

## **Nachtelijke onrust bij personen met dementie in woonzorgcentra: een verkennende veldstudie**

**Auteurs:** Marieke Van Vracem, Nele Spruytte, Anja Declercq, Chantal Van Audenhove

### **Samenvatting**

Agitatie tijdens de nacht of nachtelijke onrust is een onderschat probleem. Hoewel er weinig prevalentiecijfers bekend zijn en niet alle personen met dementie ermee te maken hebben, is het zeer belastend voor de betrokkene en voor de zorgverleners.

Dit veldonderzoek verkent de problematiek van nachtelijke onrust in woonzorgcentra aan de hand van twee onderzoeksvragen: (1) Wat verstaan zorgverleners onder nachtelijke onrust? en (2) Hoe gaat men om met nachtelijke onrust?

Data werden verzameld aan de hand van dagboeken, interviews met zorgmedewerkers en telkens één nacht observatie in acht woonzorgcentra.

Dwalen en roepen blijken veel voorkomende vormen van nachtelijke onrust te zijn. Tal van factoren kunnen volgens de zorgverleners bijdragen tot het ontstaan van nachtelijke onrust. Omgevingsfactoren zoals geluid en licht worden zelden spontaan vermeld. Uit de observaties blijken lawaai en licht echter opvallende stoorzenders voor een goede nachtrust te zijn.

Zorgverleners proberen meerdere oplossingen uit: bijvoorbeeld de persoon met dementie verbaal tot rust brengen, gebruik maken van een nachtlampje of medicatie en/of fysieke fixatie toepassen.

De aanpak van nachtelijke onrust vereist een totaalaanpak. Verandering van de materiële omgeving voor vermindering van nachtelijke onrust wordt door zorgverleners beperkt toegepast.

---

## **Nighttime restlessness in people with dementia in residential care: an explorative field study**

### **Abstract**

Nighttime restlessness in dementia is an underestimated problem. Although little is known about the prevalence and not every person with dementia struggles with it, nighttime restlessness puts a heavy burden on the persons themselves and their caregivers.

This field study explores nighttime restlessness in nursing homes based on two research questions: (1) What is nighttime restlessness according to professional caregivers? and (2) How is nighttime restlessness managed?

Data were collected through diaries, interviews with caregivers and one night of observation in eight nursing homes.

Wandering and screaming seem to be the most prevalent nighttime agitated behaviours. Caregivers identify many possible causes, but spatial and sensory factors, such as light or noise, were rarely mentioned spontaneously. The observations highlighted that a lot of light and noise is prominent and this might be causing nighttime restlessness.

Caregivers try several strategies: for example talking with the resident, put on a light and apply medication or physical restraints.

The management of nighttime restlessness requires a holistic approach. Caregivers' attention for and efforts to ameliorate the

spatial and sensory environment in the management of nighttime restlessness are limited.

---

**Kernwoorden:** dementie, nachtelijke onrust, omgeving, zorgverleners

---

**Keywords:** Agitation, Alzheimer, Non-pharmacological interventions, Nursing home

---

## Inleiding

Agitatie tijdens de nacht of nachtelijke onrust is een onderschat probleem in de zorg voor mensen met dementie. Nachtelijke onrust is een van de gedrags- en psychologische symptomen van dementie [ <sup>1</sup> ]. Agitatie wordt gedefinieerd als *'a verbal, vocal or motor activity that is not judged by an outside observer to be an obvious outcome of the needs or confusion of the individual'* [ <sup>2</sup> ]. Dat wil zeggen: een verbale, vocale of motorische activiteit die niet gezien wordt als een uiting van een onvervulde behoefte of verwardheid.

Als meetinstrument voor agitatie wordt de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) veelvuldig gebruikt [ <sup>3</sup> ]. Deze schaal meet drie aspecten van agitatie: agressief gedrag, fysiek niet-agressief gedrag en verbaal geagiteerd gedrag [ <sup>4</sup> ].

In de thuisomgeving vertoont tot 40 % van de mensen met de ziekte van Alzheimer een verstoorde slaap [ <sup>5</sup> ]. Uit een Nederlandse studie die de prevalentie van neuropsychiatrische symptomen bij bewoners met dementie in verpleeghuizen onderzocht, bleek sprake van nachtelijke onrust bij 12 % van de bewoners met dementie [ <sup>6</sup> ]. De beschikbare prevalentiemetingen van onrust tijdens de nacht zijn echter beperkt. In wat volgt benoemen we agitatie die voorkomt tijdens de nacht als nachtelijke onrust.

Nachtelijke onrust heeft zowel voor de patiënt als voor de mantelzorgverlener fysieke en psychologische gevolgen [ <sup>7</sup> ]. Dit draagt bij tot onhoudbaarheid van de thuiszorg zodat een overgang naar residentiële zorg noodzakelijk wordt [ <sup>8</sup> ].

