bewoner

Contact maken volgens de noden van de bewoner doen de zorgverleners door te observeren en te luisteren. Kijken hoe een bewoner zich gedraagt en daarop anticiperen. Het identificeren van behoeften, bewoners de keuze geven en deze keuze respecteren, zijn belangrijke aspecten in het geven van persoonsgerichte zorg. Naargelang de behoefte van de bewoner gaan zorgverleners fysiek en/of sociaal contact geven of eerder afstand nemen. Belangrijk voor de zorgverleners is om de tijd te nemen en stil te staan bij datgene waarmee ze bezig zijn.

Bewoners met dementie worden benaderd in hun eigen leefwereld waarbij eerlijkheid en vertrouwen essentieel zijn.

'Als ze dan in een rolstoel zitten, je gaat op je hurken zitten, je neemt hun schouder vast, je maakt tegelijkertijd oogcontact en je brengt dan je boodschap, dan komt dat aan. Als je dat niet op die manier doet, dan komt dat niet aan. Op welke manier werkt dat dan nog? Eerlijk zijn, als mensen iets komen vragen of zeggen. Ook gewoon zeggen dat gaat niet om die reden. Het is zo. Dat zijn kleine en grote dingen. Ja, hoe schep je vertrouwen?' (interview 1, verpleegkundige).

Tot slot wordt op sociaal niveau het betrekken van de bewoner met dementie bij huishoudelijke taken en gebeurtenissen op de afdeling, bijvoorbeeld bezoek met een klein kindje of een hond, aangehaald als een persoonsgerichte actie.

Discussie

Dit onderzoek had tot doel om persoonsgerichte zorg in kaart te brengen die door zorgverleners in Vlaamse woonzorgcentra wordt toegepast. De focus lag hierbij op het bevragen van ervaringen en het identificeren van persoonsgerichte acties van zorgverleners in het bieden van zorg aan bewoners met dementie.

Zorgverleners geven aan verschillende persoonsgerichte acties te ondernemen. De aangehaalde voorbeelden van persoonsgerichte acties zoals rustig blijven, tijd nemen of tot op ooghoogte zakken, zijn, ons inziens, eerder voorbeelden van basiszorg. Concrete voorbeelden van hoe de zorgverleners daadwerkelijk persoonsgerichte zorg toepassen en hiermee tegemoetkomen aan de psychologische behoeften uit het bloemmodel van Tom Kitwood,¹⁴ blijven echter in de interviews en focusgesprekken in hoofdzaak achterwege. Zo kan het voorbeeld van flexibel omgaan met de dagindeling eerder gezien worden als geïndividualiseerde zorg. De psychologische behoefte 'comfort' houdt meer in dan zorg op het ritme van de bewoner. Het omvat eveneens het benaderen van de bewoner in een ontspannen tempo en het geven van warmte en geborgenheid. Daarnaast wordt bijvoorbeeld het betrekken van de bewoner bij huishoudelijke taken en gebeurtenissen op de afdeling aangehaald als een persoonsgerichte actie. Om dit te kunnen plaatsen binnen de psychologische basisbehoefte 'zinnvolle bezigheid' zou men het niveau van bezig-zijn van de bewoner moeten kunnen inschatten en binnen dat referentiekader aanmoedigen.^{8,16} Dit kwam echter niet naar voren in de onderzoeksresultaten. Bovendien gaven zorgverleners aan dat activiteiten momenteel als standaardzorg worden aangeboden.

