



**UNIVERSITEIT GENT**

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2012-2013

## **ZORGPROCESOPTIMALISERING IN DE WOONZORGCENTRA**

### **CREATIE VAN WELZIJN**

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van

Master in Management, Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg

Door: Yvonne Steenbeek

Promotor: Professor Paul Gemmel

Co-promotor: Melissa De Regge





**UNIVERSITEIT GENT**

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2012-2013

## **ZORGPROCESOPTIMALISERING IN DE WOONZORGCENTRA**

### **CREATIE VAN WELZIJN**

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van

Master in Management, Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg

Door: Yvonne Steenbeek

Promotor: Professor Paul Gemmel

Co-promotor: Melissa De Regge

## Abstract

In deze thesis wordt onderzocht welke wensen, noden of behoeften er bij verschillende groepen zorgvragers van een woonzorgcentrum, respectievelijk dementerenden en somatische zorgvragers, ten aanzien van welzijn bestaan. Uit de theorieën blijkt dat deze behoeften niet gelijk zijn en dat de groepen, om optimaal tot welzijn te komen, een andere omgeving of andere afdeling nodig hebben. In de praktijk van de Vlaamse woonzorgcentra zijn 5 huizen geselecteerd om na te gaan hoe de verschillende groepen zorgvragers over de afdelingen verdeeld zijn. De resultaten laten zien dat de groepen zorgvragers momenteel verdeeld zijn over 2 soorten afdelingen: Een dementerende afdeling, waar ook somatische zorgvragers verblijven met probleemgedrag, en een gemixte of somatische afdeling waar de verhoudingen tussen beiden groepen ongeveer 50% is. Hieruit blijkt dat de verschillende groepen niet volgens hun behoeften gegroepeerd zijn. Dit zorgt voor een verminderde kwaliteit van de aangeboden zorgprocessen en verhevigd ziekte- en probleemgedrag. Tevens zorgt dit voor een cognitief verminderd functioneren van de dementerende zorgvrager. Mede onderzocht is hoe de woonzorgcentra sociale participatie vorm geven. Uit de resultaten blijkt dat alle huizen sociale participatie in hun visie hebben opgenomen maar geen enkel huis dit ook daadwerkelijk verplicht stelt. Zij gaan uit van de autonomie van de zorgvrager.

Het case study protocol is gevormd door theoretische principes, gevormd uit de 4 gebruikte theorieën. Aan de hand van deze theoretische principes is een semi-gestructureerd interview samengesteld waarvan de resultaten zijn opgenomen in een case study database. Via pattern matching zijn deze data geanalyseerd en zijn de conclusies getrokken.

# Inhoudsopgave

<b>Abstract</b> .....	1
<b>Inhoudsopgave</b> .....	2
<b>Woord vooraf</b> .....	5
<b>Inleiding</b> .....	7
<b>Hoofdstuk 1      Theoretisch Framework</b> .....	11
1.1 <u>Behoeftehiërarchie van Abraham Maslov</u>	
1.1.1 <i>De behoeftepiramide</i> .....	11
1.1.2 <i>Aanvulling originele behoeftepiramide</i> .....	13
1.1.3 <i>Antwoord sub-vraag 1</i> .....	14
1.2 <u>De servicecape</u>	
1.2.1 <i>Klanttevredenheid</i> .....	16
1.2.2 <i>Het belang van de omgeving bij het verlenen van diensten</i> .....	16
1.2.3 <i>De servicescape</i> .....	16
1.2.4 <i>Antwoord sub-vraag 2</i> .....	22
1.3 <u>Welzijnszorg door Anneke van der Plaats</u>	
1.3.1 <i>De invloed van stress</i> .....	23
1.3.2 <i>Welzijnszorgzorg</i> .....	23
1.3.3 <i>De 8 principes van de werking van de hersenen</i> .....	25
1.3.4 <i>Antwoord sub-vraag 3</i> .....	32
1.4 <u>Gedachtegangen naar aanleiding van de boeken</u>	
1.4.1 <i>Gestandaardiseerde zorgprocessen</i> .....	33
1.4.2 <i>Businessmodel</i> .....	34
1.4.3 <i>Antwoord op sub-vraag 4</i> .....	46

<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Methodologie</b> .....	48
2.1	<u>Embedded Explorative Multiple Case Study design</u> .....	48
2.2	<u>Inclusiecriteria van de casussen</u> .....	49
2.3	<u>Case study protocol</u> .....	50
2.4	<u>Case study database</u> .....	51
2.4.1	<i>Datacollectieplan and chain of evidence via theoretische principes</i> .....	51
2.4.2	<i>Validiteit en betrouwbaarheid</i> .....	54
2.4.3	<i>De pilot-case</i> .....	56
2.4.4	<i>Gecollecteerde data</i> .....	57
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Resultaten en discussie</b> .....	69
3.1	<u>De Pilot-casus</u> .....	69
3.2	<u>Casus 2</u> .....	74
3.3	<u>Casus 3</u> .....	78
3.4	<u>Casus 4</u> .....	80
3.5	<u>Casus 5</u> .....	83
3.6	<u>Casussen geïntegreerd</u> .....	85
3.7	<u>Het antwoord op sub-vraag 5</u> .....	89
3.8	<u>Het antwoord op de centrale onderzoeksvraag</u> .....	90
<b>Hoofdtuk 4</b>	<b>Rivale hypothesen, bias en limitaties</b>	
	<b>van het onderzoek</b> .....	91
4.1	<u>Rivale hypothesen</u> .....	91
4.2	<u>Bias</u> .....	92
4.3	<u>Limitaties aan het onderzoek</u> .....	93
4.4	<u>Mogelijkheden voor verder onderzoek</u> .....	94
<b>Literatuurlijst</b> .....		96

**Bijlage 1**    Case study database

1.1    *Pilot casus*.....

1.2    *Casus 2*.....

1.3    *Casus 3*.....

1.4    *Casus 4*.....

1.5    *Casus 5*.....

1.6    *Blanco semigestructureerd interview*.....

**Bijlage 2**    Toestemmingsformulier Ethisch comité.....

## Woord vooraf

Deze thesis handelt over de creatie van geluk. Ik heb mezelf jarenlang gelukkig geprezen door te mogen werken in een prachtige werkveld: De ouderenzorg. De vriendschap en waardering die je mag ontvangen van de mensen voor wie je, als verpleegkundige, zorg draagt maakt het werk zeer bevredigend. Werken in de ouderzorg geeft je het gevoel dat je iets toevoegt aan de wereld. Deze thesis hoopt ook iets toe te voegen aan die wereld, aan de wereld van ouderen verblijvend in een woonzorgcentrum. In de volksmond heeft het wonen in een woonzorgcentrum, naar mijn mening onterecht, een slechte naam. Maar het wonen in een woonzorgcentrum kan een feest zijn. Een feest, als het opgebouwde leven van de zorgvrager doorgang kan vinden met de verrijking van zorg op maat en een bloeiend sociaal leven. En juist dit sociale leven is meestal thuis een stuk moeilijker vorm te geven. Leeftijdsgenoten wonen vaak niet zomaar in de buurt, vrienden en familie zijn grotendeels ontvallen, de burens werken en de kinderen hebben een eigen leven wat aandacht en energie vraagt. Uit de beschreven theorieën blijkt dat een sociaal leven zeer belangrijk is voor het ervaren van geluk of welzijn. Voor het woonzorgcentrum een prachtige kans om hierop in te springen en daadwerkelijk levensgeluk als dienst te leveren.

Deze thesis was niet mogelijk geweest zonder de steeds terugkerende zorg, goede aanwijzingen en motiverende gesprekken met mijn co-promotor Melissa de Regge. Ik zou haar hiervoor dan ook hartelijk willen bedanken en haar veel succes willen toewensen met het behalen van haar doctoraat. Graag maak ik ook van deze mogelijkheid gebruik om professor P. Gemmel te danken voor de mogelijkheid die hij me geboden heeft om mijn eigen onderwerp te mogen integreren in zijn onderzoek.

Graag dank ik ook dr. J.J. van der Plaats voor de gezellige dagen en de mooie gesprekken. Ze heeft me enorm enthousiast gemaakt door het delen van haar kennis over ouderen in het algemeen en dementerenden in het bijzonder. Uit eigen ervaring weet ik dat haar manier van omgaan met dementerenden zeer praktisch toepasbaar is en resultaten geeft.



Wie zeker niet mogen ontbreken in het lijstje van mensen die geholpen hebben om deze thesis vorm en inhoud te geven zijn de deelnemende woonzorgcentra. Ik ben overal zeer hartelijk ontvangen en men heeft op alle mogelijke manieren geprobeerd om mij te helpen met het verzamelen van de data. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar het woonzorgcentrum van de Pilot. Zij hadden niet alle MMSE scores per zorgvrager voorradig en hebben alle ontbrekende scores speciaal voor dit onderzoek afgenomen. Tevens was het voor mij erg leuk om te horen dat zij de door de thesis aangeboden manier van werken met dementerenden zeer aansprekend vonden en overwogen om deze manier van werken in te voeren in het WZC. Ik ervaar het als een grote eer dat zij mij benaderd hebben om het dementiebeleid, zoals dit momenteel vorm gegeven wordt, tezamen met hen te evalueren.

Als laatste is een woordje van dank op zijn plaats voor mijn kinderen die zeer regelmatig “even moesten wachten” omdat mama aan het studeren was. Ze lieten blijken dat ze trots op hun moeder waren, een betere motivator kon ik me niet wensen...

## Inleiding

Op het moment dat een oudere niet meer voor zichzelf kan zorgen, en de mogelijkheden van mantelzorg en thuiszorg niet meer voldoende toereikend zijn, kan worden besloten tot een opname in een woonzorgcentrum (WZC). Voor vele ouderen de laatste fase van hun leven. Iedereen droomt gedurende dit leven van een mooie oude dag, zonder verplichtingen en gevuld met zaken waar individueel waarde aan wordt gehecht, een oude dag waarop welzijn wordt ervaren. Als een oudere in een woonzorgcentrum opgenomen wordt, geeft hij aan niet meer volledig zelfstandig voor dit welzijn te kunnen zorgen. Hij geeft een deel van de zorg voor het welzijn over aan het woonzorgcentrum.

Welzijn voor ouderen wordt vanuit overheidswege als belangrijk aangemerkt. In de wet op Patiëntenrechten (2002) wordt gesproken over recht op kwalitatieve zorg die voldoet aan de behoeften van de patiënt. In het woonzorgdecreet van de Vlaamse overheid, (bijlage XII, artikel 25, norminterpretatie van 13 juli 2010) geeft de overheid als voorwaarde voor een erkenning aan, dat zorg zoveel mogelijk afgestemd dient te worden op de noden en wensen van de zorgvragers. In deze thesis wordt onderzocht welke wensen, noden of behoeften er bij zorgvragers van een woonzorgcentrum ten aanzien van welzijn bestaan. Tevens wordt uitgewerkt hoe deze behoeften vertaald kunnen worden naar de directe omgeving van het woonzorgcentrum. Momenteel verblijven er in een woonzorgcentrum verschillende groepen zorgvragers. Uit de theorie blijkt dat deze verschillende groepen zorgvragers andere behoeften hebben om tot welzijn te komen. Om efficiënt en met optimale kwaliteit zorgprocessen te kunnen organiseren is het nodig om mensen met dezelfde behoeften, dezelfde zorgprocessen te laten ondergaan. Deze thesis heeft tot doel te onderzoeken hoe de verschillende groepen zorgvragers momenteel verdeeld zijn over de afdelingen in de woonzorgcentra in Vlaanderen en welke factoren een rol spelen bij de bepaling van die plaats. Om dit te kunnen onderzoeken zijn de volgende vragen geformuleerd:

## **Centrale onderzoeksvraag**

Is de huidige verdeling van groepen zorgvragers in de woonzorgcentra in Vlaanderen de meeste geschikte verdeling om een zo groot mogelijk gevoel van welzijn te creëren met de beschikbare middelen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn antwoorden op de volgende sub-vragen nodig:

- 1 Welke behoeften heeft een mens in het algemeen om welzijn te ervaren, vertaald naar het woonzorgcentrum?
- 2 Welke behoeften heeft een klant in een dienstenomgeving om klanttevredenheid te ervaren, vertaald naar het woonzorgcentrum?
- 3 Welke behoeften heeft een geriatrische zorgvrager in een woonzorgcentrum?
- 4 Hoe kan een woonzorgcentrum deze behoeften vertalen naar zorgprocessen die met de beschikbare middelen een zo groot mogelijk welzijn creëren?
- 5 Hoe is de huidige verdeling van groepen zorgvragers in het woonzorgcentrum?

## **Opbouw van de thesis**

Hoofdstuk 1 bevat het theoretisch framework met daarin de antwoorden op de subvragen 1 tot en met 4. In paragraaf 1.1 wordt door middel van de behoeftepiramide van Maslow aangegeven waar de universele mens gelukkig van wordt. Sociale participatie blijkt hierin van cruciaal belang. In paragraaf 1.2 wordt deze universele mens als zorgvrager in een dienstenomgeving geplaatst in zijn rol als klant. Voor de dienstverlenende instelling, in dit geval het woonzorgcentrum, is het van belang dat de klant klanttevredenheid ervaart. Vanuit de theorieën met betrekking tot de servicescape wordt aangegeven welke omgevingsfactoren belangrijk zijn om deze te kunnen ervaren. Door het ervaren van klanttevredenheid raakt de zorgvrager in een goede gemoedstoestand wat de sociale participatie ten goede komt. In paragraaf 1.3 wordt specifiek ingegaan op de behoeften van ouderen met betrekking tot het ervaren van welzijn aan de hand van de theorieën van dr. J.J. van der Plaats. Zij heeft jaren onderzoek gedaan naar het welzijn van ouderen en geeft het duidelijke belang aan van de omgeving in deze zorg. Dr. J.J. van der Plaats geeft verschillende doelgroepen aan met andere behoeftes met betrekking tot hun omgeving. Zij introduceert de begrippen ziekenzorg en welzijnszorg. Als laatste worden in paragraaf 1.4 de behoeften met betrekking tot de

omgeving, voortgekomen uit de drie verschillende invalshoeken, tezamen in een beperkt businessmodel gegoten naar aanleiding van de aanwijzingen in de boeken van Christensen (Christensen, 2009) en Bohmer (Bohmer, 2009). Beiden auteurs geven in hun boeken aan dat als bekend is welke zorg er geleverd moet worden deze via bedrijfskundige principes gestandaardiseerd en georganiseerd kan worden wat leidt tot een optimaal resultaat van de zorgprocessen.

Hoofdstuk 2 bevat het empirische gedeelte met de methodologie en de resultaten van het case studie onderzoek.

In hoofdstuk 3 worden uit deze resultaten, per casus en de casussen tezamen geïntegreerd, conclusies getrokken en deze conclusies bediscussieerd. Deze conclusies leiden tot het antwoord op subvraag 5 en de centrale onderzoeksvraag..

In hoofdstuk 4 worden rivale hypothesen, bias en de limitaties van het onderzoek beschreven waarna besloten wordt met de mogelijkheden voor eventueel verder onderzoek.

### **Belang van de studie**

Visies en opdrachtverklaringen van woonzorgcentra hebben allemaal het welzijn van hun zorgvragers hoog in het vaandel. Door de formulering van het antwoord op de centrale vraag, in samenspraak met het theoretisch kader, kan deze thesis kennis en inzicht verschaffen in de zorg voor welzijn van ouderen in de woonzorgcentra. Deze thesis hoopt managers te stimuleren om met een open mind kritisch te kijken naar de eigen werkwijze, en deze desgewenst bij te sturen.