Verschillende factoren kunnen uitlokkers zijn van nachtelijke onrust. Doorgaans treden er op latere leeftijd slaapveranderingen op, zoals langere fasen van lichte slaap. Men wordt sneller wakker en krijgt te maken met een langere inslaaptijd, slaapfragmentatie en vroegtijdig wakker worden [ <sup>9</sup> ]. De ziekte van Alzheimer kan het slaapcentrum in de hersenen aantasten. Dit veroorzaakt slaapstoornissen zoals verstoring van het dag-nachtritme of het *sundowning*-syndroom, dat gekenmerkt wordt door meer agitatie in de late namiddag of avond [ <sup>10</sup> ]. Naast deze fysiologische veranderingen door ouderdom en de ziekte van Alzheimer dragen ook andere elementen bij tot nachtelijke onrust, met name slaapstoornissen zoals slaapapneu, het *restless legs syndrome*, medische en psychiatrische morbiditeit, bijwerkingen van medicatie en omgevings- en gedragsfactoren [ <sup>11</sup> ].

De aanpak van agitatie en slaapproblemen bij dementie vormt een uitdaging voor zorgverleners. Vaak grijpt men naar medicatie [ <sup>12</sup>, <sup>13</sup> ]. In toenemende mate worden ook non-farmacologische oplossingen gezocht. Het *'environmental vulnerability model'* stelt dat het dementieproces resulteert in een grotere kwetsbaarheid voor omgevingsinvloeden, wat het gedrag beïnvloedt. Om personen optimaal te laten functioneren dient er een match te zijn tussen de noden en mogelijkheden van een persoon en de eisen van de omgeving. Hieraan gerelateerd stelt het *'progressively lowered stress threshold model'* dat personen met dementie hun copingcapaciteiten verliezen en de omgeving percipiëren als stresserend [ <sup>14</sup> ].

Uit onderzoek naar de impact van ruimtelijke en zintuiglijke omgevingsfactoren op slaap of (nachtelijke) onrust blijkt dat licht en lawaai slaapproblemen bij mensen met dementie uitlokken en dat in slaap vallen minder lang duurt naarmate deze storende factoren beperkt worden [ <sup>15</sup> ].

Onderzoek toont aan dat lawaai een voorspeller van onrust is, [ 16 ] maar men vond een matig effect van rustgevende muziek op onrust [ 17 ]. Verder zou aromatherapie en blootstelling aan licht door middel van *Bright Light Therapy* de slaap verbeteren en de activiteit 's nachts verminderen [ 17 ]. Blauwachtig licht zou het dag-nachtritme verbeteren [ 18 ]. Er is ook evidentie dat slaperigheid bevordert wordt door een hogere huidtemperatuur [ 19 ].

In deze studie verkennen we in enkele Vlaamse woonzorgcentra wat de ervaringen zijn met nachtelijke onrust en hoe nachtelijke onrust wordt aangepakt. De onderzoeksvragen zijn: (1) Wat is nachtelijke onrust volgens zorgverleners? en (2) Hoe proberen zorgverleners nachtelijke onrust te verhelpen?

## **Methode**

Tien woonzorgcentra werden uitgenodigd. Deelname was enkel mogelijk wanneer men te maken had met nachtelijke onrust bij bewoners met dementie en indien men interesse had in het ontwikkelen van zorginnovaties. Acht woonzorgcentra verleenden hun medewerking, terwijl twee voorzieningen afzagen van deelname vanwege verhoogde werkdruk, personeelstekort en herstructurering.

In alle woonzorgcentra werden doel en opzet van de studie mondeling verduidelijkt aan de zorgverleners. Er werd een semigestructureerd interview afgenomen bij de hoofdverpleegkundige(n) van de afdeling(en) voor personen met dementie. Hierin vroegen we naar gedrag van bewoners, naar mogelijke oorzaken en gevolgen en naar de aanpak die zij hanteren. De zorgverleners van de nachtdienst beantwoordden gedurende 14 nachten vragen over de nachtelijke onrust bij bewoners met dementie. Hierin werd gepeild naar welk gedrag voorkwam, de mogelijke oorzaak, de belasting, hoe men het aanpakte, en of men hiervoor de materiële omgeving probeerde te veranderen. Deze notities zijn vervolgens in interviews besproken met de zorgverleners.

In totaal zijn 18 hoofdverpleegkundigen en 28 medewerkers van de nachtdienst geïnterviewd. Alle medewerkers vulden een formulier voor geïnformeerde toestemming in. De anonimiteit van de bewoners en zorgverleners werd gegarandeerd doordat geen namen verzameld of gerapporteerd werden.

