

## Persoonsgerichte zorg in de praktijk: ervaringen van zorgprofessionals en naasten van mensen met dementie in verpleeghuizen

I. Birgit van Ee, Chantal F. Hillebregt, Mireille Donkervoort, Kitty Jurrius,  
Simone R. de Bruin, Leontine M. Groen-van de Ven

### Samenvatting

Het begrip persoonsgericht werken is niet meer weg te denken uit de zorg voor mensen met dementie. Er is echter weinig bekend over hoe zorgmedewerkers in verpleeghuizen invulling geven aan persoonsgericht werken. In deze kwalitatieve studie staat de vraag centraal op welke manier zorgprofessionals en naasten de persoonsgerichte elementen persoonsbeeld, communicatie, omgeving en waardigheid terugzien en toepassen in de dagelijkse zorg en wat zij hiervan vinden. Vijf zorgprofessionals en zeven naasten van bewoners met dementie zijn hierover geïnterviewd waarna de interviews zijn geanalyseerd met behulp van thematische analyse. Naast vier thema's die betrekking hadden op de persoonsgerichte elementen kwamen twee thema's over de randvoorwaarden voor het leveren van persoonsgerichte zorg naar voren. Professionals en naasten beschreven diverse situaties waarin persoonsgericht werd gehandeld, maar ook waarin dat niet het geval was. Vooral in de communicatie ervoeren zorgprofessionals en naasten hiaten in persoonsgerichtheid richting bewoners, waarbij naasten zelf graag meer gehoord wilden worden door de zorgprofessionals. Behalve bekwaamheid van zorgverleners bleken voldoende personeel en tijd randvoorwaarden voor persoonsgerichte zorg. Met scholing over dementie en persoonsgerichte zorg, kleine aanpassingen en betere afstemming met naasten kan echter ook met het beschikbare personeel mogelijk al veel bereikt worden in de zorg voor bewoners met dementie.

**Kernwoorden:** persoonsgerichte zorg, ervaringen, dementie, verpleeghuizen

# Person-centred care in practice: experiences of care professionals and relatives of people with dementia in nursing homes

I. Birgit van Ee, Chantal F. Hillebregt, Mireille Donkervoort, Kitty Jurrius, Simone R. de Bruin, Leontine M. Groen-van de Ven

## Abstract

The concept of person-centred care has become an important part of dementia care. However, there is little knowledge about how person-centred care is integrated in the daily care of people with dementia living in nursing homes. The aim of this qualitative study was to investigate to what extent care staff and relatives recognize, apply and experience person-centred elements such as personhood, communication, environment, and dignity in the provision of care. Five care professionals and seven relatives of residents with dementia were interviewed, after which the interviews were analysed using thematic analysis. In addition to four themes relating to the four elements of person-centred care, two themes about the preconditions for providing person-centred care emerged. Professionals and relatives described various situations of person-centred care, but also situations in which this was not the case. Especially in communication, care professionals and relatives experienced gaps in person-centred care towards residents. Besides, relatives wanted to be heard by the care staff. Quality and quantity of care staff and sufficient time turned out to be important preconditions for person-centred care. Education about dementia and person-centred care, small adjustments in care and better collaboration with relatives may positively affect person-centred care provision to residents with dementia.

**Keywords:** Person-centred care, Experiences, Dementia, Nursing homes

## Inleiding

Voor veel verpleeghuizen is persoonsgericht werken een belangrijk uitgangspunt voor goede zorg. Persoonsgerichte zorg is dan ook als speerpunt vastgelegd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.<sup>1</sup> Persoonsgerichte zorg omvat verschillende elementen, waaronder het begrijpen van de persoon, gezamenlijke besluitvorming en het bevorderen van de zorgrelatie.<sup>2</sup> In het model van Kitwood dat betrekking heeft op persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie zijn de behoefte aan comfort, gehechtheid, identiteit, erbij horen en het hebben van bezigheden<sup>3</sup> belangrijke aspecten. Het model is de afgelopen 25 jaar uitgegroeid tot een soort standaard in de zorg voor mensen met dementie. Diverse onderzoekers hebben voortgeborduurd op dit model waarbij onder andere Brooker<sup>4</sup> de mensen om de persoon met dementie heen explicieter centraal stelt. Voor haar zijn centrale elementen van persoonsgerichte zorg het waarderen en respecteren van de persoon met dementie en diens naasten, het behandelen van mensen met dementie als individuen met unieke behoeften, het bezien van de wereld vanuit het perspectief van de persoon met dementie en het creëren van een positieve sociale omgeving waarbij de zorg het bouwen van relaties stimuleert.<sup>4</sup>