### **Definiëring van kernbegrippen**

In deze thesis wordt gebruik gemaakt van een aantal kernbegrippen. Om over de inhoud van deze begrippen duidelijkheid te verschaffen worden deze op voorhand gedefinieerd. Specifieke begrippen die in bepaalde theorieën van belang zijn worden, daar waar gebruikt, uitgelegd.

In deze thesis wordt verstaan onder:

De (geriatrische) zorgvrager: de oudere opgenomen in een woonzorgcentra. Hij of zij lijdt aan een chronische lichamelijke en/of geestelijke ziekte. Dit lijden betekent dat hij of zij dermate last heeft van deze ziekte, dat hij of zij niet meer zonder hulp van anderen kan participeren in het dagelijks leven. (van der Plaats, A. 1994)

Het woonzorgcentrum (WZC): een voorziening die bestaat uit een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden. (Definitie Norminterpretatie WZC, versie 06-05-2013)

Het welzijn: "Meer blijheid, meer doel in het leven, genieten van het leven en een groter gevoel van gezondheid in de breedste zin van het woord ervaren". (van der Plaats, A. 1994)

Een medewerker: een professioneel geschoolde werknemer van het woonzorgcentrum.

Een hulpverlener: medewerker, vrijwilliger of mantelzorger die hulp verleend aan de zorgvrager..

# **1 Theoretisch Framework**

Om een duidelijke theoretische onderbouwing te krijgen over de behoeften van zorgvragers in een woonzorgcentrum is gekozen voor het uitwerken van vier theorieën. Iedere theorie geeft antwoord op een subvraag, aangeduid in de inleiding.

## **1.1 Abraham Maslow**

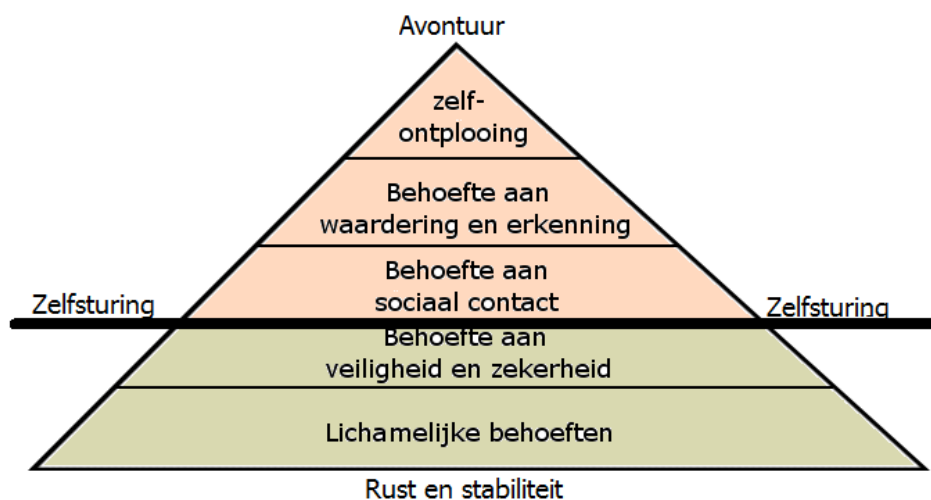
### **Sub-vraag 1:**

Welke behoeften heeft een mens in het algemeen om welzijn te ervaren, vertaald naar het woonzorgcentrum?

#### **1.1.1 De behoeftepiramide**

In de definitie van welzijn wordt gesproken over meer doel in het leven. Maar wat ieder mens als doel in het leven ervaart is verschillend. In deze definitie wordt ook gesproken over genieten van het leven. Waar mensen van genieten in het leven is eveneens verschillend. Beide zaken worden individueel ingevuld. Uit deze definitie van welzijn kan dan ook geconcludeerd worden dat welzijn een subjectief begrip is. Datgene waardoor welzijn wordt ervaren in het leven verschilt van mens tot mens.

Ondanks het feit dat welzijn subjectief is en individueel beleefd wordt, heeft Abraham Maslow in de vorige eeuw een theorie ontwikkeld waarin hij stelt dat de weg naar geluk ondanks deze subjectiviteit, voor alle mensen hetzelfde is (a. Maslow,1954). Hij beweert dat alle mensen dezelfde behoeften hebben om tot geluk te kunnen komen. Het is een universele theorie, bruikbaar voor kinderen, verstandelijk gehandicapten, volwassenen, ouderen en dementerenden. Ondanks het feit dat het in de praktijk niet mogelijk is gebleken om deze theorie empirisch te bewijzen, wordt deze theorie door velen aangehaald, gebruikt of naar verwezen.



Figuur 1 De behoeftepiramide van Maslow (Maslow 1943)

- 1 Als eerste omschrijft Maslow de organische of lichamelijke behoeften, deze fysiologische behoeften houden verband met de homeostase van het organisme en het lichamenlijk evenwicht. Hieronder vallen onder meer behoefte aan slaap, voedsel, drinken en het uitscheiden van ontlasting.
- 2 Als aan deze lichamelijke behoeften voldaan is komt een mens op het niveau van de veiligheidsbehoefte of de behoefte aan bestaanszekerheid. De mens gaat beveiliging zoeken in koestering, acceptatie, regelmaat en orde. Door de voorspelbaarheid van de dingen ontstaat vertrouwen. Als eerste in de verzorgende persoon later uitvloeiend in zelfvertrouwen en vertrouwen in de wereld zich heen.  
Deze twee behoeften samen noemt Maslow *de basisbehoefte*. Zij zorgen voor stabiliteit en rust.

De essentie van de theorie van Maslow is de opvatting dat de mens een aangeboren drijfveer heeft om psychisch te groeien. Om psychisch te kunnen groeien moet aan de basisbehoefte voldaan zijn en heeft ieder mens de mogelijkheid tot *zelfsturing* nodig, of het gevoel dat de mogelijkheid tot zelfsturing aanwezig is.

- 3 Door middel van zelfsturing, gesterkt door de stabiliteit van de basisbehoefte, durft een mens, volgens Maslow, het avontuur aan. Hij kiest bewust voor bepaalde contacten. Hiermee komt hij tot de behoefte aan saamhorigheid, behoefte aan vriendschap, liefde en positief-sociale relaties; de behoefte aan sociaal contact.

- 4 Na deze behoefte klimt Maslow op naar de behoefte van erkenning en waardering, bestaande uit 2 delen.

Als 1<sup>e</sup> de behoefte aan zelfwaardering. Hieruit vloeien verlangen naar het zijn van een eigen individu, vrijheid en autonomie voort.

Als 2<sup>e</sup> beschrijft Maslow de waardering door anderen. Respect en erkenning als persoon op grond van kwaliteiten. Doordat een mens zelf gewaardeerd wordt is de mens ook in staat anderen te waarderen.

- 5 Als laatste beschrijft Maslow de behoefte aan zelfontplooiing. Het verlangen om als persoon te willen groeien. Om vrij van angst en waardeoordelen van anderen, een eigen weg te kunnen kiezen. Door het opzoeken van nieuw avontuur wordt de mogelijkheid gecreëerd om topervaringen op te doen. Momenten van succes, vreugde en geluk. Momenten die het dagelijks leven beter hanteerbaar maken en dus in het algemeen een groter gevoel van welzijn voortbrengen.

Maslow benoemd de drie hogere behoeften tezamen als *behoeften tot sociale participatie*. De topervaringen waarvoor een mens kiest zijn individueel, de noodzaak van het beleven van topervaringen is universeel menselijk om tot zelfontplooiing te kunnen komen.

Bovenstaande vijf behoeften en de behoefte tot zelfsturing zijn schematisch weergegeven in figuur 1.

### **1.1.2 Aanvulling originele behoeftepiramide**

Om meer kennis te vergaren omtrent zijn theorieën organiseerde Maslow een experiment waarbij “moeilijke” kinderen een omgeving aangeboden kregen waarin de hogere behoeften aanwezig waren. Deze omgeving hield een gestructureerde dag- en weekafwisseling in alsook sociale contacten en een gevoel van zingeving. Tot zijn verbazing wilden enkele van deze kinderen niet deelnemen aan de activiteiten en kozen voor hun eigen kamer. Omdat Maslow de behoefte aan zelfsturing als essentieel had benoemd liet hij de kinderen met rust. Zij werden echter steeds lastiger, hun ziekte-verschijnselen namen toe (probleemgedrag), en zij vroegen steeds meer aandacht en zorg. Het welbevinden van de kinderen nam, naar zijn mening, duidelijk zichtbaar af. Maslow werd hierdoor genoodzaakt zijn theorie bij te stellen. Hij concludeerde dat sommige mensen niet uit zichzelf de stap durven maken naar de hogere



behoefden en blijven steken in de behoefte aan veiligheid. (b. Maslow, 1961). Als zodanig blokkeren zij hun eigen ontwikkeling, blokkeren zij hun eigen sociale participatie nodig voor het beleven van top-ervaringen. Deze mensen blijven steken in een overmatige veiligheidsbehoefte aan: mijn eigen bed, mijn eigen spulletjes, mijn eigen verpleegster en mijn eigen kamer. Volgens Maslow wordt het leven als niet-zinvol ervaren wanneer er geen vorm van ontwikkeling aanwezig is. Mensen worden er ongelukkig van, ervaren stress, ervaren een gevoel van onmacht en meer gezondheidsklachten. Zij vragen meer hulp, hebben een lichte depressieve stemming, hebben geen wensen meer, gebruiken veel medicijnen en oefenen zelfs hinderkracht uit. Dit laatste betekent een actief verzet tegen deelname aan gezamenlijke activiteiten. Volgens Maslow kan deze patstelling alleen overwonnen worden door de veiligheid mee te nemen naar het avontuur, naar de sociale participatie.

### **1.1.3 Antwoord sub-vraag 1:**

Welke behoeften heeft een mens in het algemeen om welzijn te ervaren vertaald naar het woonzorgcentrum?

Uit de theorie van Maslow kan we, ten aanzien van de creatie van welzijn, voor het WZC besloten worden tot de volgende taken

- Bevredegiging van de fysiologische behoeften: Het WZC dient de zelfzorgtekorten aan te vullen op dit gebied door bv. eten geven, een gevarieerd menu aanbieden, toiletbezoeken en passend incontinentiemateriaal aanbieden, en de zorg voor een goede nachtrust.
- Bevredegiging van de behoefte aan veiligheid en zekerheid: Het WZC dient te zorgen voor een sociale omgeving waarin de zorgvrager zich geaccepteerd voelt. Tevens dient het WZC in zijn zorgprocessen te zorgen voor duidelijkheid en voorspelbaarheid.
- Behoefte tot zelfsturing: Het WZC dient te zorgen voor een keuzemogelijkheden met betrekking tot bv. menu, activiteiten en de verzorging. Belangrijk is ook de bejegening door de medewerker. In de omgang met de zorgvrager dient er een houding van gelijkheid aanwezig te zijn en dient er rekening gehouden te worden met datgene wat de zorgvrager wil en kan. Geen paternalisme, waarmee bedoeld wordt dat de

hulpverlener zich boven de zorgvrager stelt met de veronderstelling beter te kunnen inschatten wat goed is voor hem.

- **Behoeftte aan sociaal contact:** Het WZC dient te zorgen voor een divers aanbod aan clubjes waaruit de zorgvrager kan kiezen wat hem past. Behalve sociale participatie geeft dit ook weekstructuur, zelfsturing en het ervaren van een zinvol leven. Mocht de zorgvrager blijven steken in de behoefte aan veiligheid dan dient het WZC zorg te dragen voor een veilige integratie bij activiteiten. De manier waarop dit vorm gegeven kan worden staat beschreven in paragraaf 1.3.

Door bij het inrichten van de ruimte rekening te houden met het creëren van hoekjes en bankjes kan het WZC bijdragen tot spontane sociale contacten.

Het (verplicht) gezamenlijk gebruik van de warme maaltijd is ook een mogelijkheid die momenteel gebruikt wordt in de WZC. Dit biedt behalve sociale contacten ook ritme en dagstuctuur.

- **Behoeftte aan waardering en erkenning:** Door de zaken te realiseren die beschreven staan bij de behoefte aan sociaal contact wordt ook aan deze behoefte voldaan. Door het opzoeken van personen waarbij de zorgvrager zich fijn voelt, ervaart hij waardering en erkenning en kan hij deze ook geven.
- **Behoeftte aan zelfontplooiing:** Ook de bevrediging van deze behoefte komt voort uit de zaken die beschreven staan bij de behoefte aan sociaal contact. Door bijvoorbeeld goed de leiding te nemen, door anderen te helpen, door een goed werk af te leveren in de club, of door vrienden te maken kan de zorgvrager topervaringen opdoen die zorgen voor de ervaring van een zinvol leven en welzijn.

## **1.2 De servicescape**

### **Sub-vraag 2:**

Welke behoeften heeft een klant in een dienstenomgeving om klanttevredenheid te ervaren, vertaald naar het woonzorgcentrum?

### **1.2.1 Klanttevredenheid**

Zorgvragers, woonachtig in een woonzorgcentrum zijn behalve universeel mens, ook klant in een dienstenorganisatie. Een dienstenorganisatie levert diensten naar behoeften van de klant, vertaald naar deze thesis levert het woonzorgcentrum zorg naar behoefte van de zorgvrager. Als de klant tevreden is, reageert hij aangenaam vanuit een goede gemoedstoestand en heeft hij meer mogelijkheden tot sociale participatie. Deze verhoogde sociale participatie resulteert in het ervaren van meer welzijn. Klanttevredenheid is als zodanig een belangrijk aspect voor het woonzorgcentrum. De mate van klanttevredenheid wordt bepaald door de afweging van de verwachting van de dienst en van datgene wat daadwerkelijk ervaren, of gepercipieerd, wordt.

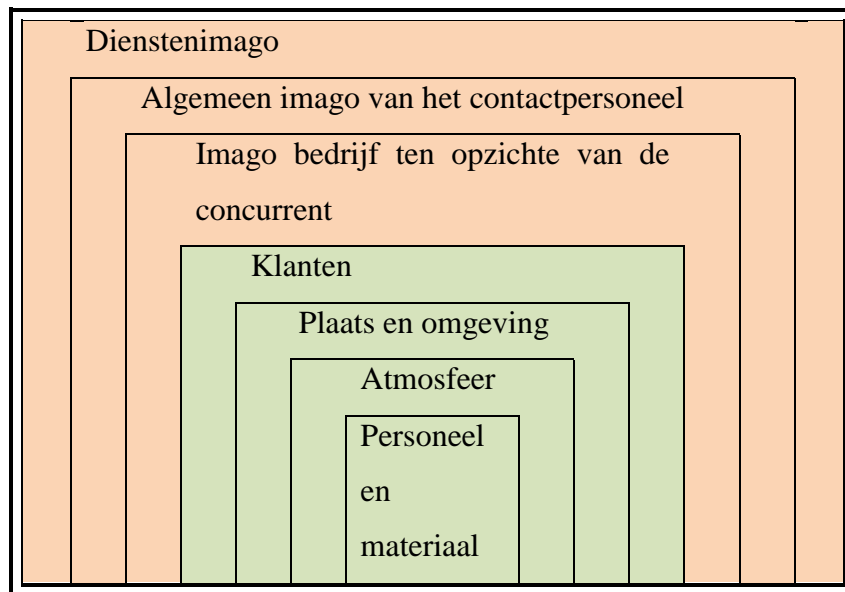
### **1.2.2 Het belang van de omgeving bij het verlenen van diensten.**

Bij het beoordelen van de mate van klanttevredenheid speelt door de specifieke kenmerken van een dienst, de omgeving een grote rol.