Een onderzoeker volgde in elk woonzorgcentrum gedurende één willekeurige nacht de zorgverleners om de nachtelijke onrust en de omgeving te observeren. Hierbij werd aandacht besteed aan gedragingen van de bewoners, aan de manier waarop zorgverleners omgingen met de bewoner en aan omgevingselementen. We gingen hierbij exploratief te werk en maakten ongestructureerde notities.

Van elk interview werd een transcriptie gemaakt, waarvan de betekenis-eenheden ondergebracht werden in verschillende vooraf opgestelde categorieën. Deze waren 'gedrag', 'oorzaken', 'gevolgen', 'psychosociale aanpak', 'organisatorische elementen' en 'omgevingselementen'. De observatiegegevens werden naast deze thematische analyse gelegd. Eerst analyseerden we elk woonzorgcentrum apart, vervolgens analyseerden we de data over de acht woonzorgcentra heen.

## **Resultaten**

In dit deel beschrijven we wat hulpverleners verstaan onder nachtelijke onrust en wat ze zien als mogelijke oorzaken en gevolgen ervan. Daarnaast worden ook observatiegegevens aangehaald. Daarna presenteren we hoe men nachtelijke onrust probeert aan te pakken op de afdelingen.

### ***Nachtelijke onrust***

De verscheidenheid aan casussen van nachtelijke onrust die zorgverleners aanhaalden en die we observeerden, zijn gelijklopend met de gedragingen in de categorieën fysiek niet-agressief gedrag en verbaal geagiteerd gedrag van de CMAI. Zorgverleners onderscheiden agressief gedrag van onrust en daarom bespreken we dit gedrag niet.

Onder fysiek niet-agressief gedrag valt dwaalgedrag, waarbij de bewoner ronddwaalt in de eigen kamer, de gang of de leefruimte. Soms gaat dit gepaard met naar buiten willen. Midden in de nacht opstaan, zich klaarmaken en aan de dag beginnen sluit hierbij aan. Daarnaast zijn bewoners 's nachts actief bezig met onder andere verkeerd gebruik van voorwerpen zoals meubels verplaatsen of 'denkbeeldig' hun beroep uitoefenen, telkens herhalende gedragingen zoals rommelen aan de onrusthekken of plukgedrag, of incontinentiemateriaal verwijderen. Smeergedrag en algemene rusteloosheid zoals verkramp

in bed liggen kwamen ook voor.

Verbaal geagiteerd gedrag omvat roepgedrag. Dit kunnen woorden, zinnen of betekenisloze geluiden zijn met variabele duur en frequentie. Varianten zoals zingen, praten of schijnbaar tegen zichzelf prevelen werden geobserveerd.

Gedurende de hele nacht kunnen zorgverleners geconfronteerd worden met onrustig gedrag, maar de vooravond en de vroege ochtend worden als piekmomenten ervaren.

Het aantal bewoners met onrust verschilt elke nacht en de frequentie kan ook bij één bewoner sterk variëren. Niet alle bewoners vertonen nachtelijke onrust maar zorgverleners weten welke personen regelmatig nachtelijke onrust vertonen. Onrust komt volgens zorgverleners vaak voor bij nieuwe of tijdelijke bewoners.

### **Oorzaken van nachtelijke onrust**

Er schuilt volgens zorgverleners meestal een onvervulde behoefte of nood achter de nachtelijke onrust, bijvoorbeeld de nood aan genegenheid, aan toiletbezoek of aan een thuisgevoel. Zorgverleners noemen zowel *oorzaken verbonden aan de persoon* als *oorzaken verbonden aan de omgeving* voor nachtelijke onrust. We onderscheiden voor dat laatste *sociale, organisatorische* en *ruimtelijk-zintuiglijke* factoren.

### **Oorzaken vanuit de persoon met dementie**

Ten eerste zijn slaapveranderingen, geheugenproblemen, desoriëntatie, afasie of hallucinaties, als gevolg van dementie, belangrijke uitlokkers van nachtelijke onrust. Toch lijkt het voor sommige zorgverleners af en toe dat een bewoner bewust gedrag stelt, zoals meermaals achter elkaar bellen.

Ten tweede benadrukken de zorgverleners lichamelijke oorzaken. Dit zijn bijvoorbeeld incontinentie of het gevoel naar het toilet te moeten gaan, honger, koude of warmte, pijn of bijwerkingen van medicatie.

Zorgverleners verwijzen ten derde naar emotionele oorzaken van nachtelijke onrust zoals angst, eenzaamheid, nood aan geborgenheid en veiligheid, frustratie, piekeren of schaamte.

Ten slotte zoeken zorgverleners de oorzaak vaak in de leefgewoonten en de rituelen, de levensgeschiedenis en de persoonlijkheid van de bewoner. Onderbreking van de routines beschouwt men als een klassiek voorbeeld van oorzaak voor nachtelijke onrust.