Ondanks toenemende theoretische conceptualisering van het begrip persoonsgerichte zorg, is vaak nog niet duidelijk wat er in de dagelijkse praktijk precies onder wordt verstaan.<sup>5</sup> Het begrip is opgebouwd uit elementen die verschillend kunnen worden geïnterpreteerd waardoor de focus van de definitie uit beeld raakt.<sup>4</sup> De mogelijkheid om persoonsgerichte zorg op verschillende manieren te interpreteren vormt daarbij een belemmering voor het meten van de uitvoering en kwaliteit van zorg,<sup>2</sup> wat het vervolgens lastig maakt om de zorg te verbeteren. Hoewel de modellen van Kitwood en Brooker brede bekendheid genieten en inzicht geven in de algemene elementen van persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie, is er meer kennis nodig over hoe de verschillende actoren in de zorg zelf het begrip 'persoonsgericht werken' vorm en inhoud geven. Zonder deze kennis is het aanpassen en verbeteren van de dagelijkse zorg in verpleeghuizen niet mogelijk.

Het doel van deze studie is inzicht krijgen in de ervaringen van professionals en naasten met persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie die in een verpleeghuis wonen. Het uitgangspunt van persoonsgerichte zorg in deze studie is: de mens met dementie en de wijze waarop er in de zorg rekening gehouden wordt met de unieke eigenschappen van elke persoon met dementie zodat deze zich erkend, gerespecteerd/gewaardeerd en vertrouwd kan voelen, aansluitend op het model van Brooker.<sup>4</sup> Meer specifiek gaat het hierbij om de vraag hoe professionals en naasten de persoonsgerichte elementen persoonsbeeld, communicatie, omgeving en waardigheid terugzien en toepassen in de zorg en wat zij hiervan vinden.

## Methoden

Deze kwalitatieve studie maakt deel uit van een actieonderzoek naar de implementatie en doorontwikkeling van de methode Demenzien (De mens zien met Dementie).<sup>6</sup> Voorafgaand aan de implementatie van deze methode zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij zorgprofessionals en naasten van mensen met dementie, in vervolg respondenten genoemd, in vijf zorginstellingen verspreid over Nederland. De METC van Isala Zwolle heeft de studie goedgekeurd (projectnummer 210124).

## Dataverzameling

De topiclijst is gebaseerd op vier elementen die we uit het model van Brooker en overige literatuur over persoonsgerichte zorg destilleerden, namelijk:

- 1) *Persoonsbeeld*, dat wil zeggen persoonlijke kenmerken, identiteit, voorkeuren en levensgeschiedenis van mensen met dementie.<sup>3,4,7,8</sup>
- 2) Persoonsgerichte *communicatie* met mensen met dementie en hun naasten.<sup>4,8-11</sup>
- 3) De *omgeving* van de bewoner met dementie en de invloed hiervan op het maken van eigen keuzes, het nemen van initiatief, participeren aan dagelijkse activiteiten en plezier hebben.<sup>4,7,8</sup>
- 4) *Waardigheid*, betekenis en waardige zorg voor mensen met dementie.<sup>3,4,7,12</sup>

De interviews werden afgenomen door een onderzoeker (CH) in de periode van april-oktober 2021. De respondenten werden geworven met behulp van Alzheimer Nederland en netwerk Dementie Flevoland en verder via de sneeuwbalmethode. Vier interviews vonden bij de naasten thuis plaats. In verband met COVID-19 werden de overige interviews afgenomen via videobellen. In de topics hebben we niet expliciet gevraagd naar de invloed van de COVID-pandemie, maar soms kwam hierover wel informatie naar voren. Van alle interviews is, na toestemming van de deelnemers, een geluidsopname gemaakt. De interviews duurden gemiddeld een uur. Na afloop van het interview werd het transcript naar de respondent verstuurd voor een membercheck.

## Analyse

Na transcriptie werden de interviews thematisch gecodeerd<sup>13</sup> met behulp van het analyseprogramma MaxQDA waarbij de vier elementen uit de literatuur als leidraad werden aangehouden. Twee onderzoekers (BE, CH) codeerden het eerste interview afzonderlijk. De overige interviews werden voor honderd procent door de eerste onderzoeker (BE) en voor twintig procent (aselect geselecteerd) door de tweede onderzoeker (CH) gecodeerd. Na elk interview bespraken zij de codes totdat er overeenstemming ontstond. Vervolgens groepeerden twee onderzoekers (BE, LG) alle, op afzonderlijke kaartjes geschreven codes binnen de vier elementen tot categorieën volgens de methode Affinity Diagramming.<sup>14,15</sup> Zonder te praten groepeerden

de onderzoekers de codes met verwantschap (affinity). Op deze wijze konden zij elkaar zo min mogelijk beïnvloeden. Vervolgens gingen zij met elkaar in gesprek over de plaatsing totdat overeenstemming ontstond. Waar nodig werden de codes herplaatst onder een andere categorie binnen het betreffende element of eventueel bij een ander element. De elementen werden tenslotte geherformuleerd tot thema met een specifiekere naam die aansloot bij de inhoud. Tijdens het indelen bleken diverse codes niet onder de vier bestaande elementen te passen. Hiervoor werden twee nieuwe thema's benoemd die informatie/codes bevatten over de 'randvoorwaarden' voor persoonsgerichte zorg.