Het eerste specifieke kenmerk van een dienst is het feit dat het moeilijk is te beoordelen wat er precies geleverd wordt. Uit onderzoek blijkt dat de klant elementen uit de directe omgeving gebruikt om de tevredenheid over de dienst te kunnen bepalen (Walker, 1995). Een tweede element van een dienst is het feit dat de productie van de dienst en de consumptie van de dienst gelijktijdig optreden. De klant neemt als het ware deel aan het productieproces en ervaart de dienst, de omgeving en zichzelf als één onderdeel (Bitner, 1992).

### **1.2.3 De servicescape**

In het Model van Flipo (Flipo, 1988) worden 7 factoren genoemd die invloed hebben op de perceptie van de geleverde dienst met daaruit voortvloeiend de mate van klanttevredenheid.



Figuur 2: Model van Flipo (Flipo, 1988, p.291)

Deze thesis handelt over de vraag hoe het WZC efficiënt kan toekomen aan de behoeften van verschillende groepen zorgvragers. Voor het concreet uitwerken van deze vraag is gekozen om de factoren uit de directe omgeving te bekijken, overeenkomstig met de groene factoren in figuur 2. Deze keuze vindt verantwoording in de theorieën van dr. A. van der Plaats (2.3) waarin gesteld wordt dat de directe omgeving voor dementerende zorgvragers alles bepalend is met betrekking tot het gevoel van welzijn en voor somatische zorgvragers een zeer groot gedeelte van hun welzijn bepaald. De groene factoren maken deel uit van de directe omgeving waarin de dienst verleend wordt, de servicescape. De servicescape bestaat uit 2 dimensies: de fysieke en de sociale omgeving (Baker et al., 1992).

### **A De Fysieke omgeving.**

Met de term fysieke omgeving wordt bedoeld de ruimte zelf, de inrichting van de ruimte, het materiaalgebruik in de ruimte en de directe omgeving van de ruimte zelf. Omdat de fysieke omgeving een belangrijke rol speelt bij de perceptie van de geleverde dienst is het voor een woonzorgcentrum belangrijk te weten hoe zij deze ruimte zo optimaal mogelijk zouden kunnen inrichten.

Volgens wetenschappelijke inzichten (Bitner 1992) bestaat de fysieke omgeving uit 3 onderdelen.

### 1 Sfeer

Hierin spelen het gebruik van kleur, geur, geluid en temperatuur een rol.

### 2 De lay-out en de functionaliteit van de ruimte

Deze moet geschikt zijn voor zowel het behalen van de doelstellingen van de mensen die van de ruimte gebruik maken als voor het behalen van organisatiedoelstellingen.

### 3 Tekens en symbolen

Door het gebruik van tekens en symbolen is het voor de gebruikers duidelijk hoe zij hun doelstellingen in deze ruimte kunnen bereiken. Verduidelijking door gebruik van tekens en voorwerpen kan gepercipieerde drukte en stress in de dienstenomgeving verminderen (Bitner & Zeithalm, 2003).

De fysieke omgeving zorgt voor een soort non-verbale communicatie en roept bij de klant een reactie op, deze reactie beïnvloedt de tevredenheid van de klant (Bitner & Zeithalm, 2003). Vertaald naar het woonzorgcentrum kan de fysieke omgeving zorgen dat een zorgvrager zich tevreden en thuis voelt, waardoor deze zich aangenaam gedraagt en in staat is tot een prettige sociale interactie met andere zorgvragers, familie, medewerkers en vrijwilligers (Holahan, 1982). Dit is de 2<sup>e</sup> dimensie van de servicescape: De sociale omgeving.

In deze thesis is gekozen om het effect van de fysieke omgeving op de gemoedstoestand, en daarmee de mogelijkheid tot sociale participatie, mee te nemen in de data, analyse en besluitvorming. Of de aangeboden omgeving daadwerkelijk beschikt over voldoende en juiste materialen en voldoende personeel (het binnenste kader van het model van Flipo) is niet beoordeeld. De beantwoording van deze vragen is niet relevant voor het antwoord op de centrale vraag.

## **B De sociale omgeving**

De sociale omgeving bevat de sociale participatie. De manier waarop mensen met elkaar omgaan en de bejegening door medewerkers in het woonzorgcentrum bepaald de mate waarin mensen zich thuis voelen en zich openstellen voor anderen (Holahan, 1982). In de theorieën over de servicescape (Grove en Fisk 1997) wordt in de sociale omgeving een onderscheid gemaakt tussen de contacten van klanten en medewerkers en de contacten tussen klanten onderling.

### Klanten onderling.

Klanten die op een bepaald moment dezelfde ruimte delen kunnen met elkaar in sociale interactie komen waar positieve of negatieve effecten op de gemoedstoestand uit voort kunnen komen. Grove & Fisk (1997) maken een onderscheid in:

- \* Etiquette-incidenten: Klanten hebben een effect op elkaar door het verschillend of gelijkend omgaan met gedragsregels.
- \* Sociabiliteits-incidenten: Klanten hebben effect op elkaar door een vriendelijke of juist onvriendelijk ervaren benadering.

Klanten in onderling contact kunnen ook beschouwd worden als elkaars lotgenoten. Mensen blijken de steun van lotgenoten of personen met gelijksoortige levensproblemen bijzonder te waarderen (van den Borne, 1997). Lotgenoten zijn in staat om zich op een gelijkwaardige en wederkerige manier in de situatie in te leven. Deze relatie verschilt met die van een relatie met een hulpverlener omdat deze emoties en persoonlijke problemen niet op een gelijk niveau met de zorgvrager deelt. Een gelijkwaardige en wederzijdse relatie wordt door beiden lotgenoten als positief ervaren (Wilson et al., 1999).

Grove & Fisk (1997) geven aan dat de aanwezigheid van andere klanten een grote invloed heeft op de klanttevredenheid. Zij adviseren organisaties meer aandacht te hebben voor de klantenmix en de compatibiliteit van verschillende klantengroepen.

### Klanten en medewerkers.

Diensten worden geleverd door medewerkers, zij zijn daarom zeer bepalend voor de sociale omgeving van de klant. Net zoals voor de klanten, geldt voor de medewerkers dat een aangename sociale omgeving en een efficiënt en doeltreffend ingerichte fysieke omgeving hun gemoedstoestand verbetert en zorg draagt voor een positieve sociale interactie met collega's en zorgvragers. De omgeving in een WZC zou zo ingericht moeten zijn dat zowel aan de behoeften van de zorgvrager als aan de behoeften van de medewerkers tegemoet gekomen kan worden om het bereiken van hun doelstellingen te vergemakkelijken (Bitner, 1992).

Tevens is het erg belangrijk dat medewerkers kennis, kunde en competenties hebben om de sociale omgeving zo optimaal mogelijk vorm te geven. Zij moeten op de hoogte zijn welke behoeften er in welke doelgroep leven en hoe zij aan deze behoeften tegemoet kunnen komen.

Volgens Hightower, (2002) dient de organisatie, voor het ontwikkelen van een effectieve fysieke en sociale omgeving, de service-cape en de doelgroep te definiëren en te koppelen aan de algemene visie en doelstellingen.

#### **1.2.4 Antwoord sub-vraag 2**

Welke behoeften heeft een klant in een dienstenomgeving om klanttevredenheid te ervaren, vertaald naar het woonzorgcentrum?

Uit de theorieën met betrekking tot de servicescape kan, ten aanzien van de creatie van welzijn, voor het WZC besloten worden tot de volgende taken:

- Het WZC dient zorg te dragen voor het scheppen van de juiste verwachtingen bij de zorgvragers en hun sociale omgeving om klanttevredenheid te voorkomen.
- Het WZC dient de mogelijkheden tot zelfsturing en sociale participatie, met als voorloper het bevredigen van de basisbehoeften, op te nemen als uitgangspunt voor de doelstellingen die men wenst te bereiken. Het inrichten van de omgeving zou afgestemd moeten worden op het bereiken van deze doelstellingen
- De sfeer, de lay-out en de gebruikte symbolen dienen aan te sluiten bij de doelgroep en het gebruik van de fysieke ruimten te vereenvoudigen.
- Om tot een efficiënte sociale omgeving te komen zouden behalve de behoeften van de zorgvragers ook de behoeften van de medewerkers meegenomen dienen te worden.
- Om tot een effectieve inrichting van de sociale omgeving te komen dienen medewerkers en hulpverleners op de hoogte te zijn van de behoeften van de zorgvragers.
- De interactie van zorgvragers kan positieve en negatieve effecten hebben op de klanttevredenheid. Het is daarom zinvol om bij de samenstellingen van afdelingen,

activiteitengroepen en uitstapjes te kijken naar de compatibiliteit van behoeften van zorgvragers.

- Lotgenoten onderling hebben een gelijkwaardige relatie die tot het bevorderen van welzijn kan leiden. Het WZC dient de voorwaarden te scheppen voor de mogelijkheden tot formele en informele contacten onderling bij de inrichting van de fysieke en sociale omgeving.

### **1.3 Welzijnszorg door dr. J.J. van der Plaats**

#### **Sub-vraag 3:**

Welke behoefte heeft een geriatrische zorgvrager in een woonzorgcentrum?

#### **1.3.1 De invloed van stress**

Dr. J.J. van der Plaats, sociaal geriatr heeft in haar doctoraat “Geriatricie, een spel van evenwicht” (1994) onderzoek gedaan naar de manier waarop zorg voor ouderen idealiter vorm gegeven zou moeten worden. Deze literatuur is aangevuld met verschillende artikelen, documenten geschikt voor het gebruik in het Breincollectief (consulting bureau van dr. J.J. van der Plaats) en een in-depth interview met dr. J.J. van der Plaats om ook de laatste wetenschappelijke inzichten te kunnen meenemen in dit theoretische kader.

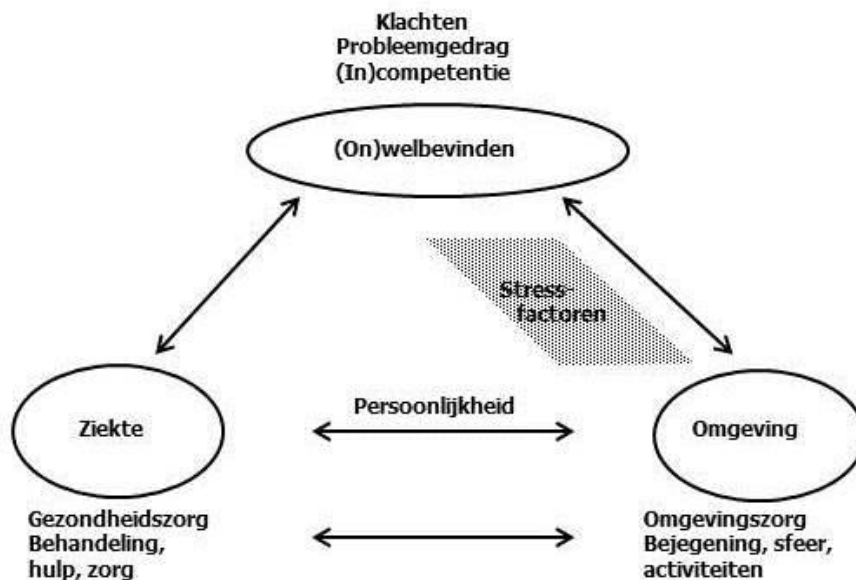
Zij beschrijft de volgende factoren (e. Plaats, van de, J.J., 2011):

- Ziekte (aantoonbare afwijkingen in lichaam of geest).
- Gezondheidsklachten, ziekteverschijnselen en on-welbevinden
- De omgeving waaruit stressfactoren voortkomen
- De persoonlijke instelling van de mens (optimistisch of pessimistisch)

Stress wordt als een belangrijke factor van het onwelbevinden van ouderen gezien. Stress ontstaat wanneer er, op welke manier dan ook, een beroep op de mens gedaan wordt. De stresshormonen zorgen dat het lichaam en de geest in een verhoogde staat van paraatheid gebracht worden zodat men aan de gevraagde taak kan beginnen. Gedurende het ouder worden verloopt het stress proces minder vloeiend en wordt men eerder zenuwachtig. De



oudere lost dit op door van te voren te plannen of door van dingen af te zien. Meestal zijn deze situaties tijdelijk van aard waardoor ook de stress tijdelijk van aard is. Maar er zijn ook situaties, vooral in de ouderdom, die zorgen voor langdurige stress. Langdurige stress put het lichaam op een zodanige manier uit dat er ziekteverschijnselen als pijn, moeheid, slapeloosheid, nervositeit, kortademigheid en misselijkheid ontstaan. Op het moment dat er een ziekte aanwezig is kunnen de bestaande ziekteverschijnselen onder invloed van stress toenemen. Het lijkt alsof de ziekte in ernst toeneemt. De mate van de grootte van de ervaren stress hangt af van de ingesteldheid van de persoon. Bij positief ingestelde mensen ontstaat minder stress in dezelfde situatie, als bij mensen met een pessimistische inslag. Haar theorie is in figuur 3: De Driehoek schematisch vastgelegd.



Figuur 3 De Driehoek. (e. Plaats, van de, J.J., 2011)

Dr. J.J. van der Plaats beschrijft de volgende erkende stressfactoren:

- Gevoel van onveiligheid, gevoel van niet serieus genomen te worden.
- Gebrek aan zelfsturing, gevoel van onmacht.
- Te weinig gestructureerde afwisseling in het leven. Hiermee wordt afwisseling in rust en activiteit, in alleen- en gezamenlijk zijn, in vrije tijd en verplichtingen, in uit en thuis bedoeld.

- Te weinig aandacht, sociale contacten en het gevoel erbij te horen.
- Te weinig tijdsbesteding, te weinig zingeving.

Wonen in een woonzorgcentrum geeft risico op meerdere stressfactoren. Zorgvragers ervaren onmacht ten aanzien van hun eigen situatie door de afhankelijke positie en zien geen mogelijkheden tot zelfsturing. De zorgvrager heeft vaak weinig te doen, weinig sociale contacten en weinig gestructureerde afwisseling in het dagelijks leven. Dit leidt tot onderbelasting, net zoals overbelasting een oorzaak van stress. Als de omgeving als stressvol ervaren wordt door de zorgvrager uit zich dit door een toename van ziekteverschijnselen wat leidt tot een grotere vraag naar *Ziekenzorg* en minder mogelijkheden tot sociale participatie. Minder sociale participatie resulteert in een minder groot gevoel van welzijn. Dr. J.J. van der Plaats pleit voor *Welzijnszorg*, structurele aandacht voor de vorming van de omgeving zodat de zorgvrager zo min mogelijk stress ervaart. De ziekenzorg is geen doel op zich maar dient de voorwaarden te scheppen om te kunnen deelnemen aan de welzijnsactiviteiten. Van ziekenzorg op zich kan een zorgvrager niet gelukkig worden, integendeel, men gaat er steeds meer van vragen. Het beleven van welzijn maakt daarentegen wel gelukkig.