### **Oorzaken vanuit de omgeving**

Op *psychosociaal* vlak benadrukt men de wijze waarop de persoon met dementie benaderd wordt door zorgverleners of bezoekers. De inhoud van de boodschap, maar ook de houding, de stem, de toon en het tempo kunnen uitlokkers zijn. Hulpverleners verwijzen ook naar de invloed van medebewoners, die bijvoorbeeld onbegrip uiten, luid roepen of ongewenst de privékamer binnentreden. Zorgverleners vermelden spontaan weinig *ruimtelijk-zintuiglijke* oorzaken van nachtelijke onrust. Te veel licht en lawaai worden bij expliciete vraagstelling het meest genoemd en ook tijdens de observaties bleek dit in sommige woonzorgcentra een pijnpunt. Lawaai is bijvoorbeeld afkomstig van beloproepsystemen, onrusthekken, deuren, karren, geroep of gepraat van hulpverleners en bewoners. Andere ruimtelijke en zintuiglijke oorzaken die zorgverleners vermelden zijn fixatie- en incontinentiemateriaal, maar ook elementen van de omgeving overdag, zoals de mate waarin men over voldoende ruimte beschikt en het aantal bewoners in één ruimte. Tijdens de observaties merken we dat kamers vaak te warm zijn en zeer onaangenaam ruiken. Ontoereikende ventilatie, onwelriekende kamers en te hoge temperatuur worden door zorgverleners niet spontaan als mogelijke beïnvloedende factor van nachtelijke onrust vermeld. De onderzoeker peilde naar de mening hierover in de interviews, waarop zorgverleners deze factoren herkenden als mogelijke oorzaken.

Bijna alle zorgverleners merken op dat zij meer nachtelijke onrust ervaren wanneer het volle maan is of bij de omschakeling van zomertijd naar wintertijd.

De zorgverleners menen dat een juiste dosering van sociale en zintuiglijke prikkels van belang is. Sommigen zijn van mening dat mensen met dementie soms van dezelfde zaken onrustig worden als mensen zonder dementie maar dat hun tolerantiegrens lager ligt. Daarbij komt nog dat mensen met dementie te maken krijgen met beperkte

communicatievaardigheden en een verstoord vermogen om een situatie te interpreteren of te beoordelen.

Volgens zorgverleners zijn er verschillende *organisatorische* elementen die bijdragen tot nachtelijke onrust. Hoofdverpleegkundigen en zorgverleners van de nacht halen het vroege tijdstip aan waarop bewoners naar bed worden begeleid, meestal tussen 18 en 20 uur. Redenen hiervan zijn onder andere desoriëntatie, gebrek aan avondactiviteiten of de beperkte personeelsbezetting. Zorgverleners brengen een bewoner soms vroeger naar bed omdat dit een passende interventie kan zijn bij overprikkeling of oververmoeidheid. Dezelfde interventie kan volgens zorgverleners ook leiden tot moeilijk inslapen of vroegtijdig wakker worden bij een bewoner.

In alle woonzorgcentra observeerden we daarenboven dat bewoners tijdens de nacht regelmatig gecontroleerd of verschoond werden. Dit gebeurt soms abrupt, waardoor de bewoner plots gewekt wordt, wat onrustig gedrag kan uitlokken.

Structuur biedt een houvast voor mensen met dementie. Toch geven enkele zorgverleners aan dat een te strakke structuur ook onrust kan uitlokken. Een veranderde dagindeling, overprikkeling of geen bezoek of bezigheid overdag, kunnen eveneens 's nachts een invloed hebben op het gedrag van de bewoner.

### ***Gevolgen van nachtelijke onrust***

Nachtelijke onrust heeft niet enkel een impact op de persoon met dementie, maar ook op de medebewoners en zorgverleners.

#### **Voor de persoon met dementie**

Zorgverleners vertellen dat de onderbroken en beperkte nachtrust in combinatie met nachtelijke activiteit tot vermoeidheid en uitputting leidt. Zorgverleners vrezen meer valincidenten. Overdag ondervinden zorgverleners dat de persoon suf en minder alert en hierdoor vaak moeilijker te verzorgen is. Om een omkering van het dag-nachtritme te voorkomen, verhindert men bijna overal dat bewoners overdag naar bed gaan.

Het onrustig gedrag zelf en de beleving ervan bij de persoon met dementie leiden wel vaker tot onaangename en soms onveilige situaties, zoals plassen in de kamer, uit het bed klimmen en vallen, langdurig in eigen stoelgang liggen, het koud hebben, zweten of vastraken in fixatiemateriaal. Onrust leidt volgens sommige zorgverleners tot meer medicatietoediening. Dit heeft vervolgens ook gevolgen voor de persoon met dementie.