## Resultaten

Er namen zeven naasten en vijf zorgprofessionals deel aan het onderzoek. Drie vrouwelijke en vier mannelijke naasten (leeftijd 54-80 jaar) werden geïnterviewd over de ervaringen met de zorg voor hun partner, ouder of broer. De vijf zorgprofessionals waren allen vrouwen (leeftijd 25-50 jaar) die als verzorgende of verpleegkundige op mbo- of hbo-niveau in de zorg werkten waarbij twee een aanvullende opleiding hadden gevolgd tot aandachtsvelder en casemanager dementie.

De respondenten zagen de vier elementen uit de literatuur over persoonsgerichte zorg terug in de volgende thema's: 'Verschillende invalshoeken noodzakelijk voor een goed persoonsbeeld', 'Communicatie en omgang met elkaar vormen een uitdaging', 'De omgeving als katalysator van persoonsgerichte zorg' en 'Waardig en soms onwaardig zorg verlenen'. Twee aanvullende thema's hadden betrekking op de randvoorwaarden voor het leveren van persoonsgerichte zorg: 'Kennis en houding essentieel voor persoonsgerichte zorgverlening' en 'Organisatiecontext bepalend voor persoonsgericht werken'.

### Thema 1: Verschillende invalshoeken noodzakelijk voor een goed persoonsbeeld

Zorgprofessionals gaven aan dat er verschillende manieren waren waarop zij meer inzicht probeerden te krijgen in de specifieke ziekte- en levensgeschiedenis, emoties en het gedrag van elke bewoner. Zo gingen zij voorafgaand aan de verhuizing bijvoorbeeld op huisbezoek of namen zij een intake en vragenlijsten af. Hiermee verkregen zij echter niet altijd afdoende informatie over de bewoner. Om persoonsgerichte zorg te kunnen leveren waren naasten een belangrijke bron van informatie. Naasten hadden veel zicht op de dagelijkse bezigheden, capaciteiten en voorkeuren van de bewoner. Toch was het ook voor hen soms lastig om een volledig beeld van de bewoner te schetsen.

*“Dus ik zeg wel dat ik hem heel goed ken, maar dat is ook vrij oppervlakkig eigenlijk. En eigenlijk nu, door wat er gebeurd is, komen we wat dieper. ... Ik denk dat er wel persoonlijk is die moeite doen om wat meer te weten te komen van de patiënt.” (Naaste 7)*

Ondanks dat professionals hun best deden de bewoner te leren kennen, vonden naasten soms dat de zorg niet goed aansloot bij hun eigen beeld van de bewoner.

*“Toen heb ik uitgelegd aan de zorg dat zij knijpt. Ik zeg ‘maar we moeten ons even afvragen waarom zij knijpt’. En daar hadden ze geen benul van. Ik zeg ‘dat zal ik je even uitleggen. Zij zoekt contact ... dat kun je merken als zij je bij de hand beet pakt’. ... ‘Zij is al haar hele leven een verschrikkelijk sociaal mens geweest, heeft altijd voor anderen klaargestaan en zij zoekt contact.’” (Naaste 1)*

## **Thema 2: Communicatie en omgang met elkaar vormen een uitdaging**

Als communicatie met bewoners door middel van gesproken taal in de latere fasen van dementie niet meer mogelijk was, probeerden zorgprofessionals de communicatie op de bewoner af te stemmen door gebruik te maken van oogcontact, aanraking, geluid of foto's en filmpjes. In de verbale communicatie vonden professionals het belangrijk om positieve kanten van gedrag te benadrukken door het geven van complimentjes.

Professionals en naasten communiceerden door middel van (video)bellen, e-mail, live overleg 'in het kantoor', zorgplannen en berichtjes en foto's op het online familienet. Naasten zagen het persoonsgerichte echter niet altijd terug in de communicatie.

*“Al die rapportjes. En op een gegeven moment heb je het ook wel gehad. Want je krijgt altijd van diezelfde oneliners die er in staan. Dan heb ik zoiets van: dat voegt niets toe. Daar word ik niet wijzer van.” (Naaste 4)*

Een andere naaste vond het jammer buiten de teamoverleggen te worden gehouden.

*“Het is iets wat eigenlijk wettelijk wel mag. Wat ook eigenlijk geadviseerd wordt om te doen. Maar eh...nee, nee, nee dat is veel te eng. Daar gaan we niet aan beginnen.” (Naaste 5)*

Anderzijds gaven professionals aan dat naasten soms te veel verwachtten van de bewoner, zij hun problemen bagatelliseerden of andere ideeën hadden over de zorg dan de bewoner zelf of de professionals. De opvattingen van de familie konden op

gespannen voet staan met de belangen van de bewoner en met de principes van persoonsgerichte zorg.