### 1.3.2 Welzijnszorg

Welzijnszorg wordt door dr. J.J. van der Plaats omschreven als het creëren van een kansrijke omgeving waarin de zorgvrager contacten (sociale participatie) en bezigheden (top-ervaringen) kan opdoen. Hierin zouden de volgende onderdelen aanwezig moeten zijn:

- Voldoende aanbod van verschillende clubjes of verenigingen die in wisselende samenstelling worden bezocht.
- 2x per week een vereniging of clubje bezoeken. Na een korte introductie zou dit gelijk bij de opname van start moeten gaan omdat na 3 maanden verblijf alleen op de kamer de zorgvrager gemakkelijk in een te grote behoefte aan veiligheid terecht komt.
- Juiste bejegening van zorgvragers door het tonen van belangstelling. De zorgvrager als gelijke ervaren en op deze manier met hem omgaan.
- Het geven van emotionele zorg. De zorgvrager het gevoel geven dat je hem “gezien” hebt tijdens de contactmomenten. Meer geven dan enkel professionele aandacht. Menselijk contact.

Bovenstaande behoeften zijn van toepassing op somatische zorgvragers. Of en wanneer somatische zorgvragers in een woonzorgcentrum worden opgenomen hangt af van de draagkracht van het sociale systeem in de thuissituatie, de hulpverleners. Deze draagkracht blijkt sterk afhankelijk van de voldoening die de hulpverleners ervaren van de verzorging van de zorgvrager. Belastende factoren voor hulpverleners, die zorgen voor het ervaren van minder voldoening, liggen voor een groot gedeelte bij de zorgvrager zelf. Mensen die een “moeilijk” karakter hebben (gekregen) belasten de hulpverleners op een dermate wijze dat de te geven zorg sneller als onmogelijk wordt ervaren. De vorming van zo’n karakter komt vooral voort uit de gevolgen van hersenaandoeningen en psychiatrische ziektebeelden. Voor het woonzorgcentrum betekent dit dat er een grote kans bestaat dat de zorgvragers die opgenomen worden beschikken over een aantal van deze belastende factoren, zoals veel klagen, claimen, een pessimistische inslag, een laag zelfbeeld of een gering zelfinzicht. Deze belastende factoren zorgen voor een belemmering in de sociale participatie. Om van de “moeilijke” zorgvrager een tevreden zorgvrager te maken zou deze overgehaald moeten worden tot het deelnemen aan sociale activiteiten waardoor de zorgvrager positieve top-ervaringen kan beleven en even uit de rol van afhankelijke zorgvrager stapt.

### **Meedoen moet!**

Maslow (met de erkenning van mensen die blijven steken in de veiligheidsbehoeften) en dr. J.J. van der Plaats (met de benoeming van zorgvragers met een “moeilijk” karakter) beschrijven eenzelfde type zorgvrager (Maslow, 1961) (Plaats, van de, J.J. in-dept interview). De zorgvrager die gefocust is op aandacht (negatieve aandachtsvraag), medicatie en professionele zorg. Zij komen beiden tot dezelfde conclusie: het deelnemen aan activiteiten is eigenlijk niet facultatief, om welzijn te kunnen creëren is deze deelname juist essentieel. Beiden pleiten zij voor een integratie van de veilige wereld van de zorgvrager en de avontuurlijke wereld van de sociale participatie. Om dit te realiseren is in eerste instantie kennis nodig, kennis van bovenstaande principes bij alle medewerkers van de organisatie, familie en vrijwilligers. De hulpverlener dient te leren hoe hij “veilig” kan overkomen bij de zorgvrager. Hiervoor is het nodig dat hij empathisch ingaat op hulpvragen, deze serieus neemt en hier in alle redelijkheid aan werkt. De hulpverlener wordt daardoor betrouwbaar voor de zorgvrager. Vervolgens neemt deze hulpverlener de zorgvrager mee naar een activiteit waaraan de hulpverlener zelf deelneemt. Daarna dient geobserveerd te worden hoeveel

bijeenkomsten nodig zijn waarin de zorgvrager toekijkt en de hulpverlener deelneemt, zij samen deelnemen, de zorgvrager deelneemt en de hulpverlener aanwezig is en tenslotte alleen de zorgvrager kan deelnemen.

Erg belangrijk voor het woonzorgcentrum is de beginfase van het verblijf, na de opname (Plaats, van de, in-dept interview). De nieuwe zorgvrager dient direct opgenomen te worden in het sociale leven van het woonzorgcentrum. Hij wordt geïntroduceerd bij verschillende clubjes en kiest uiteindelijk minimaal 2 clubjes waar hij wekelijks aan zal deelnemen. Daarnaast is ook een algemene introductie van de nieuwe zorgvrager van belang in het huiskrantje. Andere zorgvragers hebben door de informatie een ingang voor een gesprek waardoor contacten soepeler tot stand kunnen komen. De zorgvrager bepaalt zelf welke informatie hij met het woonzorgcentrum wil delen.

In het woonzorgcentrum verblijven momenteel globaal gezien twee verschillende groepen ouderen. De somatische zorgvrager, cognitief in orde maar op lichamelijk vlak bestaan er zelfzorgtekorten. En de zorgvrager met een cognitief verminderd functioneren door hersenletsel, eventueel in samenhang met een lichamelijke zorgvraag. De grootste groepen zorgvragers met hersenletsel in de woonzorgcentra zijn momenteel de dementerende ouderen en de ouderen die een cerebrovasculair accident (CVA) hebben doorgemaakt. De zorgvragers met een verminderd cognitief functioneren blijken andere behoeften te hebben met betrekking tot het ervaren van welzijn.

### **1.3.3 De invloed van de 8 principes van de werking van de hersenen op het dagelijks functioneren**

Vertaling van dr J.J. van der Plaats van hersenkundig onderzoek in Nederland, (g. Plaats, van de, 2011).

De laatste neuro-wetenschappelijke onderzoeken laten zien dat er een duidelijk verschil is in het functioneren van de hersenen bij mensen met én mensen zonder een hersenbeschadiging. Door het begrijpen van de werking van de hersenen bij mensen met een hersenbeschadiging is het mogelijk om aan te geven welke specifieke behoeften deze doelgroep heeft ten aanzien van het creëren van welzijn.

### **Principe 1: De indeling van de hersenen in 4 niveaus met de bijbehorende functies.**

Hierin wordt onderscheiden: Het onderbrein met daarin de niveaus 1 en 2 waarin voornamelijk intuïtief, ondoordacht en impulsief gedrag ontstaat, en het bovenbrein met daarin de niveaus 3 en 4 waarin verschillende functies door de gehele brein gecombineerd worden en men kan nadenken over de manier waarop men wil reageren op situaties. Het cognitief brein, de emoties en de motoriek worden allemaal gestuurd vanuit dezelfde principes. Bij het wegvallen van een bepaald niveau door een hersenbeschadiging verdwijnen er functies op zowel motorisch, cognitief als emotioneel gebied.

#### Niveau 1:

Dit is het meest simpele niveau van de hersenen, het niveau van de ongerichte bewegingen en de aankomst van een enkelvoudige prikkel. Op dit niveau zitten aanrakingsprikkel, verlammingen en reflexen.

#### Niveau 2:

Op dit niveau is de amandelkern van groot belang. Deze registreert alle binnenkomende prikkels als eerste en herkent, instinctief, gevaar. Dit gebeurt in een fractie van een seconde, voordat de persoon heeft kunnen nadenken. De amandelkern besluit in een oogopslag of de situatie veilig of onveilig aanvoelt. Als de persoon de situatie als veilig aanvoelt ontstaat er geen stress wat resulteert in aangenaam gedrag. Op het moment dat de persoon de situatie als onveilig aanvoelt ontstaan direct stresshormonen die hem voor de keuze stellen: "Fight or Flight". Bij de keuze fight wordt een persoon met een hersenbeschadiging agressief, bij de keuze flight wil de hij niet (meer) meewerken. Beide opties zijn voor hulpverleners niet aantrekkelijk. Het is belangrijk dat er in de bejegening van de zorgvragers met een hersenbeschadiging geprobeerd wordt om de amandelkern niet te laten aanslaan.

#### Niveau 3:

Hier worden emoties waargenomen die bij de binnenkomende prikkels horen. De mens voelt emotie en kan nadenken wat hij met die emoties wil doen, er ontstaat een keuzemogelijkheid. De mens kan op dit niveau ook situaties reguleren door de aanwezigheid van het inhibitiecentrum. Het inhibitiecentrum zorg voor een tegenwerkende/remmende functie. Op het cognitieve vlak zorgt dit centrum voor de uitschakeling van binnenkomende prikkels waardoor concentratie mogelijk is, op het emotionele vlak zorgt dit voor emotionele

zelfcontrole en op het motorische vlak zorgt dit voor afstemming van de benodigde hoeveelheid kracht en beweging.

#### Niveau 4:

Hier komen allerlei hersenfuncties samen en kan de mens onder andere bewust plannen, verantwoordelijkheid nemen, inzicht in zichzelf krijgen, tijdsbesef en motivatie beleven en behoeftes uitstellen. Een belangrijke functie in dit niveau is de mogelijkheid tot veralgemeniseren. De mens kan dingen die hij geleerd heeft in de ene situatie of omgeving, opnieuw toepassen in een andere situatie of omgeving.

De functies van de hersenen die nodig zijn voor niveau 1 hebben een afgebakende plek in de hersenen. De functies op niveau 2 beslaan bepaalde gebieden van de hersenen. Op niveau 3 en 4 zijn de functies zo complex dat verbindingen in de gehele hersenen nodig zijn. Dit heeft tot gevolg dat er bij een hersenbeschadiging bijna altijd hersenfuncties op niveau 3 en 4 aangetast zijn. Handelingen worden, naar gelang de grootte van de beschadiging, impulsiever en reflexmatiger uitgevoerd.

#### **Principe 2: Bij mensen met een hersenletsel is het belangrijk om de prikkels te doseren.**

Aangetaste of beschadigde hersenen werken langzaam. Het is voor de mensen met een hersenletsel moeilijk om, voornamelijk geluids- en bewegingsprikkels, af te weren. Deze overprikkeling geeft stress wat zich uit in verergering van de ziekteverschijnselen, een slechtere gemoedstoestand en minder sociale participatie. Er kunnen ook te weinig prikkels op de afdeling of in het leven aanwezig zijn waardoor er stress door onderbelasting ontstaat. Specifiek voor dementerenden kunnen stille huiskamers of stille persoonlijke kamers, weinig geluid of geen bewegende beelden op de afdeling zorgen voor te weinig prikkels. Stilstaande prikkels worden door een dementerende niet meer opgevangen. Aan de hand van de hoeveelheid benodigde prikkels kunnen er drie soorten dementerenden onderscheiden worden.

- De zen-dementerende. Deze dementerende voelt zich goed, zijn spieren zijn ontspannen en er zijn geen signalen van geestelijke onrust. Prikkels uit de omgeving worden afgeweerd door het sluiten van de ogen. Deze groep van dementerenden heeft vermoeide hersenen. Activiteiten (extra prikkels) zijn voor hen niet geschikt, zij

wensen een prikkelarme omgeving op de kamer met sfeervolle muziek en trage bewegende beelden.

- De doler. Deze dementerende geeft aan te weinig prikkel te ervaren en wordt onrustig. Hij gaat op zoek naar voornamelijk geluid- en bewegingsprikkelers omdat hij anders het gevoel heeft niet te bestaan. In de huiskamer van de afdeling worden vaak te veel prikkels ervaren waardoor de doler de gang op loopt. Hij zoekt naar prikkels die niet te hard of te sterk zijn maar net sterk genoeg om de hersenen aangenaam bezig te houden. Vele dolers gaan op den duur vallen en worden, ter voorkoming van letsels, vast gezet. Dolers blijven echter de behoefte hebben aan bewegingsprikkelers en gaan deze daarom zelf produceren. Zij gaan kloppen, roepen of wriemelen. Vooral roepen geeft binnen in het lichaam trillingen waardoor de dementerende beseft dat hij nog bestaat.
- De tevreden dementerende. Deze dementerende geeft door zijn gedrag aan tevreden te zijn met het aangeboden prikkelniveau. Hij is aangenaam in de omgang en is graag bij activiteiten aanwezig.

Voor het woonzorgcentrum is het van belang de individuele dementerende zorgvrager de juiste hoeveelheid prikkels aan te bieden. Hierdoor ontstaan tevreden dementerenden die zich op een prettige manier laten helpen bij de nodige verzorging.

### **Principe 3: Het is ongunstig om mensen met een hersenbeschadiging te laten falen.**

Mensen met een hersenbeschadiging voelen zich bijna voortdurend falen. De hersenen werken trager en ingewikkelde hersenfuncties zijn beschadigd waardoor zowel op cognitief, motorisch en emotioneel vlak problemen gaan ontstaan. Dit uit zich voor de betrokkene in egocentrisch gedrag en verlies aan zelfinzicht. De dingen die van hem gevraagd worden, worden niet meer begrepen, wat zorgt voor het aanslaan van de amandelkern en het vrijkomen van stresshormonen. Door het verdwijnen of het verminderen van de werking van het inhibitiecentrum kan het onaangename gedrag dat ontstaat door deze stresshormonen niet meer afgeremd kunnen worden. Uit onderzoek blijkt dat hoe vaker de zorgvrager het gevoel van falen ervaart, hoe heviger de reactie op dit falen wordt. Met deze kennis is het mogelijk om te begrijpen dat de betrokkene zelf zijn gedrag niet meer voldoende kan bijsturen, omdat de aangetaste hersenen dit niet meer kunnen. Mensen met een hersenbeschadiging kunnen dus niet beoordeeld worden naar de maatstaven van correct gedrag voor mensen zonder

hersenenbeschadiging. Als hulpverlener heb je deze kennis nodig om de zorgvrager op een juiste manier te bejegenen en zijn (onaangename) gedrag niet persoonlijk op te nemen. Deze kennis is onmisbaar om een goede sociale omgeving te kunnen aanbieden aan zorgvragers met een hersenenbeschadiging.

Specifiek bij dementie spelen ook problemen met het geheugen een rol. Door het niet meer kunnen vormen van plaatjes worden situaties iedere keer weer als nieuw ervaren waardoor de amandelkern steeds opnieuw moet besluiten over een veilig of onveilige situatie, stress of geen stress. Het belang van een veilige omgeving zonder gevaar is voor dementerenden zeer welzijns bepalend.

#### **Principe 4: Het geheugen bestaat uit plaatjes.**

Mensen slaan hun herinneringen op in de vorm van beelden of plaatjes. Iedere dag komen er plaatsjes bij. Het geheugen haalt de juiste plaatjes op als dingen verteld of herkend moeten worden. Hierdoor weten we onder andere waar we zijn, wie de ander is en hoe een bepaald voorwerp er uit ziet. Vanaf het moment dat het dementeringsproces begint worden er geen nieuwe plaatjes meer opgenomen in het geheugen. Langzaam, jaar voor jaar, verdwijnen de wel opgeslagen plaatjes tot alle plaatjes uiteindelijk verloren gaan. Het verdwijnen van hedendaagse plaatjes heeft onder andere gevolgen voor de herkenning van familie. Het plaatje wat aanwezig in de hersenen van de dementerende van de echtgenoot stamt van bv. 40 jaar terug. Het huidige uiterlijk van de echtgenoot wordt niet als zodanig meer herkend.