Deze bevindingen ondersteunen de eerder gemaakte vaststellingen in de literatuur waaruit een discrepantie blijkt tussen de perceptie van persoonsgerichte zorg en het effectief uitvoeren van persoonsgerichte zorg.²⁰

Daarnaast geven de respondenten aan dat ze als zorgverlener door de organisatiecultuur vaak belemmerd worden in het uitvoeren van concrete persoonsgerichte acties. Zorgverleners zijn zich er namelijk wel van bewust dat een transitie van taakgerichte zorg naar persoonsgerichte interventies waardevol is voor bewoners met dementie. Hoewel zorgverleners dit zelf niet als dusdanig benoemen, blijkt uit de onderzoeksresultaten in eerste instantie een duidelijke nood aan bijkomende kennis met betrekking tot het identificeren van de psychologische behoeften en het efficiënt toepassen van persoonsgerichte zorg in de praktijk. Zorgverleners kunnen hierbij nog meer ondersteund worden om de omschakeling te maken van taakgerichte naar persoonsgerichte zorg. Zolang zorgverleners in taken denken, zal het niet lukken om persoonsgerichte zorg

te verlenen. Taken zitten namelijk in de weg van persoonsgerichte zorg. Een taak is iets wat je moet doen, terwijl er bij persoonsgerichte zorg moet gedacht worden in termen van “Wat heeft de ander van mij nodig?” “Wat zijn de psychologische behoeften?” “Welke extra stap zet ik om verbinding aan te gaan om tot een gelijkwaardige relatie te komen waar welbevinden primeert?”¹⁶

Voor het werkveld impliceert dit dat er verder geïnvesteerd moet worden in opleidingen waarbij de psychologische behoeften en persoonsgerichte zorg toegelicht worden. In het licht daarvan heeft het expertisecentrum dementie een referentiekader ontwikkeld dat kan dienen als ondersteuning van de zorgsector.²¹ Ervaringsgericht leren (via rollenspel, observatie en reflectie) op de werkvloer waarbij persoonsontwikkeling en attitudeverandering bij zorgverleners centraal staat, is een mogelijke denkpiste. Ook de methodiek van simulatielernen waarbij observeren en reflecteren op een ongedwongen manier kan worden aangeleerd, kan effectief zijn in het creëren van bewustwording van de psychologische noden bij de zorgvrager. De rol van zorgmanagers in het uitdragen van een persoonsgerichte visie en het creëren van de benodigde randvoorwaarden op de werkvloer is hierbij cruciaal.²² Naast de zorgverleners en de zorgmanagers moeten familieleden en bewoners mee betrokken worden in het uitdragen van een persoonsgerichte zorgvisie. Dit kan bijvoorbeeld in een gezamenlijk leertraject waarbij samen gezocht wordt naar hoe de zorg en de ondersteuning van het team op de persoon met dementie en zijn familie kan afgestemd worden zodat deze zorg op maat ervaren.¹

Wanneer de zorgverleners over de nodige kennis beschikken om psychologische behoeften te identificeren, hebben ze daarna ook ruimte nodig om gesprekken (met beeldmateriaal) aan te gaan met de bewoners en hun familie om dit in de praktijk te kunnen omzetten. Vervolgens komt de behoefte aan concrete, laagdrempelige handvaten voor persoonsgerichte zorg die verder reiken dan basiszorg naar de voorgrond.

Wanneer de organisatie zelf veranderingen bepleit om zorg te verbeteren, stoot men nog vaak op weerstand van zorgverleners.²³ Het doorbreken van het routinepatroon waarbij met een kritische blik gekeken wordt naar de zorg, kan eventueel bekomen worden door middel van intervisiemomenten op de afdeling of het eerder genoemde gezamenlijke leertraject. Het bespreekbaar maken van de manier waarop men omgaat met bewoners, het afstappen van louter taakgerichte, structurele zorg zijn hier voorbeelden van. Dit is echter niet vanzelfsprekend aangezien het een andere manier van denken en werken vraagt dan zorgverleners gewend zijn. Zorgverleners zouden de wensen en behoeften van bewoners met dementie hierbij meer als uitgangspunt moeten nemen. Wanneer men afstapt van regels en efficiëntie en meer aansluiting zoekt bij wat voor de bewoner zelf belangrijk is, wordt zorg meer persoonsgericht.²¹

De context van kleinschalig wonen kan behulpzaam zijn bij het bieden van persoonsgerichte zorg.^{24,25} De focus bij kleinschalig wonen, ligt op huiselijkheid en het dagelijks leven in de zorg brengen. Eén van de woonzorgcentra uit het onderzoek is ingericht volgens de principes van kleinschalig wonen. Zij nemen de zorg op voor zestien bewoners in vergelijking met vijftintig tot éenenveertig bewoners op de andere betrokken afdelingen.