*“Weet je...wij proberen wel echt de voorkeuren van de bewoner... natuurlijk je gaat met de familie in gesprek, daar krijg je de meeste informatie van. Alleen de bewoners, ondanks dat ze dementeren, kunnen ze echt nog wel aangeven wat ze wel en niet willen. En sommige dingen zijn natuurlijk vanuit de veiligheid dat je de kant van familie kiest, maar wij zijn er voor de cliënt.” (Zorgprofessional 5)*

Bij bepaalde situaties vonden professionals en naasten elkaar echter in de moeite die het hen kon kosten om te gaan met het gedrag van de bewoner. Bijvoorbeeld als er sprake was van schreeuwen, gillen, niet gewassen willen worden, gevaarlijke situaties of discriminerende uitspraken door de bewoner. Professionals probeerden het gedrag van de bewoner richting naasten te duiden en deden dat soms op een hele sensitieve manier.

*“En dat...wij zeggen altijd: mensen waar je het meest van houdt, schop je het hardste tegen aan. We hebben ook wel cliënten die ook wel heel lelijk en naar doen tegen hun familie. Ja dat doet zeer, dat doet pijn. Je ziet het verdriet van die mensen.” (Zorgprofessional 5)*

### **Thema 3: De omgeving als katalysator van persoonsgerichte zorg**

Professionals gaven aan dat de omgeving van de bewoners van invloed was op hun welbevinden en gedrag en ze gebruikten de omgeving om bij te dragen aan een persoonlijke benadering. Zo werd er rekening gehouden met de samenstelling van de bewoners op de groep en mochten bewoners spullen van huis meenemen om hun eigen kamer in te richten zoals zij gewend waren.

Naasten en professionals benoemden ook prikkelgevoeligheid als een factor die zich goed leent voor persoonsgerichte afstemming. Voor sommige bewoners was er bijvoorbeeld sprake van teveel drukte op de afdeling of op de kamer, terwijl anderen indutten bij te weinig stimulans.

*“Dus je kan ook denken van oh alles is stil, terwijl die mevrouw ontzettend van kinderen houdt. Dus nu heb ik als interventie gezegd, kunnen jullie iets met kinderen? Want iedereen kan wel denken ze zit lekker lief, stil in een hoekje. Maar nee, zij heeft prikkels nodig om weer zelf in actie te komen en anders dooft ze uit, valt ze in slaap.” (Zorgprofessional 3)*

De balans tussen vrijheid en veiligheid maakte het soms echter lastig om persoonsgerichte zorg te bieden. Over het algemeen ging veiligheid voor bewegingsvrijheid, met wisselende ervaringen van bewoners tot gevolg.

*“Nou, in het ene moment kan ze daar goed mee om gaan. En in het volgende moment dan vindt ze het een gevangenis en dan sluiten ze haar op en dan hebben wij het allemaal gedaan.” (Naaste 4)*

Professionals vonden dat de inzet van technische snufjes persoonsgerichte zorg kon bevorderen doordat sommige bewoners meer bewegingsvrijheid kregen terwijl tegelijkertijd de veiligheid werd vergroot.

*“En als het heel erg... ze hebben zo'n sensor... zo'n bewegingsmelder... zeg maar dat als ze gaan lopen wij dat in de gaten kunnen houden, dat ze niet vallen in verband met valgevaar.” (Zorgprofessional 2)*

Corona had volgens naasten en professionals tenslotte veel invloed op de afdelingen. Zij beschreven hierbij in het bijzonder de vele wisselingen van bewoners wegens overlijden en afwezigheid van personeelsleden door ziekte. Een naaste benoemde dat ze niet meer op de huiskamer mocht komen en daardoor het zicht op de zorg wat kwijtraakte. Haar moeder was echter positief wat haar geen reden gaf tot ongerustheid.

#### **Thema 4: Waardig en soms onwaardig zorg verlenen**

Naasten zagen een respectvolle behandeling als een belangrijke vorm van waardig zorg verlenen. Exemplarisch voor persoonsgerichte zorg vonden zij dat de bewoners als mens en niet als dier of voorwerp gezien moesten worden. Een goede kwaliteit van leven werd ook genoemd, waarbij zowel schoon en verzorgd zijn als liefde en aandacht hoorden. Een bewoner die helemaal onder het eten zat of het bespreken van gevoelige onderwerpen in het bijzijn van anderen werden onwaardig gevonden.

*“... als het over de luiers en de pampers gaat waar anderen bij zitten. Dan zie ik mijn moeder kijken van, hoort niemand het. Dat vindt ze heel erg.” (Naaste 2)*

Sommige naasten ervoeren bepaalde omgangsvormen als respectloos en ongepast, bijvoorbeeld het met de voornaam aanspreken van een 85-jarige of 90-jarige bewoner, terwijl het benutten van de capaciteiten van bewoners als vorm van waardigheid werd gezien.