#### **Voor de medebewoners**

Bij dwaalgedrag komt het wel eens voor dat een bewoner de kamer van een ander binnenwandelt. De medebewoner kan hier angstig of agressief op reageren en heeft soms langdurig een onveilig gevoel. Daarnaast ondervinden medebewoners soms last van lawaai door roepgedrag, van het verschuiven van meubels of van een luide tv. Onrust veroorzaakt dan onrust bij anderen.

#### **Voor de zorgverleners**

Sommige zorgverleners zeggen zelf weinig of geen last te ondervinden door nachtelijke onrust. Andere zorgverleners zeggen toch hinder te ondervinden van deze zorgsituaties.

Hoofdverpleegkundigen en zorgverleners van de nachtdienst geven aan dat de machteloosheid hun grootste zorg is. Dit is het geval wanneer de oorzaak van onrustig gedrag onduidelijk is of wanneer men geen gepaste interventie kan vinden of toepassen. Een gewenste aanpak toepassen kan bemoeilijkt worden door bijvoorbeeld de beleving van de bewoner en door bemoeilijkte communicatie met de bewoner, door regels of de werking van de afdeling, door de angst om iets fout te doen of door het verschil in visie tussen collega's, directie of familieleden. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval wanneer men als zorgverlener 's nachts liever niet het incontinentiemateriaal zou controleren om de bewoner te laten slapen, terwijl de procedures van het huis dwingen om dit toch te doen, of wanneer de familie fixatie afdwingt tegen het advies van de zorgverleners in.

Nachtelijke onrust geeft een gevoel van werkdruk volgens zorgverleners. Het tijdsgebrek en de beperkte personeelsbezetting dragen ertoe bij dat men vaak niet weet wat er zich afspeelt aan de andere kant van het gebouw. Het is vaak moeilijk om 's nachts zeer snel en adequaat te interveniëren of voldoende aandacht te geven aan één bewoner.

### **De aanpak van nachtelijke onrust**

Over het algemeen probeert men de oorzaak van de onrust te bepalen en in te spelen op de beleving van de persoon met dementie. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat men voor iedere persoon apart en vaak bij herhaling moet zoeken naar een gepaste interventie. Onrust wordt volgens sommige zorgverleners vaak met medicatie behandeld.

### **De aanpak op psychosociaal vlak**

Verschillende zorgverleners vinden (non-)verbaal inspelen op de beleving of de nood van de bewoner een belangrijk element in de aanpak van nachtelijke onrust. Dit doen ze bijvoorbeeld door de bewoner af te leiden, een praatje te maken, uitleg te geven, het eigen gevoel te uiten of te laten zien dat men tijd heeft door op de rand van het bed te gaan zitten of een knuffel te geven. Zorgverleners verschillen hier van beleving. Voor sommigen voelt het alsof er een extra taak bijkomt, terwijl anderen dit als deel van hun dagelijks werk zien.

De manier waarop men met de bewoner omgaat, speelt een cruciale rol bij de goede aanpak van nachtelijke onrust. Het is volgens zorgverleners zeer belangrijk de bewoners te kennen. Dit gebeurt door een gesprek met de familie over de levensgeschiedenis, maar ook door veelvuldige observatie en contactmomenten. Hoewel men vooropstelt dat de beleving van de individuele persoon centraal dient te staan, stelden we tijdens de observaties vast dat men er toch soms moeilijk in slaagt zich in de plaats van de bewoner te stellen. Een bewoner maakte gebruik van een wc-stoel terwijl de kamerdeur bleef openstaan en de bewoner niet afgeschermd werd van de gang.

Ten slotte benadrukken sommigen het belang van een goede en rustige start van de nacht en een snelle reactie in de preventie van nachtelijke onrust.

### **De aanpak op ruimtelijk-zintuiglijk vlak**

Zorgverleners proberen eerst de fysieke oorzaken van nachtelijke onrust uit te sluiten. Daarna probeert men de ruimtelijke leefgewoonten van de bewoner met dementie te respecteren, voor zover men die kent. Voorbeelden hiervan zijn een nachtlamp of een extra deken gebruiken, gordijnen dicht doen of juist open laten, de deur op een kier zetten. Aangezien volgens zorgverleners incontinentie vaak leidt tot nachtelijke onrust, geven sommige zorgverleners extra aandacht aan het zoeken naar gepast incontinentiemateriaal en eventueel extra bescherming om onbedoeld verwijderen van dit materiaal te voorkomen. Zorgverleners maken dat het toilet zichtbaar is 's nachts voor de persoon met dementie zodat deze dit sneller kan vinden. Verzorgenden laten daartoe bijvoorbeeld het badkamerlicht branden of zetten de badkamerdeur open.