Voor het woonzorgcentrum is in deze de inrichting van de ruimte van belang. Deze moet aansluiten bij de plaatjes die nog aanwezig zijn in het geheugen. Een modern koffiezetapparaat wordt niet meer herkend, een ouderwets exemplaar zit nog wel als plaatje in het geheugen opgeslagen. De verdwijnende plaatjes hebben ook invloed op de sfeer waarin de dementerende zich prettig voelt. De sfeer van de ruimtes, waarvan de dementerende gebruik maakt, zou dan ook een ouderwetse uitstraling moeten hebben. Deze sfeer herkent de dementerende en hij voelt zich thuis. Het zich thuis voelen heeft invloed op de gemoedstoestand die uiteindelijk resulteert in sociale participatie en het ervaren van geluk.

Door het verloren gaan van plaatsjes blijkt taal voor dementerenden ook lastig te zijn. Bij taal, specifiek het vinden van het juiste woord, is een plaatje van dat woord nodig. Omdat deze



plaatjes gaan ontbreken is het van belang in de omgang met dementerenden niet teveel woorden te gebruiken. Woorden die niet herkend worden brengen een gevoel van falen met zich mee wat stress veroorzaakt en de samenwerking op dat moment niet ten goede komt. Bij de zorgverlening kan het helpen om handelingen die gewenst zijn voor te doen of daadwerkelijk een voorwerp te pakken of te laten zien in plaats van erover te praten. Bijvoorbeeld: het zien van een toilet geeft een grotere kans op gebruik ervan dan de vraag: Wilt u van het toilet gebruik maken?

**Principe 5: Externe prikkels kunnen bij dementerenden doelgerichte bewegingen bevorderen.**

Dementerenden kunnen vaak bewuste, doelgerichte bewegingen niet meer uitvoeren. Het uitvoeren van deze bewegingen is een functie op niveau 4. De bewegingen bij (gevorderde) dementerenden verlopen via niveau 1 of 2. Dat betekent dat bewegingen impulsief, reflexmatig of “als vanzelf” verlopen. Als de hulpverlener toch een bepaalde beweging wenst kan het handig zijn als hij deze doelgericht bevordert door bijvoorbeeld: Hieper de piep HOERA te zeggen. De dementerende zal waarschijnlijk automatisch zijn armen in de lucht steken. Terwijl 's morgens bij de verzorging, na een verbale opdracht, diezelfde dementerende zijn armen niet in de lucht kon krijgen bij het aantrekken van zijn trui. Voor het woonzorgcentrum is het van belang te zorgen voor kennis en inzicht bij de medewerkers zodat zij het gewenste, doelgerichte gedrag kunnen bevorderen.

**Principe 6: Mensen met een hersenbeschadiging kunnen impulsen, emoties en stemmingen niet meer controleren.**

Het remmen van impulsen, emoties en stemmingen is een functie van het inhibitiecentrum ondergebracht in niveau 3. Bij mensen met een hersenbeschadiging is dit niveau aangetast of verdwenen waardoor de controle wegvalt. Onfatsoenlijk ervaren gedrag, snel wisselende emoties en onredelijke stemmingen kunnen hiervan een gevolg zijn. Belangrijk is dat medewerkers de kennis hebben dat dit gedrag hoort bij de hersenbeschadiging en zich niet persoonlijk aangevallen voelen.

Het onvermogen tot controle van de impulsen is duidelijk zichtbaar in het gedrag van de dementerende doler. Ondanks het feit dat hij vermoeid is van het vele rondlopen kan hij de

bewegingsdrang niet in toom houden en blijft zoeken naar prikkels die zijn hersenen aangenaam bezig kunnen houden.

Het reageren vanuit impulsen en emotie heeft ook voordelen in de omgang met dementerenden. Het maakt dat zij makkelijk beïnvloedbaar zijn. Een dementerende is als een soort spiegel, wordt hij aangenaam benaderd, dan voelt hij zich aangenaam en zal zich aangenaam gedragen. In de zorgverlening is dit principe zeer goed toepasbaar. Zolang de hersenen van de dementerende aangenaam bezig worden gehouden en de dementerende juist wordt bejegend is deze in een aangename gemoedstoestand en bereidwillig om mee te werken bij de verzorging of deel te nemen aan sociale participatie.

**Principe 7: Een dementerende is afhankelijk van zijn omgeving.**

Doordat het denk-, plan-, en organiseervermogen en alle aangeleerde vaardigheden zoals waarden en normen, zelfinzicht en de levenservaring opgedaan in de omgang met mensen (bijna) volledig zijn weggevallen reageert de dementerende vrijwel alleen op prikkels vanuit de omgeving. Dat betekent dat het gedrag van een dementerende zeer afhankelijk van zijn omgeving wordt en zal bestaan uit emoties en impulsen. Deze emoties en impulsen zijn bij alle mensen aan de basis vrijwel identiek waardoor bijna alle dementerenden op eenzelfde manier reageren op hun omgeving. Als uitzondering onderscheiden dementerenden zich in de hoeveelheid prikkels die zij nodig hebben om de hersenen aangenaam bezig te houden. Op het moment dat bij de individuele dementerende het juiste prikkelniveau is behaald, met andere woorden zijn gemoedstoestand in orde is, reageert hij op dezelfde manier als een andere dementerende op de fysieke en sociale omgeving, de werkprocessen en de bejegening die het woonzorgcentrum aanbiedt.

**Principe 8: Dementerenden hebben minder behoefte aan slaap en meer behoefte aan dutten en veel licht overdag.**

Ouderen hebben behoefte aan 4 tot 6 uur diepe slaap per dag. Naast de diepe slaap bestaat er een slow-sleep, een soort dutten dat een lichamelijke opkikker geeft. Uit onderzoek is gebleken dat de dementerende enkele uren slow-sleep per dag nodig heeft. Het is belangrijk dat deze slow-sleep niet overgaat in een diepe slaap. Diepe slaap overdag werkt nadelig voor de nachtrust, het is daarom beter de dementerende niet overdag naar bed te brengen. Lekker

loungen in de zetel met een rustige videofilm of zachte muziek is zeer geschikt voor het slow-slapen.

Dr. J.J. van der Plaats (c. Plaats, van de, J.J. 2011) (Plaats, J.J. in-depth interview) geeft aan dat dementerenden die in een juiste omgeving functioneren met een voor hen geschikt prikkelniveau cognitief duidelijk beter presteren dan diezelfde dementerende in een minder geschikte omgeving. De dementerende zou een hogere MMSE score behalen terwijl het om dezelfde persoon gaat, alleen functionerend in een andere omgeving.

In het in-dept interview met dr. J.J. van der Plaats kwam de moeilijke positie van de zorgvrager met een doorgemaakt CVA aan bod. De 8 principes van de werking van de hersenen en de gevolgen van de aantasting hiervan hebben ook betrekking op de deze doelgroep. Alleen is moeilijk definieerbaar welke behoeften deze groep heeft. Doordat verschillende gebieden in de hersenen met verschillende zwaartes aangetast kunnen worden zijn behoeftes niet voor alle CVA zorgvragers hetzelfde. Duidelijk is dat over het algemeen de hersenen trager werken, zij zeer gevoelig zijn voor falen, het inhibitiecentrum is aangetast, zij niet meer in staat zijn tot veralgemeniseren en moeite hebben met meerdere bronnen van dynamische prikkels. Een gevolg hiervan is dat vormen van training op de kamer van de bewoner zouden moeten plaatsvinden omdat, door het verdwijnen van de mogelijkheid tot veralgemeniseren, het niet zinvol is om anders te oefenen dan in de daadwerkelijke situatie en omgeving. Onderzoek neigt ertoe om deze groep zorgvragers als een aparte categorie te beschouwen of in te delen naar behoefte bij licht dementerenden in een algemene ouderenvoorziening maar dit wordt in de praktijk nog nauwelijks toegepast. Een van de grootste moeilijkheden bij plaatsing van een CVA zorgvrager op een lichtdementerende afdeling is de weerstand van de zorgvrager zelf. Hij ervaart de somatische beperkingen van de hersenbeschadiging maar door de afgenomen mogelijkheden van zelfinzicht zien zij vaak hun eigen emotionele beperkingen, uitend in gedrag en behoeften overeenkomstig met lichtdementerenden, niet. Hierdoor wensen zij niet opgenomen te worden op de afdeling die daar, qua zorgprocessen, eigenlijk het meest geschikt voor is.

#### **1.3.4 Antwoord sub-vraag 3:**

Welke behoefte heeft een geriatrische zorgvrager in een woonzorgcentrum?

Uit de theorieën met betrekking specifieke geriatrische behoeften kan, ten aanzien van de creatie van welzijn, voor het WZC besloten worden tot de volgende taken:

- Hulpverleners dienen kennis te hebben van de theorieën van dr. J.J. van der Plaats om deze te kunnen toepassen in de praktijk. Dit resulteert in een goede sociale omgeving en in begrip waardoor frustraties en het persoonlijk opnemen van gedrag vermeden worden.
- Stress dient voorkomen te worden.
- Somatische zorgvragers en zorgvragers met een cognitief verminderd functioneren, onderverdeeld in dolers, zenners, tevreden dementerenden en CVA'ers, hebben andere behoeften en daardoor een andere fysieke en sociale omgeving nodig. Deze behoeften zijn opgenomen in het schema bij paragraaf 1.4.2.
- Welzijnszorg dient zijn intrede te doen. De hoeveelheid gevraagde ziekenzorg zal daardoor afnemen bij alle groepen zorgvragers

#### **1.4 Gedachtengangen uit de boeken:**

*The Innovator's Prescription*

geschreven door Clayton M. Christensen, Jerome H. Grossman, M.D. & Jason Hwang, M.D. (2009)

*Designing care*

geschreven door Richard M.J. Bohmer, (2009)

#### **Sub-vraag 4**

Hoe kan een woonzorgcentrum deze behoeften vertalen naar zorgprocessen die met de beschikbare middelen een zo groot mogelijk welzijn creëren?

##### **1.4.1 Gestandaardiseerde zorgprocessen**

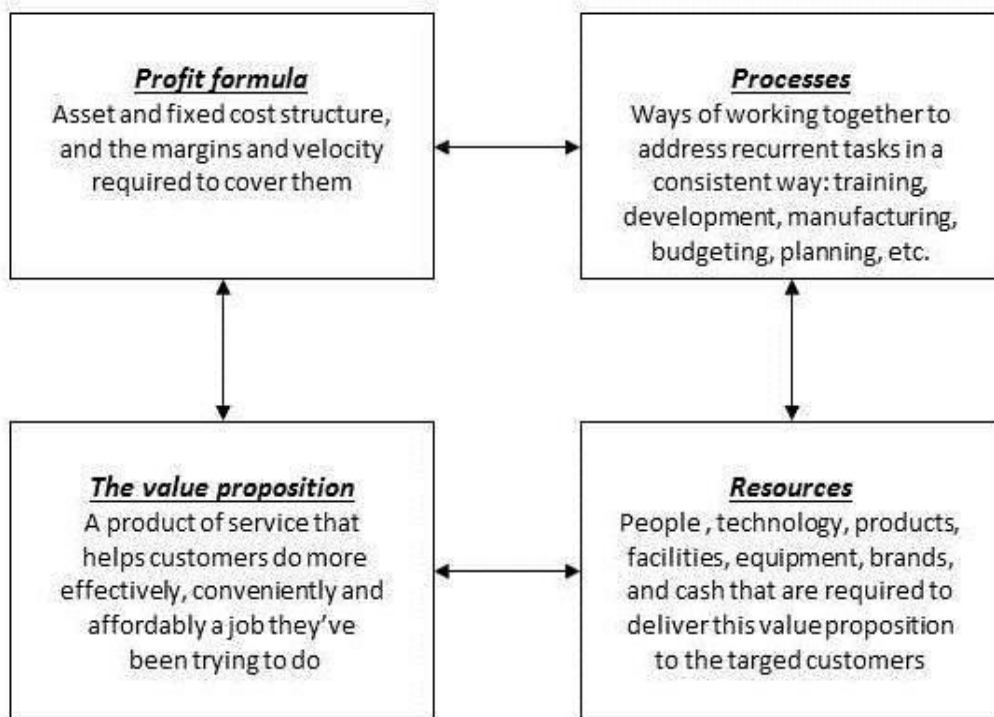
De auteurs geven in hun boeken aan dat zij kansen tot verschuivingen zien in de organisatie en financiering van zorg. Beide auteurs beschrijven een gezondheidszorg die in beweging is. Door toename van duurdere technieken, bevolkingsgroei, behandelingsmogelijkheden en grotere medische behoeften van de bevolking groeien de kosten in de gezondheidszorg harder

dan gewenst. Volgens beide auteurs zou het anders organiseren van zorg kunnen leiden tot een afname van de kosten terwijl de geboden kwaliteit gelijk blijft of toeneemt. Beide auteurs geven aan dat de gezondheidszorg sterk in evolutie is met betrekking tot de beschikbare medische kennis, de evidence-based medicine. Steeds meer ziekteprocessen worden gekend en begrepen. Door dit begrip ontstaat er duidelijkheid in de behandeling en de te verwachten resultaten van deze behandelingen. Volgens de theorieën uit beide boeken kan het organiseren van zorg rondom gekende diagnose- en behandelingstrajecten op een andere manier vorm gegeven worden dan processen waarin de diagnose of de behandeling nog onzeker is en experimenten nodig zijn om tot individuele resultaten te komen. Bij relatieve zekerheid over de diagnose, de best mogelijke behandeling en de gewenste uitkomst zouden zorgprocessen gestandaardiseerd kunnen worden, wat leidt tot kostenreductie en/of kwaliteitsverhoging. In deze thesis worden behoeften weergegeven van verschillende groepen zorgvragers, woonachtig in een woonzorgcentrum, om tot welzijn te komen. Over het toekomen aan deze behoeften bestaan evidence-based theorieën. Hieruit kan afgeleid worden dat deze behoeften, vertaald in zorgprocessen, in grote mate gestandaardiseerd kunnen worden per groep zorgvragers met overeenkomstige behoeften.

#### **1.4.2 Business model**

Gestandaardiseerde zorgprocessen vertalen de behoeften van de zorgvragers naar diensten die verleend worden. Een gestandaardiseerd zorgproces alleen is echter niet genoeg om zeker te weten dat datgene wat geleverd wordt ook datgene is waar de zorgvrager behoefte aan heeft. In bovenstaande boeken wordt beschreven hoe een instelling op een succesvolle manier zorg kan dragen voor het leveren van de juiste diensten. Zij gaan uit van het principe dat voor het succesvol maken van een bedrijf een goed businessmodel of operationeel systeem nodig is. Een businessmodel vertaalt de behoeften van de zorgvrager in visie, doelstellingen, zorgprocessen en cultuur. Om als WZC te weten of datgene wat geleverd wordt ook voldoet aan de behoeften van de zorgvragers zijn regelmatig terugkerende evaluaties, analyses en bijstellingen nodig.