Zorgprofessionals beschreven waardigheid in persoonsgerichte termen zoals het stimuleren van eigen regie en zelfstandigheid, aansluiten bij wensen en behoeften, niet over grenzen gaan en respect. Een concreet voorbeeld was bijvoorbeeld het zoeken naar wat iemand belangrijk vindt, ook al strookt dat niet met de eigen waarden en normen, zoals het roken van een sigaret. Iemand een goede dag bezorgen of het laatste stukje van het leven nog zinvol maken is volgens professionals waardig en persoonsgericht zorg verlenen aan bewoners. Mensen uit bed halen als ze nog uit willen slapen is dat volgens hen niet. Dankbaarheid die bewoners uiten door een glimlach of knuffel te geven valt volgens hen ook onder waardigheid. Wel gaven zorgverleners aan dat de mogelijkheid om waardige zorg te verlenen onder druk staat wanneer iemand heel veel pijn heeft en vanuit het geloof geen morfine mag gebruiken of wanneer er geen tijd is om persoonlijke wensen na te gaan en te realiseren.

### **Thema 5: Kennis en houding essentieel voor persoonsgerichte zorgverlening**

Zowel naasten als zorgprofessionals vonden kennis hebben over dementie een belangrijke randvoorwaarde voor persoonsgerichte zorg. Naasten realiseerden zich hierdoor beter dat hun familielid 'ziek' was en professionals vonden kennis over dementie én over persoonsgerichte zorg noodzakelijk om rekening te kunnen houden met de fase van dementie van bewoners. Kennis die volgens hen soms bij collega's ontbrak. Daarnaast waren aandacht, liefde en geborgenheid volgens een professional persoonsgerichte randvoorwaarden die 'iedereen nodig heeft', wat overeenkwam met de behoefte van naasten aan persoonlijke aandacht en erkenning voor henzelf.

*"En wat ik ook heel belangrijk vind, en dat klinkt misschien heel kinderachtig als ik dat zeg, als er een familielid binnenkomt, vraag dan als zorgmedewerker 'Hoe gaat het met u?', 'Kunt u het aan?', 'Kunnen we wat voor u betekenen?'" (Naaste 1)*

In de praktijk zagen de geïnterviewde zorgprofessionals echter verschillen tussen collega's in de mate van persoonsgerichtheid in de zorgverlening. Volgens hen deden sommige collega's wel hun best, maar anderen hielden erg vast aan hun eigen benaderingswijze of het ontbrak hen aan creativiteit.

*"Dat toch veel medewerkers zich daar niet genoeg van bewust zijn en toch niet goed hun eigen benaderingswijze goed kunnen aanpassen op de bewoners hier. Dus dat ze ... ja, ze doen maar vaak inderdaad ook wat hun goed lijkt zonder zich ook aan afspraken te houden die zijn gemaakt over de wensen en behoeften van familie en bewoner zelf." (Zorgprofessional 1)*

Sommige collega's zijn volgens hen angstig of stralen ongeduld en onvriendelijkheid uit, anderen zijn wel in staat om 'de mens te zien'. Levenservaring en enthousiasme bij het volgen van trainingen speelt daarbij een rol, maar 'het in zich hebben' was ook een randvoorwaarde voor het kunnen bieden van persoonsgerichte zorg.

*"Maar we hebben ook wel eens collega's die bij ons komen werken op PG [psycho-geriatrie] waarvan wij denken: oh dat is echt geen match met PG. Die gewoon niet dat, dat geduld kunnen opbrengen of de benadering niet zien. Ja, plat gezegd: hun kunstje draaien en ja, dan gaat het niet werken."* (Zorgprofessional 5)

## **Thema 6: Organisatiecontext bepalend voor persoonsgericht werken**

De context waarin professionals werkten kon volgens hen de mogelijkheid om persoonsgerichte zorg te verlenen bevorderen, maar ook belemmeren. Voldoende tijd en personeel waren naast scholing een randvoorwaarde voor persoonsgerichte zorg. Wanneer zorgprofessionals bijvoorbeeld wegens tijdgebrek de zorg-, leef- en benaderingsplannen niet goed bijhielden of lazen werd het lastiger om persoonsgericht te handelen. In deze plannen hoorden namelijk de kenmerken van de bewoner, diens wensen en voorkeuren, meegemaakte gebeurtenissen en de beste benadering bij moeilijk te hanteren gedrag genoteerd te worden. Een zorgverlener gaf daarnaast aan dat de zorg steeds complexer wordt en dat het belangrijk is dat de organisatie daar trainingen, cursussen en persoonsgerichte methoden voor aanbiedt, naast intervisie en reflectiebijeenkomsten. Ook kunnen zorgprofessionals elkaar coachen in de benaderingswijze. Bijvoorbeeld door collega's erop te wijzen dat zij minder meeveren met een bewoner wanneer zij hun werk perse op tijd af willen hebben.