Fixatie wordt vaak ingezet om onrust te verminderen en slaap te bevorderen. Zorgverleners merken hierbij twee zaken op. Ten eerste wordt fixatie ingezet om valrisico te beperken, al dan niet op verzoek van familie. Ten tweede geven zorgverleners ook voorbeelden van fixatie die onrust juist aanwakkeren of ernstige verwondingen kunnen veroorzaken. Meestal worden onrusthekken of verpleegdekens gebruikt zodat de bewoner niet kan opstaan. Maar ook driepuntsfixatie of het afsluiten van de deur worden nog toegepast. Fysieke fixatie gebeurt altijd gradueel en in overleg met familie.

Sporadisch worden individuele en meer creatieve interventies toegepast, afhankelijk van de bewoner en de oorzaak van de onrust. Voorbeelden zijn: aromatherapie, muziek, spiegels afplakken, een kleurlamp, een knuffeldier, prikkels in de kamer verminderen, kledij verbergen, wiegen van het bed of de bewoner iets te eten geven.

De veiligheid probeert men te garanderen door bijvoorbeeld een matras op de grond te leggen naast het bed of door de deur van de bewoner die nachtelijk bezoek krijgt af te sluiten. Bij de keuze van dit soort van interventies dient men volgens de zorgverleners telkens een afweging te maken tussen de kwaliteit van leven, de veiligheid en de voorkeuren, waardoor de oplossing niet altijd ideaal is.

Op afdelingsniveau worden verschillende interventies toegepast, zoals het verminderen van het lawaai door het vermijden van het gebruik van karren tijdens de nachtdienst, het vermijden van het verlaten van de kamer of het binnengaan van andere

kamers door gebruik van deuren met badgesysteem, het bevorderen van de oriëntatie via naamkaartjes, gekleurde muren en deuren, en door de gevaren van dwalen te verminderen door het inrichten van zitplaatsen in de gang, een dwaalgang of het voorzien van dekens in de leefruimte. Twee hoofdverpleegkundigen halen het belang aan van voldoende ruimte en vrijheid overdag voor bewoners. In drie woonzorgcentra wordt 's nachts het licht op de gang volledig uitgedaan en worden de gordijnen gesloten om aan bewoners duidelijk te maken dat het nacht is.

### **De aanpak op het organisatorisch vlak**

Informatie over bewoners en hun nachtelijke onrust wordt gedeeld via overdrachtmomenten, dossiers en verslagen. Niet iedereen maakt dezelfde inschatting van wat belangrijk is om te melden. Vaak moet dit snel gebeuren of kan men niet alles noteren. Sommige woonzorgcentra hebben een overdrachtsboek voor de zorgverleners van de nacht onderling. In één woonzorgcentrum werkt men met een wisselsysteem, waarbij er altijd één van de twee zorgverleners de vorige nacht heeft gewerkt, zodat de continuïteit beter kan worden gegarandeerd.

Zorgverleners proberen op maat en flexibel te werken. Ze passen bijvoorbeeld schema's aan van de toiletrondes, laten de mensen die vroeg wakker zijn, toch al opstaan en een kop koffie drinken, grijpen niet in wanneer een bewoner niet in bed, maar in de zetel slaapt of laten iemand langer opblijven.

Zorgverleners passen soms interventies toe waar men niet helemaal achter staat of hebben het moeilijk met het stellen van grenzen. Wat kan men toestaan aan een bewoner en wat niet?

### **Discussie**

Uit deze studie blijkt dat nachtelijke onrust bij mensen met dementie in het woonzorgcentrum verschillende vormen aanneemt uit het fysiek niet-agressieve domein en het verbaal-geagiteerde domein van de CMAI. Zorgverleners vermelden voornamelijk dwaal- en roepgedrag. De verscheidenheid aan mogelijke oorzaken maakt het voor zorgverleners moeilijk om de uitlokkende factor te bepalen. Mensen met dementie kunnen vaak ook zelf niet meer duidelijk maken wat het probleem is. Zorgverleners van de nacht en de hoofdverpleegkundigen zijn vragende partij naar advies om de zorg 's nachts te verbeteren en om op maat gesneden oplossingen te kunnen aanbieden.

Uit deze studie blijkt dat nachtelijke onrust vooral wordt aangepakt door met de bewoner te praten of hem gerust te stellen. Daarnaast wordt er vaak medicatie of fixatie ingezet. Men probeert rekening te houden met de voorkeuren bij het slapengaan en een huiselijke sfeer te creëren. Uit de observaties blijkt dat dit laatste toch moeilijk is in woonzorgcentra, zowel door de organisatie van de zorg als door de ruimtelijke omgeving. Hoewel we lawaai en licht observeerden tijdens de nacht, verwijzen hulpverleners weinig spontaan naar zintuiglijke of ruimtelijke elementen als mogelijke oorzaak van nachtelijke onrust. Meer besef van de impact van de omgeving op bewoners met dementie kan men dus beschouwen als een verbeterpunt.