Ondanks het feit dat voorliggend onderzoek werd gevoerd in zowel kleinschalige als grootschalige woonzorgcentra, werd datasufficiëntie bereikt betreffende de ervaringen met persoonsgerichte zorg en acties. Hierbij kan dus de vraag gesteld worden of de “omkadering door de organisatie”, “omkadering door het team” en “de houding van de zorgverlener” meer impact hebben op het effectief verlenen van persoonsgerichte zorg dan de grootte van het woonzorgcentrum. Pot & Willemsse (2014) bevestigen dat kleinschalige woonvoorzieningen voor mensen met dementie persoonsgerichte zorg kunnen vergemakkelijken, maar dit biedt geen garantie.²⁴ Persoonsgerichte zorg vraagt namelijk blijvende aandacht van de organisatie, het team en de zorgverleners.

Beperkingen

Een beperking van deze studie is dat mantelzorgers als partner in de zorgverlening niet mee werden genomen in het onderzoek. Literatuur en praktijk tonen nochtans aan dat mantelzorgers zeer waardevol zijn in de zorg voor personen met dementie.²⁶ Zij hebben mogelijk een andere kijk op persoonsgerichte zorg en het al dan niet tegemoetkomen aan de psychologische behoeften van de bewoner met dementie. Bijkomend onderzoek is vereist omtrent hun ervaringen met persoonsgerichte zorg en de toegepaste acties. Daarnaast zouden personen met beginnende dementie een zinvolle bijdrage kunnen leveren omtrent hun beleving van persoonsgerichte zorg.

Verder is er mogelijk sprake van selectiebias omdat enkel deelnemers die zich spontaan kandidaat stelden, werden geïnterviewd. Kandidaten die schroom hadden om geïnterviewd te worden, werden op deze manier gemist.

Conclusie

Vijf thema's rond persoonsgerichte zorg bij bewoners met dementie werden geïdentificeerd: "omkadering door de organisatie", "omkadering door het team", "de houding van de zorgverlener", "zorg op het ritme van de bewoner" en "contact volgens de noden van de bewoner". Concrete voorbeelden hoe deze zorg in de praktijk wordt toegepast kunnen echter niet gegeven worden of zijn eerder voorbeelden van basiszorg, zoals rustig blijven, tijd nemen of tot op ooghoogte zakken. Hoewel zorgverleners in woonzorgcentra zorg op het ritme van de bewoner benoemen als een persoonsgerichte actie, lijken ze er in de dagdagelijkse praktijk niet in te slagen de taakgerichte zorg effectief op het ritme van de bewoner uit te voeren. Ze geven zelf aan dikwijls tegen deze taakgerichte zorg aan te lopen.

Als uitgangspunt zouden zorgverleners meer de wensen en noden van de individuele bewoner moeten nemen in plaats van zich te focussen op taken en structuur. Ondersteuning aan zorgverleners in het geven van persoonsgerichte zorg vanuit de organisatie en het investeren in opleidingen rond het identificeren van psychologische behoeften en het toepassen van persoonsgerichte zorg moet dit faciliteren. Daarnaast kan door middel van een gezamenlijk leertraject met de bewoners, mantelzorgers, zorgverleners en managers toegewerkt worden naar meer persoonsgerichte zorg.