In sommige organisaties boden gastvrouwen en overig niet vast personeel soms uitkomst bij personeelskrapte. Zij hadden meer tijd voor een praatje met bewoners. Tijdens de coronacrisis werden in een instelling stewardessen ingezet die niet mochten vliegen. Deze 'KLM-ers' werden door een naaste erg gewaardeerd.

*"Maar ik kan me ook voorstellen dat de zorgverleners echt hun handen vol hebben aan de basiszorg. En dat het extra, wat de KLM-ers dus wel bieden, eigenlijk bijna niet kan qua tijd."* (Naaste 6)

## Discussie

Het doel van dit onderzoek was antwoord te geven op de vraag hoe zorgprofessionals en naasten vanuit hun eigen ervaringen persoonsgerichte elementen terugzien en toepassen in de zorg voor bewoners met dementie in verpleeghuizen en wat zij hiervan vinden. Naast uitkomsten op de vier thema's gebaseerd op de elementen uit de persoonsgerichte literatuur leverde de analyse informatie op over randvoorwaarden voor het bieden van persoonsgerichte zorg.

Wat betreft de vier centrale thema's bleek uit de interviews dat professionals en naasten weliswaar persoonsgerichte elementen in de zorg terugzagen en toepasten, maar er waren ook situaties waarin zij vonden dat dat niet het geval was. Uit het thema 'Verschillende invalshoeken noodzakelijk voor een goed persoonsbeeld' bleek dat de unieke kanten en behoeften van bewoners regelmatig in aanmerking werden genomen bij (zorg)activiteiten. Dit gebeurde echter niet altijd en zeker niet als de veiligheid in geding kwam. Input van naasten was bij dit thema onontbeerlijk. Uit het thema 'Communicatie en omgang met elkaar vormen een uitdaging' bleek echter dat naasten zich soms onvoldoende betrokken voelden door professionals en werden 'afgescheept' met standaard beschrijvingen in dossiers. Professionals waardeerden de informatie die zij van naasten kregen, maar konden voor dilemma's komen te staan wanneer de wensen van naasten niet strookten met de behoeften van de bewoner zelf. Dat 'De omgeving als katalysator van persoonsgerichte zorg' werd ingezet bleek bijvoorbeeld uit het inrichten van de kamer met eigen spullen van de bewoner om zich meer thuis te voelen. Ten tijde van corona veranderde de omgeving aanzienlijk waardoor de mogelijkheden om persoonsgerichte zorg te leveren werden beïnvloed. Over 'Waardig en soms onwaardig zorg verlenen' hadden naasten en professionals duidelijke ideeën. Vooral een respectvolle, rustige en vriendelijke bejegening werd hierbij belangrijk gevonden. Professionals dachten daarnaast ook aan autonomie van de bewoner.

De aanvullende randvoorwaarden-thema's 'Kennis en houding essentieel voor persoonsgerichte zorgverlening' en vooral 'Organisatiecontext bepalend voor persoonsgericht werken' weerspiegelden de basisvoorwaarden voor persoonsgerichte zorg en de knelpunten hierin. Tijdsdruk, door tekort aan personeel, maar ook door bijvoorbeeld regeldruk, staat op gespannen voet met persoonsgerichte zorg<sup>16</sup> en is daarmee bepalend voor de mate waarin persoonsgerichte zorg wordt geleverd. Ook het aantal jaren opleiding in de zorg, leiderschapsstijl, communicatie, een gezamenlijke visie op zorg, werkstress, werkklimaat en werktevredenheid bepalen de mate van persoonsgerichte zorg.<sup>17-20</sup> Met het toenemende aantal ouderen met dementie en de wens vanuit de politiek het percentage medewerkers in de zorg min of meer gelijk te houden,<sup>21</sup> staan de randvoorwaarden steeds verder onder druk.

Voor individuele zorgverleners wordt het moeilijker om persoonsgerichte, of wellicht gewoon 'goede' zorg te kunnen bieden en voldoende aandacht te hebben voor de bewoner met dementie en diens naasten. Door training en coaching van personeel en ondersteuning vanuit de organisatie, in het bijzonder van de directe begeleider, is het echter wel mogelijk om een persoonsgerichte houding onder zorgprofessionals te creëren.<sup>22</sup>