Verder zijn er ook organisatorische elementen die aandacht vragen, zoals het vroege tijdstip om naar bed te gaan, de vaststaande dienstrondes en de drukte overdag. Hoewel de negatieve impact van dienstrondes reeds belicht werd door Cruise et al. in de jaren '90,<sup>15</sup> worden deze nog vaak toegepast. De vraag kan gesteld worden welke factoren hiertoe bijdragen en of evidentie uit wetenschappelijk onderzoek voldoende doorsijpelt naar de praktijk.

De interviews brachten ook andere organisatorische factoren aan het licht die kunnen helpen bij de preventie van nachtelijke onrust. De overdracht van informatie over bewoners is cruciaal, maar tijdgebrek zorgt volgens het personeel voor een lage kwaliteit van de informatie. Observaties en ervaringen met de bewoner zijn rijke bronnen van informatie, maar men worstelt met het verkrijgen en overzichtelijk houden van deze veranderlijke informatie. Toch zouden volgens sommige zorgverleners familieleden nog meer bevraagd moeten worden, over onder andere de slaapgewoonten van de persoon met dementie. Familie is er zich ook niet altijd van bewust dat zij nuttige informatie kunnen geven.

Zorgverleners ervaren een gebrek aan overleg tussen de dag- en de nachtdienst en tussen de nachtdiensten onderling. Systematisch overleg heeft een belangrijke meerwaarde voor de continuïteit van de zorg, maar ook om de verschillen in visie en aanpak te bespreken, vragen te stellen, succeservaringen en kennis te delen. Sommige zorgverleners van de nachtdienst

zouden zelf meer betrokken willen worden in de relaties met de familie en in de organisatie van de zorg overdag. Zorgverleners die overdag én 's nachts werken, zeggen bewoners beter te kennen.

Zorgverleners van de nacht vragen meer aandacht voor de problemen waar ze 's nachts op botsen. Ze voelen zich niet altijd gehoord en hebben soms de indruk er alleen voor te staan.

Ten slotte krijgen woonzorgcentra te maken met strengere wet- en regelgeving waardoor flexibiliteit en op maat werken ook wel in het gedrang komen. Regelgeving rond brandveiligheid verplicht deuren te sluiten en er zijn strikte regels voor bijvoorbeeld de oppervlakte van kamers. Het creëren van een kleinschalige, genormaliseerde leefomgeving is hierdoor niet vanzelfsprekend [ <sup>20</sup> ].

De focus van deze studie lag op de verkenning van het probleem van nachtelijke onrust bij dementie. De studie vertoont ook enkele beperkingen. De zorgcentra die participeerden aan deze studie zijn niet at random geselecteerd en vormen dus geen representatief staal van alle woonzorgcentra in Vlaanderen. De centra die zich kandidaat stelden om deel te nemen, gaan mogelijk juist bewuster om met omgevingsfactoren in relatie tot nachtelijke onrust. Gezien het kleinschalige en exploratieve karakter van dit onderzoek vroegen we de hulpverleners niet om gestandaardiseerde prevalentiecijfers te noteren en werd met het medicatiegebruik van bewoners ook geen rekening gehouden. De zorgverleners noteerden en rapporteerden wel wat hen het meeste bijbleef. De observatie van één nacht is eveneens slechts een momentopname.

Op basis van deze exploratieve veldstudie blijkt dat zorgverleners in woonzorgcentra zich inspinnen om nachtelijke onrust bij dementie geïndividualiseerd aan te pakken. De toegepaste interventies om een probleem te ondervangen, kunnen volgens ons echter ook soms de oorzaak van onrust vormen. Licht laten branden opdat bewoners het toilet vinden, houdt hen mogelijk langer wakker en onrustig bijvoorbeeld. Er dient dus een individuele afweging gemaakt te worden van de voor- en nadelen.

We kunnen enkele aanbevelingen formuleren. Ten eerste pleiten we voor voldoende aandacht voor de specifieke problemen waarmee woonzorgcentra geconfronteerd worden tijdens de nacht. We pleiten ten tweede voor meer bewustwording en (bij)scholing over nachtelijke onrust bij dementie en over de impact en de mogelijkheden van de omgeving waarin mensen met dementie wonen en slapen.

We willen streven naar een geïntegreerde zorg met aandacht voor zowel psychosociale, ruimtelijk-zintuiglijke als organisatorische factoren. We benadrukken hierbij het belang van een analyse van de oorzaak en het zoeken naar op maat gesneden oplossingen. De beleving van de bewoner dient steeds het centrale uitgangspunt te zijn. Om tot een geïntegreerde aanpak te komen die gedragen wordt door het hele team, zijn overleg en een duidelijke visie op dementie en onrust, het belang van de omgeving, de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van belang.