Een goed businessmodel bestaat volgens het boek *The Innovator's Prescription*, in onderlinge afhankelijkheid, uit vier componenten, schematisch weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Elements of a business model (Christensen, M. et al, 2009)

### **De Value proposition**

Hiermee wordt de toegevoegde waarde van de dienst bedoeld. Als het bedrijf succesvol wil zijn in het leveren van diensten, moet het diensten leveren die aan de behoeften, op de manier waarop de klant ze definieert, toekomen. Vertaald naar het woonzorgcentrum betekent dit dat het zorgen voor welzijn, onderverdeeld in de zorg voor de stabiliteit van de basisbehoeften, de mogelijkheden tot zelfsturing en het avontuur van de sociale participatie de waarden zijn die het woonzorgcentrum gaat leveren als dienst aan de zorgvragers. Volgens de servicescape theorieën zouden deze waarden vertaald dienen te worden in de visie, strategische- en operationele doelstellingen van het bedrijf. Zij dienen het uitgangspunt te zijn bij het organiseren van zorgprocessen.

## De resources

Met resources worden de bronnen bedoeld die ingezet worden om de waarde te leveren aan de doelgroep. In deze thesis wordt de fysieke en de sociale omgeving als bron omschreven, inzetbaar om welzijn te creëren voor de verschillende groepen zorgvragers.

Tabel 1 structureert de maatregelen die nodig zijn per groep zorgvragers in de fysieke en sociale omgeving. In dit figuur zijn de behoeften van de zorgvrager met een CVA profiel niet opgenomen. Afhankelijk van de gevolgen op gedrag die de aantasting van de gebieden met zich mee brengt zou gekeken moeten worden naar de juiste plaats in het WZC. Over het algemeen komen de behoeften van de CVA zorgvrager overeen met de behoeften van een licht dementerende. In dit figuur is voor zorgvrager de afkorting ZV opgenomen.

Tabel 1: Behoeften in de fysieke en sociale omgeving van de verschillende groepen ZV's

### Somatische zorgvrager

	Fysieke omgeving	Sociale omgeving
Algemeen	Gebruik van één allesomvattend informaticasysteem en patiëntendossier.	Kennis, kunde en competentie van medewerkers m.b.t: - sociale omgeving zo optimaal mogelijk inrichten met zo min mogelijk stress, factoren en invloeden. - juiste bejegening.
	Gebruik van domotica.	
Basis behoeften	Sfeer mag modern zijn maar moet thuisgevoel ondersteunen. Kan nagevraagd worden bij de zorgvrager.	Kennis van het overnemen van de basisbehoeften. Training van algemene dagelijkse levensbehoeften of kinée in groepjes.
	Tekens en symbolen mogen letters bevatten en modern van ontwerp zijn.	Voorspelbaarheid creëren door: -Duidelijkheid bieden over van de ZV kan verwachten van het WZC
	Gebruik van eigen hoofdkussens en dekens.	-Duidelijkheid bieden over wat er wanneer gaat gebeuren.

	Veel kleine kussentjes gebruiken bij positioneren.	
	Kamer en algemene ruimtes zo inrichten dat de ZV zichzelf optimaal kan helpen en er voldoende ruimte is voor hulp bij zelfzorgtekorten.	Bejegening: -ZV als gelijke behandelen. -Belangstellende houding. -Gevoel geven dat je de ZV “gezien” hebt. Aardig zijn mag.
	Kamer en algemene ruimtes zo inrichten dat er voldoende ruimte is voor hulp bij zelfzorgtekorten.	Zorgen voor gestructureerde afwisseling.
	Voldoende hulpmiddelen aanwezig voor hulp bij zelfzorgtekorten	Verplicht samen lunchen en avondeten. Medewerkers nemen deel aan de maaltijd.
Behoefte aan gevoel van zelfsturing	In processen mogelijkheden creëren voor vrije keuze. bv: bedtijd, menu, tijd van opstaan, keuze verenigingen.	ZV duidelijkheid bieden over wanneer er gekozen kan worden.
		Gevoel geven van mogelijkheid tot zelfsturing. Kiezen uit 2 alternatieven.
Behoefte tot sociale participatie	Ruimte bieden voor het bevorderen van sociale interactie tussen zorgvragers.	Verschillende verenigingen oprichten waarvan mensen lid kunnen worden en de bijeenkomsten wekelijks kunnen bezoeken.
	Apart zit- en eetgedeelte	Alle ZV'ers verplicht minimaal 2x per week naar vereniging laten gaan.
		Mogelijkheden creëren voor sociale interactie.
		Introductie nieuwe ZV om sociale processen te vergemakkelijken. Bv in huiskrantje.



## Dementerende zorgvrager

	Fysieke omgeving	Sociale omgeving
Algemeen	Gebruik van één allesomvattend informaticasysteem en patiëntendossier.	Kennis, kunde en competentie van medewerkers m.b.t: - sociale omgeving zo optimaal mogelijk inrichten met zo min mogelijk stress, factoren en invloeden. - juiste bejegening.
	Apparte zit- en eethoek.	
	Gebruik van domotica.	Competente medewerkers, familie en vrijwilligers met kennis van theorie van dr A. van der Plaats.
	Volledige afdichting van de (binnen)ramen die de mogelijkheid geven om naar andere ruimte te kijken die niet betreden mogen worden. Alles wat beweegt achter de ramen geeft onrust.	
Basis behoeften	Aangename sfeer in de ruimte met een herkenbare uitstraling en gebruik van voorwerpen van +/- 30 jaar geleden.	Vermijden van het geven van een faalgevoel/ niet corrigeren.
	Tekens en symbolen bij voorkeur in herkenbare, ouderwetse stijl via pictogram of foto.	Zorgen voor gestructureerde afwisseling.
	Attent op gebruik van harde en zachte materialen ivm geluiden en uitstraling.	Taal verduidelijken met gebaren en non-verbale communicatie.
	Hoekjes en rustige omgeving met bewegende beelden en lichtjes.	Omgeving zonder haast, traag werken.

	Kamer en algemene ruimtes die zo ingericht zijn dat de ZV zichzelf optimaal kan helpen en er voldoende ruimte is voor hulp bij zelfzorgtekorten.	Juiste prikkel op juiste moment geven. Een prikkel tegelijk afgeven.
	Kamer en algemene ruimtes die zo ingericht zijn dat er voldoende ruimte is voor hulp bij zelfzorgtekorten.	Geen middagslaapje in bed aanbieden.
	Voldoende hulpmiddelen aanwezig voor hulp bij zelfzorgtekorten. Vriendelijke en herkenbare uitstraling.	Soms niet zeggen wat er gaat gebeuren maar iemand rustig meenemen.
	Bioscoop met trage films uit het verleden, met dieren en symbolen zoals Lassie en Flipper, Sissy, sprookjesfilms en films over de natuur.	Doelgerichte bewegingen bevorderen door: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muziek en liedjes</li> <li>- Gebruik van humor</li> <li>- Handeling voordoen of het juiste plaatje creëren</li> <li>- Peuters, kinderen en dieren gebruiken</li> <li>- Positioneren in de juiste uitgangshouding</li> <li>- Tellen en ritme</li> <li>- Meebewegen.</li> </ul>
	Hoekjes in rustige omgeving waarin de sfeer van de natuur nagebootst wordt met bos en vogeltjes, of de ruisende zee.	
	ZV verschillende houdingen aanbieden gedurende de dag.	
	Aanwezigheid van eigen zetel van thuis per zorgvrager.	
	Zetels plaatsen met de rug naar de muur. Prikkel van achteren geven veel onrust.	Film projecteren waarop de dagindeling wordt aangegeven. Koffie drinken, eten, gaan slapen, koken. De ZV heeft hierdoor houvast aan het dagritme.
	Gebruik van zeer veel licht	

	<p>overdag (evt. kunstlicht) en schemering tegen de avond. 's Avonds geen koffie (met cafeïne) meer.</p> <p>Eigen hoofdkussen en dekens van thuis.</p> <p>Gebruik van veel kleine kussentjes ter ondersteuning bij positionering.</p> <p>Slaapkamer zo inrichten dat vanuit de lighouding beelden te zien zijn die de hersenen aangenaam bezighouden.</p>	<p>Medewerkers nemen deel aan de maaltijd, gezamenlijk eten.</p>
<p>Behoefte aan gevoel van zelfsturing</p>	<p>Deuren naar buiten “verhullen” door bv. beplakken met sticker van boekenkast.</p> <p>Alleen deuren die dementerende mag gebruiken als zodanig zichtbaar laten.</p> <p>Loopcircuit (zonder einde) met uitnodigende hoekjes, mandjes langs de reling en voldoende plekjes om even uit te rusten en aangenaam bezig gehouden te worden.</p>	<p>Bejegening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vriendelijk, sympathiek voorkomen, soms bijna onderdanig zijn</li> <li>- Excuses aanbieden, ook al heeft de medewerker niks gedaan.</li> <li>- Afstemmen van gemoedstoestand voor de handeling begint.</li> <li>- Samen kijken, lachen, aanraken tot juiste gemoedstoestand is bereikt.</li> <li>- Verleiden” om mee te doen. De dementerende is beïnvloedbaar</li> </ul> <p>Geen dwang of overmacht</p>
<p>Behoefte tot sociale participatie</p>	<p>Zithoekjes creëren waardoor sociale participatie wordt vergemakkelijkt.</p>	<p>Verskillende activiteiten organiseren in vast ritme waaraan zorgvrager deel nemen.</p> <p>Bezigheid bieden gedurende de dag.</p>

		Observatie zorgvrager m.b.t. de hoeveelheid prikkels waarmee zij optimaal functioneren.
Dement. ZV Doler		Net zoveel prikkels aanbieden tot hersenen aangenaam bezig gehouden worden.
Dement. ZV Zen	Een rustige, eigen kamer evt. aangevuld met lichtjes en geluid zijn voldoende. ZV kan ook genieten van de hoekjes als er geen anderen rondlopen.	Minimaal aantal prikkels aanbieden.

### **De processen**

Processen leggen vast hoe diensten geleverd worden. Als bekend is op welke manier de beste resultaten behaald kunnen worden kan over gegaan worden op gestandaardiseerde processen. Gestandaardiseerde processen zorgen door hun herhaling voor verhoogde kwaliteit en meetbaarheid, en zorgen door hun efficiëntie voor een optimale besteding van de resources. De maatregelen genoemd in 1.4.2 zijn evidence-based. Door deze maatregelen te verwerken in gestandaardiseerde zorgprocessen is het mogelijk om op de meest doelmatige manier het gewenste resultaat, een zo groot mogelijk welzijn voor de zorgvragers, te bereiken. Voorbeelden van zorgprocessen in een woonzorgcentrum zijn: de organisatie van het koffiedrinken, de maaltijden, de avondstemming, de rustmomenten, de bejegening, het activiteitenaanbod, de medezeggenschap van zorgvragers en de dagbesteding.

Bohmer (Bohmer,2009) benoemt zes voorwaarden om te komen tot een goed operationeel management van processen voor zorgleverende instellingen.

#### 1 Operating capability

Hiermee worden processen bedoeld die op elkaar afgestemd zijn en die de behoeften van de doelgroep representeren. Voor het woonzorgcentrum betekent dit het centraal stellen van de behoefte welzijn, met de uitwerking hiervan in de maatregelen voorgesteld in 1.4.2 De maatregelen zouden in onderlinge samenhang met elkaar vorm

geven en uitgevoerd dienen te worden via zorgprocessen. Uit de maatregelen in 1.4.2 blijkt dat verschillende groepen zorgvragers verschillende maatregelen en dus een verschillenden vertaling in zorgprocessen nodig hebben. Om tot een doelmatige zorgorganisatie te komen, met een zo groot mogelijk gevoel van welzijn als eindresultaat, dienen zorgvragers met dezelfde behoeften dezelfde zorgprocessen te doorlopen. Omdat zowel de fysieke inrichting en sfeer van de omgeving als de manier van bejegening van de zorgvrager en de sociale omgeving verschillend zijn voor somatische en dementerende zorgvragers zouden deze verschillende doelgroepen aparte zorgprocessen moeten ondergaan in een verschillende omgeving. Zij zouden apart van elkaar op verschillende afdelingen in het woonzorgcentrum moeten verblijven zodat er daadwerkelijk voor een andere sociale en fysieke omgeving gezorgd kan worden die voldoet aan hun specifieke behoeften.

## 2 Production control

Hiermee wordt het controleren van het productieproces bedoeld, met behulp van financiële en niet-financiële incentives en maatregelen die het gedrag van de werknemer beïnvloeden. Incentives kunnen zorgen voor tevreden medewerkers. Volgens het Great Place to Work Institute, een onderzoeks- en adviesbureau in de Verenigde Staten, zorgen tevreden werknemers voor een hogere productiviteit en winstgevendheid; meer innovatie, creativiteit en lef; een hoger niveau van klanttevredenheid en loyaliteit; minder ziekteverzuim en minder uitstroom van personeel. Het gedrag van de medewerker, en daarmee de kwaliteit van het zorgproces, kan dus beïnvloed worden door de mate waarin de medewerker tevreden is over het werk. Er bestaan vele manieren om de tevredenheid van medewerkers te meten. Een jaarlijkse tevredenheidsmeting zou kunnen gebeuren aan de hand van de 7 bronnen van arbeidsvreugde (Kouwenhoven, 2007). Hij omschrijft:

- A Fysiek welbevinden in de zin van veilige en aantrekkelijke werkomstandigheden.
- B Collegialiteit: genieten van het samenspel met de mensen die men op het werk ontmoet.
- C Waardering en vertrouwen: autonomie ervaren en zich erkend en gewaardeerd voelen.
- D Goede prestaties: genieten van de resultaten van het werk.

- E Groei: nieuwe dingen leren en genieten van de uitdagingen in het werk.
- F Werken met hart en ziel: authentiek kunnen zijn en het werk kunnen doen waar men echt van houdt.
- G Hogere zingeving: plezier beleven doordat men voor anderen iets kan betekenen.

Behalve alle bovengenoemde voordelen zorgen tevreden medewerkers ook, door hun goede gemoedstoestand, voor een betere sociale omgeving voor de zorgvragers. Verder lijkt voor een goede zorgrelatie en minder sombere en angstige gevoelens samen te hangen met een zo klein mogelijke afwijking van het bezettingsrooster, waarmee geen onderbezetting van het team wordt bedoeld (Pot, A.M. & de Lange, J. 2010),

### 3 Performance measurement

De handelingen, beschreven in de zorgprocessen, dienen iedere keer volgens beschreven procedure uitgevoerd te worden waarna het resultaat gemeten kan worden aan de hand van concrete indicatoren.

- Totaaldoelstelling Welzijn

In het woonzorgcentrum wordt als totaaldoelstelling uitgegaan van een zo groot mogelijk welbevinden van de zorgvrager, gerealiseerd met de beschikbare middelen. Het gevoel van welbevinden kan gemeten worden met de COOP WONCA kaartjes. Deze kaartjes, een instrument ontwikkeld door the Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network (COOP) en the World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) worden omschreven door het Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie (Van Duijn, N.P., Groenier, K.H., Van Weert, H., et al. (1995). als een gemakkelijk, haalbaar, valide en betrouwbaar instrument voor gebruik in de dagelijkse praktijk speciaal geschikt voor chronisch zieken. Zij bevatten zes vragen in de domeinen lichamelijke fitheid, gemoedstoestand, dagelijkse bezigheden, sociaal functioneren, algemene gezondheid en veranderingen in de gezondheidstoestand. In ieder domein wordt er één vraag gesteld waarop door middel van vijf tekeningen de juiste toestand aangewezen kan worden door de zorgvrager. Hierdoor zijn de kaarten ook geschikt voor mensen met analfabetisme of voor mensen van wie de mogelijkheid tot lezen is aangetast (waaronder dementerenden).