Uit dit onderzoek komt naar voren dat persoonsgerichtheid naast voldoende personeel en scholing staat of valt met een mentaliteit waarbij de zorgprofessional, maar ook de naaste, kennis heeft over dementie en oog voor de mens met dementie, zich aan afspraken houdt, de zorgplannen leest en een vriendelijke, geduldige en respectvolle houding heeft. Uit de interviews bleek echter dat niet alle zorgprofessionals hieraan voldeden. Toch lijken het geen hele grote ingrepen die de zorg volgens professionals en naasten persoonlijk maken. De uitvoering van persoonsgerichte zorg kan per organisatie, cultuur of context verschillen (5), maar zit hem vaak in kleine dingen<sup>23</sup> zoals het geven van aandacht of een compliment, een bewoner activeren of juist even met rust laten, maar ook het betrekken van naasten bij teamoverleggen. Uit een proeftuin persoonsgerichte zorg bleek dat een warme ontvangst in het verpleeghuis, het zorgen voor een plezierige dag en het delen van de zorg tussen medewerkers, familieleden en vrijwilligers de belangrijkste ontwikkelpunten waren om de cliënten beter te leren kennen en behouden.<sup>23</sup> Een goede onderlinge samenwerking en teamwork zijn essentieel voor persoonsgerichte zorg.<sup>24,25</sup> Daarbij is een adequaat personeelsbestand noodzakelijk om de relatie met bewoners vorm te kunnen geven. Een relatie die voor verzorgenden, maar waarschijnlijk ook voor andere zorgprofessionals, het centrale element vormt voor goede kwaliteit van zorg.<sup>26</sup> De relatie met de naasten mag hierbij zeker niet over het hoofd worden gezien. Naasten kunnen een waardevolle aanvulling zijn in de zorg voor de bewoner met dementie, maar ze voelden zich niet altijd gehoord en verschil van mening over de zorg leidde soms tot wrijving tussen professionals en naasten.

### **Beperkingen van het onderzoek**

Door de interviews met zowel zorgprofessionals als naasten geeft dit onderzoek een brede kijk op de ervaringen met persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie. Hierbij moet wel worden aangemerkt dat het de vraag is of deze ervaringen duiden op het bewust inzetten van persoonsgerichte zorg of dat het beschrijvingen van 'standaard' zorg betreft. Onderzoek naar persoonsgerichte zorg voor personen met dementie in Vlaamse woonzorgcentra wees eerder al uit dat de werkwijze van zorgverleners meer leek op voorbeelden van geïndividualiseerde of basiszorg dan op persoonsgerichte zorg.<sup>27</sup> De grens tussen persoonsgerichte en meer 'basale' zorg is niet altijd helder en wordt gecompliceerd doordat 'persoonsgericht' op vele

manieren valt te interpreteren.<sup>5,28</sup> Hoewel we gericht een viertal persoonsgerichte elementen uit hebben gevraagd tijdens de interviews, had wat scherper bevroegd kunnen worden op de verschillen tussen gebruikelijke en specifiek persoonsgerichte zorg. Dit geldt ook voor aspecten uit de persoonsgerichte theorie zoals besluitvorming waarop wij niet hebben gefocust, maar die in specifieke situaties wel van belang kunnen zijn. Een andere beperking is dat bewoners met dementie zelf niet bevroegd zijn waardoor een belangrijk perspectief ontbreekt. Vervolgonderzoek zou zich, bijvoorbeeld door observaties of vereenvoudigde interviews, ook op hun ervaringen moeten richten.

## Conclusie

Veel verpleeghuizen voor mensen met dementie streven naar persoonsgerichte zorg. Zorgprofessionals en naasten zagen persoonsgerichte elementen in de geboden zorg terug, maar ze gaven ook verbeterpunten, vooral waar het communicatie en afstemming van de gewenste zorg betrof. Om persoonsgerichte zorg te kunnen leveren zijn de organisatiecontext waarin de zorg wordt verleend en de zorgprofessional zelf van groot belang. Verpleeghuizen hebben te maken met maatschappelijke ontwikkelingen die de (persoonsgerichte) zorg onder druk zetten. Desondanks kan persoonsgerichtheid al uit kleine gebaren blijken, maar is het ook een houding die sommige professionals van nature meer in zich hebben dan anderen. Deze kan door training, scholing en vooral bewustwording mogelijk wel worden aangeleerd of verbeterd. Tenslotte is toenemende samenwerking en afstemming met naasten essentieel om een veilig en plezierig verblijf voor bewoners in het verpleeghuis verder te kunnen bevorderen.

## Dankwoord

Wij zijn de professionals en naasten van mensen met dementie in verpleeghuizen veel dank verschuldigd voor hun deelname aan dit onderzoek. Tijdens de coronapandemie hebben zij (kostbare) tijd vrijgemaakt voor een interview. Daarnaast willen wij ZonMW bedanken voor de subsidie die het onderzoeks- en innovatieproject "De mens zien met dementie" mogelijk heeft gemaakt en waar deze studie deel van uitmaakt.

## Financiering

Dit onderzoek is tot stand gekomen dankzij een subsidie van ZonMW, projectnummer 639003913.