Verder wetenschappelijk onderzoek naar de aard, de oorzaken en de aanpak van nachtelijke onrust is aangewezen. Dergelijk onderzoek kan leiden tot de ontwikkeling van interventies, waarbij men een systematische analyse maakt van het probleem en de aanpak monitort vanuit drie invalshoeken (psychosociaal, ruimtelijk-zintuiglijk en organisatorisch), zodat men op een geïntegreerde wijze te werk gaat met alle zorgverleners. Op ruimtelijk-zintuiglijk vlak stellen we in deze veldstudie vast dat de eerder aanbevolen eenvoudige maatregel om licht en lawaai 's nachts te reduceren nog niet overal wordt toegepast.

---

## **Auteurs**

### ***M. Van Vracem***

LUCAS KU Leuven, Katholieke Universiteit Leuven

LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven, Leuven

e-mail: marieke.vanvracem@med.kuleuven.be



**N. Spruytte**

LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven

LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven, Leuven

e-mail: Nele.Spruytte@kuleuven.be

**A. Declercq**

LUCAS KU Leuven, Katholieke Universiteit Leuven

LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven, Leuven

**C. Van Audenhove**

LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven

LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven, Leuven

---

**Literatuurlijst**

1. Finkel SI, Burns A. Introduction. *Int Psychogeriatr.* 2000;129-12. 10.1017/S1041610200006694
2. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34:711-21. 10.1111/j.1532-5415.1986.tb04302.x
3. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol.* 1989;44:77-84. 10.1093/geronj/44.3.M77
4. Zuidema SU, de Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Agitation in dutch institutionalized patients with dementia: factor analysis of the dutch version of the Cohen-Mansfield agitation inventory. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2007;23:35-41. 10.1159/000096681
5. Carpenter BD, Strauss ME, Patterson MB. Sleep disturbances in community dwelling patients with Alzheimer's disease. *Clin Gerontologist.* 1996;16:35-49. 10.1300/J018v16n02\_04
6. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22:632-38. 10.1002/gps.1722
7. Greenblum CA, Rowe MA. Nighttime activity in individuals with dementia. *J Gerontol Nurs.* 2012;38:8-11. 10.3928/00989134-20120410-02
8. Hope T, Keene J, Gedling K, Fairburn CG, Jacoby R. Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998;13:682-90. 10.1002/(SICI)1099-1166(199810)13:10<682::AID-GPS847>3.0.CO;2-Y
9. Bliwise DL. Sleep in normal aging and dementia. *Sleep.* 1993;16:40-81.
10. Deschenes C, McCurry S. Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:20-6. 10.1007/s11920-009-0004-2
11. McCurry SM, Reynolds CF, Ancoli-Israel S, Teri L, Vitiello M. Treatment of sleep disturbance of Alzheimer's disease. *Sleep Med Rev.* 2000;4:603-28. 10.1053/smr.2000.0127
12. Ballard C, Gauthier S, Cummings J. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol.* 2009;5:245-55. 10.1038/nrneurol.2009.39
13. McCurry SM, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. Treatment of sleep and nighttime disturbances in Alzheimer's disease: a behaviour management approach. *Sleep Med.* 2004;5:373-77. 10.1016/j.sleep.2003.11.003
14. Cohen-Mansfield J. Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. *Alzheimers Care Q.* 2000;1:8-21.
15. Cruise PA, Schnelle JF, Alessi CA, Simmons SF, Ouslander JG. The nighttime environment and incontinence care practices in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:181-86. 10.1111/j.1532-5415.1998.tb02536.x
16. Joosse L. Do sound levels and space contribute to agitation in nursing home residents with dementia?. *Res Gerontol Nurs.* 2012;51:74-84. 10.3928/19404921-20120605-02
17. Padilla R. Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther.* 2011;65:514-22. 10.5014/ajot.2011.002600

18. Van Hoof J, Aarts MPJ, Rense CG, Schoutens AMC. Ambient bright light in dementia: Effects on behaviour and circadian rhythmicity. *Building Environment*. 2009;44:146-55. 10.1016/j.buildenv.2008.02.005
19. Mishima Y, Hozumi S, Shimizu T, Hishikawa Y, Mishima K. Passive body heating ameliorates sleep disturbances in patients with vascular dementia without circadian phase-shifting. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:369-76. 10.1097/00019442-200505000-00005
20. Spruytte N, Declercq A, Herbots B, et al. Kleinschalig genormaliseerd wonen voor mensen met dementie. Het antwoord op 101 vragen. Antwerpen-Apeldoorn: Garant Uitgevers nv, 2009.