Dagelijkse bezigheden		Algemene gezondheid	
Helemaal geen moeite	5	Uitstekend	5
Een klein beetje moeite	4	Heel goed	4
Enige moeite	3	Goed	3
Veel moeite	2	Matig	2
Zeer veel moeite	1	Slecht	1

Belangrijk in deze is om als instelling vast te leggen welke waarde de instelling volgend jaar als doelstelling aanhoudt. Wanneer de instelling tevreden is en het de doelstelling als behaald beschouwd?

Figuur 4 Voorbeeld van COOP WONCA kaartje.

- Doelstelling per operationeel zorgproces

De zorgprocessen, voortgekomen uit de maatregelen voorgesteld in 1.4.2. zouden huisbreed maandelijks per proces (of procesgroep) geobserveerd kunnen worden en één voor één als agendapunt op de teamvergadering besproken kunnen worden. Tijdens de evaluatie van een zorgproces kunnen in gezamenlijkheid eventuele meetbare indicatoren aangewezen worden waarmee het zorgproces in de toekomst geëvalueerd kan worden. Tevens kan besloten worden welke waarde de afdeling of de instelling als doelstelling voor het volgende jaar voor ogen heeft. Hierdoor wordt het zorgproces, door een jaarlijks terugkerende evaluatie, concreet meetbaar en stuurbaar naar betere resultaten.

#### 4 Anomaly detection

De zorg die woonzorgcentra leveren aan hun zorgvragers is gestructureerde zorg, gebaseerd op evidence-based medicine. Door het uitvoeren van de gestandaardiseerde handelingen zou het vooraf bepaalde resultaat behaald moeten worden. Fouten kunnen omschreven worden al het niet behalen van het vooraf gestelde resultaat. Dit kan

zowel aan de uitvoering van de zorgprocessen liggen als in het feit dat een correct gevolgd zorgproces niet op de juiste manier de behoefte van de zorgvrager vertaalt in te leveren diensten. Bij het nagaan waar de fout ontstaat is de input van de medewerker onmisbaar.

- **Totaaldoelstelling**

Fouten bij het behalen van de totaaldoelstelling komen naar voren bij de jaarlijkse COOP WONCA welzijnsmeting.

- **Operationele zorgprocessen**

Bij het opsporen van fouten is de zorgprocessen is de grootste bron de medewerker zelf. Hij volgt de procedures en bemerkt het uiteindelijke resultaat. Om van deze inzichten als woonzorgcentrum gebruik te kunnen maken is het nodig samen te leren van de fouten die gemaakt worden. Hiervoor is een veilige omgeving belangrijk. Een veilige omgeving houdt in dat medewerkers er op kunnen rekenen dat ze niet gestraft of beoordeeld worden voor het aangeven van fouten, het lanceren van nieuwe ideeën of het in vraag stellen van beslissingen, regels of procedures.

## 5 Analysis

- **Totaaldoelstelling**

De resultaten van de jaarlijkse algehele tevredenheidsmeting met de COOP WONCA kaartjes kunnen vergeleken worden met de vastgestelde doelen in de begroting en de jaarplannen. Bij niet verwachte resultaten kan het managementteam bekijken waar de oorzaak van de afwijking zou kunnen liggen.

- **Operationele zorgprocessen**

Deze zelfde procedure kan gevolgd worden bij de evaluatie van de zorgprocessen in de teamvergaderingen. Afgesproken doelstellingen en indicatoren kunnen vergeleken worden met de resultaten van de metingen.

► Tevens is het zinvol om de resultaten van de COOP WONCA kaartjes en de resultaten van de zorgprocessen op de afdeling onderling te vergelijken. De zorgprocessen zouden een vertaling moeten zijn van de totaaldoelstelling wat betekent dat de resultaten in principe overeen zouden moeten komen.

► Door het meten van zorgprocessen per afdeling is het mogelijk om afdelingen met elkaar te vergelijken.



## 6 Adjustment and redesign

- Totaaldoelstelling

Na de evaluatie van de algemene COOP WONCA tevredenheidmeting kan gekozen worden om de strategische doelstellingen bij te stellen, de waarde van de indicator bij te stellen of om de resultaten terug te koppelen naar de operationele zorgprocessen en deze aan te passen aan de gewenste resultaten.

- Operationele zorgprocessen

Naar aanleiding van de analyse kan gekeken worden of de waarde van de indicatoren aangepast dient te worden of het zorgproces aangepast dient te worden om volgend jaar toch dezelfde waarde van de indicator te behalen.

► Als management is het noodzakelijk om te kijken hoe iedere afdeling afzonderlijk zijn processen organiseert, welke resultaten dit geeft en eventueel kijken of er een gezamenlijk beleid nodig is voor alle afdelingen tezamen of dat de individualiteit per afdeling juist resulteert in een beter toegesneden product per doelgroep.

### **De profit formula**

Hierin omschrijft het bedrijf de prijs, de winstmarge, de grootte van de productie, kortom alle zaken die zorgen dat het bedrijf op een winstgevende manier de kosten van bronnen en processen kan betalen die nodig zijn om de “value proposition” te leveren. Dit item is geen onderwerp van onderzoek in deze thesis.

### **1.4.3 Antwoord op sub-vraag 4**

Hoe kan een woonzorgcentrum deze behoeften vertalen naar zorgprocessen die met de beschikbare middelen een zo groot mogelijk welzijn creëren?

Uit het businessmodel kan, ten aanzien van de creatie van welzijn, voor het WZC besloten worden tot de volgende taken:

- Ziekenzorg, mogelijkheden tot het ervaren van zelfsturing en Welzijnszorg zouden als uitgangspunt genomen dienen te worden in de visie, strategische doelstellingen en operationele doelstellingen van het WZC.

- Visie, beleid, doelstellingen en zorgprocessen dienen elkaar te ondersteunen en te verbinden.
- De totaaldoelstelling Welzijn en de deeldoelstellingen van de zorgprocessen dienen jaarlijks geëvalueerd te worden aan de hand van concrete, meetbare indicatoren.
- Deze evaluatie dient om zorgprocessen bij te kunnen sturen als zij de behaalde doelstelling niet blijken te halen. Het is ook mogelijk dat de doelstelling niet haalbaar blijkt. Gekeken kan worden welke factoren hiertoe bijdragen en de doelstelling of het proces kan eventueel bijgesteld worden.

## 2 Methodologie

Antwoord op sub-vraag 5: Hoe is de huidige verdeling van groepen zorgvragers in de woonzorgcentra in Vlaanderen?

De methodologie van de studie is goedgekeurd door het Ethisch comité van de Universitair Ziekenhuis Gent en de Universiteit Gent met toestemmingsnummer: 2013/152. Deze toestemming is bijgevoegd als bijlage 2.

Nu de behoeften van zorgvragers in een woonzorgcentrum theoretisch zijn vastgesteld en vastligt hoe deze vertaald kunnen worden in de praktijk rijst de vraag of de dagdagelijkse praktijk van de woonzorgcentra in Vlaanderen deze verdeling van groepen zorgvragers ondersteunt. Worden groepen zorgvragers met gelijkende behoeften momenteel dezelfde zorgprocessen aangeboden zodat de geboden zorg optimaal tot welzijn leidt?

### 2.1 Embedded Explorative Multiple Case Study design

Om het antwoord op deze vraag te vinden is gekozen voor een Case Study design. Case studies blijken zeer geschikt om de huidige werking te onderzoeken van een onderwerp zonder deze werking te manipuleren. In deze case study wordt onderzocht **hoe** het opname- en doorschuifbeleid van zorgvragers momenteel vorm gegeven wordt in de woonzorgcentra en in welke verdeling van groepen zorgvragers dit beleid resulteert. Gekozen is voor een multiple case study omdat de verwachting heerst dat de uiteindelijke verdeling van groepen zorgvragers in de woonzorgcentra in Vlaanderen met elkaar vergelijkbaar is. Door gelijkende resultaten te bekomen in de vijf geselecteerde woonzorgcentra wordt de waarschijnlijkheid groter dat deze resultaten ook terug te vinden zijn in andere woonzorgcentra in Vlaanderen. In origine is gekozen voor een holistic design, in iedere case zou alleen het opname- en doorschuifbeleid van het desbetreffende woonzorgcentrum onderzocht worden. Tijdens de uitvoering van de pilotcase kwam naar voren dat het desbetreffende woonzorgcentrum veel waarde hechtte aan de mogelijkheid tot zelfsturing van de zorgvrager. Zij gaven aan de zorgvrager te stimuleren maar nergens toe te verplichten met betrekking tot sociale participatie. Omdat in het theoretische framework hierover andere inzichten naar voren zijn

gekomen leek het zinvol deze vraag op te nemen in het format van het semigestructureerde interview. Om aan de basis te beginnen werd besloten om te informeren naar de visie van het woonzorgcentrum en na te gaan of hierin sociale participatie als zodanig genoemd staat. Uit het interview met dr. A. van der Plaats kwam de moeilijke positie van CVA zorgvrager naar voren. Nieuwsgierig geworden naar de praktische invulling van deze theoretische kennis werd besloten om ook de plaatsing van deze doelgroep via het interview te bevragen. Hierdoor ontstond een embedded design doordat er in iedere casus data verzameld werd over drie onderzoeksonderwerpen: het opname- en doorschuifbeleid, de sociale participatie als uitgangspunt van beleid in de visie en de plaatsing van CVA zorgvragers in het woonzorgcentrum.

## **2.2 Inclusiecriteria**

Om te kunnen onderzoeken hoe de huidige verdeling van zorgvragers is verdeeld in de woonzorgcentra is gekozen voor:

- 1 Vijf woonzorgcentra: omdat de kans op een representatieve weergave van de huidige manier van werken, ten aanzien van het opname- en doorschuifbeleid van zorgvragers in de woonzorgcentra, vergroot wordt door meerdere cases. Data wordt verzameld tot er een duidelijke overeenkomst te zien is ten aanzien van de omgang met sociale participatie, de plaatsing van CVA zorgvragers en de verdeling van de zorgvragers over de afdelingen in de deelnemende woonzorgcentra.
- 2 Geografische spreiding: om de kans op gemeentelijke verschillen zo klein mogelijk te maken en zo de generaliseerbaarheid te vergroten.
- 3 Met minimaal vier afdelingen: om aan te kunnen tonen dat deze woonzorgcentra de mogelijkheden tot scheiding van de groepen zorgvragers wel hebben maar hier geen gebruik van maken.
- 4 Bereidheid om deel te nemen aan een semi-gestructureerd interview over het opname- en doorschuifbeleid, de plaatsing van CVA zorgvragers en de sociale participatie van de zorgvragers.
- 5 Beschikbaar stellen van de MMSE score van zorgvragers per doelgroep per afdeling.

### 2.3 Case study protocol

De volgende stappen zijn in chronologische volgorde doorlopen gedurende het onderzoek.

- Als eerste is aan de hand van de vier theorieën een theoretisch framework opgesteld. Vanuit dit framework werd de inhoud van het semigestructureerde interview bepaald met als inleiding een woordje van dank voor de deelname aan het onderzoek.
- Na het vaststellen van de inclusiecriteria werden vijf woonzorgcentra geselecteerd. Bij twee van de vijf woonzorgcentra was de directeur of het hoofd bewonerszorg bekend en daardoor benaderd voor deelname. De drie andere woonzorgcentra werden geselecteerd via het internet.
- De woonzorgcentra werden telefonisch benaderd met een korte uitleg over de aard van de gewenste informatie en een schets van de tijd die het woonzorgcentrum beschikbaar zou moeten stellen. Vier woonzorgcentra stemden direct toe. Een woonzorgcentrum weigerde door tijdsgebrek waarna een ander zorgcentrum in dezelfde gemeente werd benaderd. Deze stemde ook toe.
- Na de telefonische toezegging werd het format van het semigestructureerde interview (bijlage 1.6) via mail opgestuurd zodat het woonzorgcentrum tijd had om de gevraagde informatie op te zoeken. Nadien werd wederom telefonisch contact gezocht om een afspraak te maken voor het interview en de collectie van de MMSE scores.
- Als 4<sup>e</sup> werd het semigestructureerde interview afgenomen. De vragen werden beantwoord door een beleidsmedewerker, 3x een hoofd bewonerszorg, 2x een directeur, 2x de opnamecoördinator.
- De MMSE scores werden beschikbaar gesteld door 4x een ergotherapeut en 2x een hoofd bewonerszorg. De pilot casus had de gevraagde MMSE scores niet direct voorradig en gaven aan alleen tot een Mini-Mental State Examination (die resulteert in een MMSE score) over te gaan bij twijfels over het cognitief functioneren van een zorgvrager. Zij waren bereid om de gevraagde MMSE scores bij al hun bewoners af te nemen. Casus 2 en 5 hadden alle MMSE scores direct voorradig. Casus 3 had MMSE scores van 2 van de 4 afdelingen onvolledig voorradig. Zij beloofden de ontbrekende gegevens in de weken volgend op het bezoek aan te vullen en door te geven via de mail. Casus 4 had alle MMSE scores van 4 afdelingen voorradig maar de ergotherapeute van afdeling 5 en 6 was tijdelijk niet aanwezig.

Nadien is er telefonisch contact opgenomen en de ontbrekende gegevens werden, door de inmiddels weer aanwezige ergotherapeute, via de mail toegezonden.

- Lopend naar het einde van de periode waarin de thesis werd samengeteld bleek casus 3 niet aan de door hun gemaakt beloften te kunnen voldoen. Andere prioriteiten en een parttime dienstverband zorgden voor tijdsgebrek. Om deze casus te vervangen werden 17 andere woonzorgcentra, voldoende aan de inclusiecriteria, telefonisch gecontacteerd. Na een korte uitleg mijnerzijds werd hen direct gevraagd of zij in het bezit waren van een MMSE score van alle zorgvragers. Alle woonzorgcentra bleken deze gegevens niet voorradig te hebben en gaven aan deze test alleen te doen bij het vermoeden van een verminderd cognitief functioneren. De zoektocht werd gestaakt omdat deze steeds terugkomende uitkomst, hoe eenvoudig ook, de centrale vraag beantwoordt. Het verbanden leggen in andere patronen is hierdoor helaas niet mogelijk geweest. De andere kwalitatieve gegevens van casus 3 zijn verwerkt in het schema met gecollecteerde data 1.4.2.
- Alle gegevens uit verschillende bronnen werden per casus verzameld op het verslag van het originele semigestructureerde interview. Bij ontbrekende gegevens of onduidelijkheid over de geleverde gegevens werd het woonzorgcentrum nogmaals telefonisch gecontacteerd. Van iedere casus ontstond er zo een verslag met juiste en relevante gegevens geschikt voor verdere verwerking in het onderzoek.

## **2.4 Case study database (bijlage 1.1-1.6)**

De case study database bevat alle bovengenoemde verslagen per casus en het originele blanco semigestructureerde interview. Tevens bevat zij een kort verslag van de argumentatie van de 17 woonzorgcentra met betrekking tot het voorradig zijn van MMSE scores van iedere individuele zorgvrager.

### **2.4.1 Datacollectieplan and chain of evidence via theoretische principes**

Om de case study database te geschikt te maken voor latere analyse is er in deze thesis gebruik gemaakt van het theoretisch framework als uitgangspunt. Vanuit dit framework zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens opgevraagd in de woonzorgcentra om een zo accuraat en volledig mogelijk beeld te kunnen vormen over de huidige werking in de praktijk.