Auteurs

Michèle Van Rompaey

Expertisecentrum Zorgstroom, Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen

Expertisecentrum Zorgstroom, Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen

Corresponderend auteur

E-mail: michele.vanrompaey@kdg.be

Helena Verheyen

Expertisecentrum Zorgstroom, Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen

Expertisecentrum Zorgstroom, Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen

Nina Geuens

Expertisecentrum Zorgstroom, Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen

Expertisecentrum Zorgstroom, Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen

Literatuurlijst

1. Zorg voor beter. Persoonsgerichte dementiezorg en -ondersteuning
<https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/persoonsgerichte-zorg> , geraadpleegd op 7 februari 2020
2. Van der Kooij C. Wat is geïntegreerde belevingsgerichte zorg? Denkbeeld 2001;13:16-20.
3. Finnema E, van der Kooij C, Dröes RM. Omgaan met dementie: Belevingsgerichte begeleiding en zorg in de verschillende stadia van dementie. In: Dröes, RM, Schols J, Scheltens, Ph (red.) Meer kwaliteit van leven. Houten: BSL/Springer; 2018. DOI 10.1007/978-90-368-2048-6
4. Frampton SB, Guastello S, Lepore M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. Journal of comparative effectiveness research 2013; 2(5):443-55.
5. National Health Service. Person-centered care made simple. What everyone should know about person-centred care.

London: NHS; 2016.

6. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist* 2018;58:S10-S9.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence and the Social Care Institute for Excellence. Dementia: Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care: Quick Reference Guide 2006. <https://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-qrg.pdf>
8. Vermeiren H. Dementie, het blikveld verruimd. Introductie in persoonsgerichte zorg en dementia care mapping. Antwerpen: Garant uitgevers; 2012.
9. Alzheimer Association of Canada. Guidelines for care: Person-centred care of people with dementia living in care homes. Ontario, Canada; 2011.
10. Christie J, Camp J, Coccozza K, Cassidy J, Taylor JJPDJ. Finding the hidden heart of healthcare: the development of a framework to evidence person-centred practice. *International Practice Development Journal* 2012;2(1).
11. Ross H, Tod AM, Clarke A. Understanding and achieving person centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24(9-10):1223-33. doi:10.1111/jocn.12662
12. Buron B. Levels of personhood: A model for dementia care. *Geriatr Nurs* 2008;29(5):324-32. doi:10.1016/j.gerinurse.2007.11.001.
13. Mitchell G, Agnelli J. Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard* 2015;30(7):46
14. Kitwood TM. Dementia reconsidered: The person comes first: Open university press; 1997.
15. Brooker D. What is person-centred care in dementia? *Reviews in clinical gerontology*. Cambridge University Press.2003;13:215-22.
16. Wijdeveld M, Gloude-mans M. Zicht op zorg en welbevinden. *Denkbeeld* 2012;24:2-6
17. Brooker D. Dementia care mapping: a review of the research literature. *The Gerontologist* 2005;45(suppl_1):11-8.
18. Sjögren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K, Edvardsson. Person centredness and its association with resident well being in dementia care units. *Journal of advanced nursing*. 2013;69:2196-206.
19. Willemse B, Wessel C, Pot A. Monitor woonvormen dementie: Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2014. Utrecht: Trimbos Instituut. 2015.
20. Willemse BM, De Jonge J, Smit D, Visser Q, Depla MF, Pot AMJ. Staff's person centredness in dementia care in relation to job characteristics and job related well being: a cross sectional survey in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 2015;71(2):404-16.
21. Dely H, Verschraegen J, Steyaert J. Ik, jij, samen mens. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie. Berchem: EPO; 2018.
22. Vermeulen B, Van Eenoo L, Demaerschalk M, Dreessen I, Spruytte N, Declercq A. Impact van persoonsgerichte zorg via dementia care mapping op het welbevinden van bewoners met dementie en hun zorgverleners in Vlaamse woonzorgcentra. Leuven: LUCAS; 2013.
23. Verhaest P. Leidraad voor goede zorg. *Denkbeeld*. 2018;30:36-9.
24. Pot A-M, Willemse BM. De meerwaarde van persoonsgerichte zorg. In: van Hoof J, Wouters EJM, editors. *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014. p. 27-29.
25. te Boekhorst S, Depla MFIA, de Lange J, Pot AM, Eefsting JA. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2007;38(1):15-23.
26. Hannan R. The Triangle of Care: carers included. *Journal of Public Mental Health*. 2013;12(3):171-2.