## Referenties

1. Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en ontwikkelen. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2021. Beschikbaar op: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg---2021.pdf>
2. Wilberforce M, Challis D, Davies L, Kelly MP, Roberts C, Clarkson P. Person-centredness in the community care of older people: A literature-based concept synthesis. *Int J Soc Welf.* 2017;26(1):86-98. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1111/ijsw.12221>.
3. Kitwood T. The experience of dementia. *Aging Ment Health.* 1997;1(1):13-22. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1080/13607869757344>.
4. Brooker D. What is person-centred care in dementia? *Rev Clin Gerontol.* 2003;13(3):215-22. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>.
5. Stranz A, Sörensdotter R. Interpretations of person-centered dementia care: Same rhetoric, different practices? A comparative study of nursing homes in England and Sweden. *J Aging Stud.* 2016;38:70-80. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.05.001>.
6. Van Belle P, Van Belle, C. Demenzen. Methode om de kwaliteit van leven voor mensen met dementie te optimaliseren. Utrecht: Breindok; 2020.
7. Passalacqua SA, Harwood J. VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: an intervention to increase person-centered dementia care. *Clin Gerontol.* 2012;35(5):425-45. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702655>.
8. Van Corven CT, Bielderma A, Wijnen M, Leontjevas R, Lucassen PL, Graff MJ, et al. Defining empowerment for older people living with dementia from multiple perspectives: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2021;114:103823. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103823>.
9. Savundranayagam MY, Moore-Nielsen K. Language-based communication strategies that support person-centered communication with persons with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2015;27(10):1707-18. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1017/S1041610215000903>.
10. Vasse E, Vernooij-Dassen M, Spijker A, Rikkert MO, Koopmans R. A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(2):189-200. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1017/S1041610209990615>.
11. Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: Impact on dementia care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2009;24(1):11-20. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1177/1533317508318472>.
12. Hojat M. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*; Springer; 2007.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
14. Scupin R. The KJ method: A technique for analyzing data derived from Japanese ethnology. *Hum Organ.* 1997;56(2):233-7. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.17730/humo.56.2.x335923511444655>.
15. Hanington B, Martin, B. *Universal Methods of Design: 100 Ways to Research Complex Problems, Develop Innovative Ideas, and Design Effective Solutions*: Rockport Publishers Inc.; 2012.

16. Van de Bovenkamp H, Stoopendaal A, van Bochove M, Hoogendijk H, Bal R. Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex. 2018. Beschikbaar op: [https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/07/WT\\_Eindrapportage\\_thema\\_4.pdf](https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/07/WT_Eindrapportage_thema_4.pdf).
17. Rutten JE, Backhaus R, Tan F, Prins M, van der Roest H, Heijkants C, et al. Work environment and person-centred dementia care in nursing homes—A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2021;29(7):2314-22. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1111/jonm.13386>.
18. Røen I, Kirkevold Ø, Testad I, Selbæk G, Engedal K, Bergh S. Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *Int Psychogeriatr.* 2018;30(9):1279-90. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1017/S1041610217002708>.
19. Sjögren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K, Edvardsson D. To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *J Clin Nurs.* 2015;24(9-10):1310-9. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1111/jocn.12734>.
20. Kong EH, Kim H, Kim H. Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2022;31(13-14):1896-906. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1111/jocn.15729>.
21. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn; Samen anders leren en werken. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2022. Beschikbaar op: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-926544acabc8f87fa17fe4d4ab8f6f9910c0ffa6/pdf>.
22. Willemse BM, Smit D, de Lange J, Pot AM. Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff well-being: Design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD) - study. *BMC Geriatr.* 2011;11(1):11. Beschikbaar op: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/11>.
23. Engels J, Vermunt P, Leers E, Spanbroek M. Persoonsgerichte zorg, hoe pak je het aan en wat levert het op? *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice.* 2017;15(3):19-22. Beschikbaar op: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12468-017-0030-8>.
24. Nowaskie D, Carvell CA, Alder CA, LaMantia MA, Gao S, Brown S, et al. Care coordinator assistants: Job satisfaction and the importance of teamwork in delivering person-centered dementia care. *Dementia.* 2020;19(5):1560-72. Beschikbaar op: DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301218802739>.
25. Pennbrant S, Hjorton C, Nilsson C, Karlsson M. "The challenge of joining all the pieces together"—Nurses' experience of palliative care for older people with advanced dementia living in residential aged care units. *J Clin Nurs.* 2020;29(19-20):3835-46. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1111/jocn.15415>.
26. Bowers BJ, Esmond S, Jacobson N. The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: Exploring the views of nurse aides. *J Nurs Care Qual.* 2000;14(4):55-64.
27. Van Rompaey M, Verheyen, H, Geuens, N. Persoonsgerichte zorg voor personen met dementie in Vlaamse woonzorgcentra. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2020;07. Beschikbaar op: <https://platform.openjournals.nl/tgg/article/view/14809>.
28. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *Gerontologist.* 2018;58(suppl\_1):S10-S9. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>.