De theoretische principes zijn in deze thesis direct vertaald naar patronen wat de latere analyse van de data in het volgende hoofdstuk vereenvoudigd.

Theoretische principes:

**A** Sociale participatie zou via de visie van het woonzorgcentrum, moeten doorvloeien naar beleid en doelstellingen en tenslotte via zorgprocessen op de werkvloer tot uiting moeten komen (a. Maslow, 1954 en Hightower, 2002)

Patroon 1a: Staat sociale participatie in de visie van het woonzorgcentrum?

Patroon 1b: Is sociale participatie min of meer verplicht?

**B** Vanuit de theorie zou de sfeer van de fysieke omgeving van dementerenden een ouderwetse uitstraling moeten hebben. ( f. Plaats, van der, J.J., 2011)

Patroon 2: Welke sfeer ademt het woonzorgcentrum in zijn geheel en de afdeling voor dementerenden uit in het bijzonder uit?

**C** Het woonzorgcentrum heeft de zorgvragers momenteel op een bepaalde manier geplaatst. Voor deze thesis is het zinvol om te weten welke factoren hebben bijgedragen tot deze keuze.

Patroon 3a: Welke factoren bepalen de keus van een bepaalde zorgvrager op een bepaalde afdeling bij opname gezien vanuit instellingsperspectief?

Patroon 3b: Welke wensen mag de nieuwe zorgvrager inbrengen bij de bepaling van de keuze van afdeling?

**D** De gezondheidstoestand van een zorgvrager kan evolueren waardoor zorgprocessen niet meer aansluiten op de behoeftes van de zorgvrager.

Patroon 4a: Welke factoren spelen een rol bij de herplaatsing van een zorgvrager naar een andere afdeling vanuit instellingsperspectief?

Patroon 4b: Welke wensen van de zorgvrager worden meegenomen bij dit besluit?

Patroon 4c: Hoe ervaart het WZC de rol van de familie?

**E** Uit de theorie komt naar voren dat de categorie CVA zorgvragers een lastige categorie is om goed te plaatsen in het woonzorgcentrum omdat de wens van de zorgvrager en de behoeftes van zorgvrager moeilijk verenigbaar zijn. Interessant om deze extra vraag toe te

voegen en te kijken hoe hier in de praktijk mee omgegaan wordt. (van der Plaats, in-depth interview)

Patroon 5: Waar wordt in het desbetreffende woonzorgcentrum de CVA zorgvrager geplaatst.

**F** Zorgvragers met dezelfde zorgbehoeften zouden dezelfde zorgprocessen moeten doorlopen om optimaal tot welzijn te komen (Christensen, 2009 en Bohmer, 2009) (Wilson, 1999). Om te bepalen welke zorgvrager tot welke doelgroep behoort is gebruik gemaakt van de MMSE score (Ponds 1992). Dit gevalideerde meetinstrument is gekend in de woonzorgcentra en wordt gebruikt als bewijsmateriaal om aan te geven op welk niveau een zorgvrager cognitief functioneert. De maximale score is 30. Bij een score van 17 of minder kan het woonzorgcentrum extra financiële middelen aanvragen voor de begeleiding van de cognitief verminderd functionerende oudere. In de literatuur wordt de scheiding tussen somatische zorgvragers en zorgvragers met een cognitief verminderd functioneren op 23 (Ponds 1992) gelegd. In deze thesis is deze waarde aangehouden.

Patroon 6a: Hoeveel procent van het huis heeft een somatisch profiel?

Patroon 6b: Hoeveel procent van de ZV per afdeling heeft een somatische profiel (MMSE > 23 of 23)?

Patroon 6c: Hoeveel procent somatische ZV verblijven op een dementerende afdeling?

Patroon 7a: Hoeveel procent van het huis heeft een dementerend profiel?

Patroon 7b: Hoeveel procent van de zorgvragers per afdeling heeft een dementerend profiel (MMSE < 23)?

Patroon 7c: Hoe verhouden de groepen dementerenden zich ten opzichte van elkaar in het gehele huis in procenten?

Patroon 7d: Hoeveel procent dementerende ZV verblijven er op een somatische of gemengde afdeling?



## 2.4.2 Validiteit en betrouwbaarheid

Constructvaliditeit: Om te zorgen dat de theoretische principes op een juiste manier terug komen in het onderzoek is gebruik gemaakt van een theoretisch framework. Vanuit dit theoretische framework zijn patronen opgesteld die zoeken naar kwantitatieve en kwalitatieve data (*datatriangulatie*) die de theoretische principes en de centrale vraag ondersteunen (*chain of evidence*). Vanuit deze patronen is de te verzamelde data vastgelegd, geanalyseerd en becommentarieerd. De theoretische verantwoording en de daaruit voortvloeiende patronen staan beschreven in paragraaf 2.4.1.

Om te zorgen voor een zo ruim mogelijk beeld is er gebruik gemaakt van meerdere bronnen (*multiple sources of evidence*). Behalve de data van het semigestructureerde interview is informatie uit documenten, folders, observaties en de website opgenomen in de casestudy database. Na de verwerking van deze gegevens werden de WZC nogmaals gebeld bij vragen of onduidelijkheden. De beschreven theorieën van dr. J.J. van der Plaats zijn niet allemaal in wetenschappelijke artikelen terug te vinden omdat er ook gebruik gemaakt is van een in-depth interview. Om deze theorieën op correcte weergave te controleren heeft dr. J.J. van der Plaats hen persoonlijk nagezien en daar waar nodig gecorrigeerd of aangevuld (*review*).

Interne validiteit: De centrale onderzoeksvraag geeft aan dat er verschillende groepen zorgvragers aanwezig zijn in het WZC. Om deze bewering te staven zijn de theorieën van dr. J.J. van der Plaats gebruikt. Na vastgesteld te hebben dat deze groepen bestaan was het nodig om aan te tonen dat deze groepen een andere omgeving, dus een andere afdeling, nodig hebben. Ook dit is aangetoond met de theorieën van dr. J.J. van der Plaats. Het onderzoek heeft zich gericht op de vraag of deze verschillende groepen zorgvragers momenteel ook op verschillende afdelingen verblijven (*explanation building*). Hiervoor is de Mini-Mental State Examination (MMSE) (Ponds, 1992) gebruikt, een gevalideerd instrument, gekend in de WZC. Dit instrument meet de hoogte van de cognitieve functies van de zorgvrager. Naarmate de cognitieve functies afnemen neemt de behoefte aan een andere omgeving toe (c. + f. Plaats, J.J., 2011). In de literatuur wordt de grens van voldoende cognitief functioneren, een somatische zorgvrager, gelegd op een score van 23 (Ponds, 1992). In de geselecteerde WZC is per afdeling van alle zorgvragers de MMSE score opgevraagd. Nadien is gekeken in de analyse of zorgvragers met

een MMSE score van 23 of meer samen op een afdeling verbleven met zorgvragers met een MMSE score van 22 of minder (een dementerende zorgvrager, of een zorgvrager met een cognitief verminderd vermogen). Deze analyse geeft antwoord op de centrale vraag of groepen zorgvragers met dezelfde behoeften momenteel bij elkaar op de afdeling verblijven. Tevens is in deze thesis ingegaan op de vraag waarom de zorgvragers op deze manier geplaatst zijn. Om na te gaan of de WZC dezelfde werkwijze en opbouw hanteren is gebruikt gemaakt van *pattern matching*. Deze patronen staan overzichtelijk en duidelijk naast elkaar in paragraaf 2.2.4. wat de analyse vergemakkelijkt. Bij de discussie is, behalve de voor de hand liggende conclusies ook gekeken naar mogelijke andere verklaringen voor de behaalde resultaten (*rival explanations*).

Externe validiteit: Uit het onderzoek kwam naar voren dat somatische en dementerende zorgvragers tezamen op een afdeling wonen. Bij een vergevorderde dementie of storend gedrag wordt gebruik gemaakt van een doelgroepspecifieke afdeling. Alle onderzochte huizen beschikten over meerdere afdelingen, een grote populatie aan dementerende zorgvragers maar een beperkt aantal gespecialiseerde afdelingen. Om de externe validiteit van het onderzoek te vergroten, zeker na het uitvallen van de kwantitatieve data van casus 3, werden nog 17 andere WZC (volgens inclusiecriteria) benaderd met de vraag of zij mee wilden doen aan het onderzoek en de MMSE gegevens beschikbaar wilden stellen. Alle WZC's, inclusief de pilot en casus 4, gaven aan nieuwe zorgvragers met een geconstateerde cognitieve achteruitgang direct op een dementerende afdeling te plaatsen en bij de andere opnames in verloop van de tijd alleen een MMSE score te bepalen bij hen waarvan zij verwachten een cognitieve achteruitgang te vinden. Van andere zorgvragers, bij wie geen cognitieve achteruitgang verwacht wordt, zijn geen MMSE scores bekend. Geen van deze WZC was dan ook geschikt om deel te nemen als casus aan dit onderzoek omdat daarvoor alle MMSE scores per afdeling bekend zouden moeten zijn. Maar deze 17 antwoorden bevestigen wel het ontstane beeld van het casus onderzoek. Verschillende groepen zorgvragers wonen allemaal bij elkaar totdat zij storend gedrag gaan vertonen of in een gevorderd stadium van dementie terecht komen. Het resultaat van de pilot, zorgvragers verblijven gemengd op de afdeling, is dan ook 21x gerepliceerd (*replication logic*). Het verblijven van somatische zorgvragers met probleemgedrag op een dementerende afdeling is niet aan bod gekomen bij de andere WZC's waardoor dit resultaat 4x gerepliceerd is.

Betrouwbaarheid: De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door de vorming van een case study database waarin alle originele data, zonder interpretatie, vastgelegd zijn. Deze *case study database* bevat data uit literatuur, interviews, documenten, websites, observaties en de semigestructureerde interviews. Bij het aanmaken van de case study database werden eventueel ontbrekende gegevens of onduidelijkheden opnieuw telefonisch bevraagd bij het des betreffende WZC. De in het onderzoek beschreven analyse en discussie zijn door het beschikbaar zijn van de originele data volledig controleerbaar en transparant. Door het ontwerp van het *case study protocol* is zorg gedragen voor een zelfde manier van bevragen en datacollectie in ieder WZC. Tevens is er gebruik gemaakt van steeds dezelfde interviewer die ook de case study database gevuld heeft. Afwijkingen in de resultaten zijn, voor zover mogelijk, hierdoor vermeden. Om de geïnterviewden aan te sporen daadwerkelijke informatie te geven over de dagelijkse praktijk in het woonzorgcentrum is gezorgd voor absolute anonimiteit. Hierdoor worden sociaal wenselijke antwoorden, voor zover mogelijk, vermeden.

### **2.4.3 De pilot-case**

Als eerste is gestart met een pilot-case om de procedure en de relevantie van de verzamelde data te testen. Na de telefonische toezegging van wens tot deelneming aan het onderzoek werd het format van het semigestructureerd interview (bijlage 1.6) toegezonden en een afspraak voor een bezoek gemaakt. Ter plaatse werd als eerste het semigestructureerde interview afgenomen waarin het gesprek werd opgenomen voor verdere uitwerking, tegelijkertijd werden er aantekeningen gemaakt. Als documentatie werden folders van het woonzorgcentrum meegenomen. Na het interview werd de mogelijkheid geboden om het woonzorgcentrum te bekijken voor verdere observationele data toevoegingen. Aan het einde van het 1<sup>e</sup> bezoek werd een 2<sup>e</sup> bezoek afgesproken om de MMSE scores per afdeling te verzamelen.

Conclusies en verbeteringen:

- Telefonische contactlegging voor deelname aan het onderzoek werkt goed en efficiënt.
- Het vooraf opsturen van de format van het semigestructureerde interview geeft duidelijkheid aan het woonzorgcentrum welke gegevens er gevraagd worden.

Hierdoor kunnen zij zich voorbereiden en is de geplande tijdsinvestering van 30 minuten correct.

- Het opnemen van het interview heeft geen extra meerwaarde bovenop de aantekeningen. Er worden veelal feiten gevraagd die gemakkelijk noteerbaar zijn en niet geïnterpreteerd hoeven worden door intonatie, stiltes, veranderingen van toon etc. De gemaakte aantekeningen kwamen overeen met de inhoud van het opgenomen interview.
- Sociale participatie is geen onderdeel van het semigestructureerde interview, eigenlijk ook niet echt noodzakelijk voor het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag of sub-vraag 5 maar toch interessant om te bevragen vanuit de theoretische principes (a. Maslow, 1954). Deze vraag werd toegevoegd.
- De plaatsing van CVA zorgvragers is geen onderdeel van het semigestructureerde interview, eigenlijk ook niet echt noodzakelijk voor het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag of sub-vraag 5 maar toch interessant om te bevragen vanuit de hypothese van dr. J.J. van der Plaats. Deze vraag werd toegevoegd.
- De folders en de website zijn een bron van aanvullende informatie, vooral naar aanleiding van de informatie over sociale participatie.
- De MMSE ((Ponds 1992) score als meetinstrument voor de scheiding van somatische en dementerende zorgvragers is niet bij alle bewoners beschikbaar. Dit zou een probleem kunnen vormen bij de voortgang van het onderzoek omdat voor het beantwoorden van de centrale vraag deze score essentieel is. Dit woonzorgcentrum geeft aan nog voor de ontbrekende scores te zorgen in de komende weken.

#### **2.4.4 Gecollecteerde data**

In onderstaand tabel 1 zijn de data uit de case study database per patroon schematisch verwerkt. De informatie, hieronder opgenomen, geeft extra informatie om de database juist te kunnen interpreteren.

Extra informatie:

- Extra opmerking 1:Zorgzwaarte, en de daaraan vasthangende financiële middelen, wordt in België bepaald aan de hand van de Katzschaal. Dit resulteert in profielen

oplopend naar zwaarte beginnend bij O, A, B, C, CD en D. Bij een score van 17 of minder op de MMSE worden er door de overheid extra financiële middelen ter begeleiding van de ZV beschikbaar gesteld.

- Extra opmerking 2: Het woonzorgcentrum van casus 2 geeft aan dat alle doelgroepen overal kunnen wonen. Zij hebben hiervoor een aantal extra maatregelen getroffen:
  - Code bij ingangsdeur van de instelling
  - Sleutel aan cognitief goede bewoner geven bij dwaalgedrag van dementerende zorgvrager op de afdeling.
  - Een foto bij de deur van de dementerende zodat zij hun kamer herkennen.
  - Bij onrust de dementerende meenemen naar de verpleegpost of extra begeleiding geven.
  - Informeren van cognitief goede zorgvrager en vragen of deze begrip kan opbrengen voor de situatie.
  - Therapeutische beïnvloeding door medicatie.
  - Zacht fixeren zolang mogelijk uitstellen.

Casus 2 gaf aan niet voor een speciale afdelingen voor dementie te kiezen. Zij willen dementerenden als vrij en individueel mens zien en hen niet in een hokje plaatsen. In hun ervaring helpen andere zorgvragers de dementerenden en worden de dementerenden gecorrigeerd door hun medezorgvragers waardoor zij langer zelfstandig kunnen blijven functioneren. Nieuwe cognitief goed functionerende zorgvragers komen eerst in opstand maar na informatieverstrekking bieden ook zij hulp aan de dementerenden. Het woonzorgcentrum vindt deze cultuur erg belangrijk.

Tabel 2: Gecollecteerde data

<b>Patroon 1a</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Sociale participatie en visie.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

<b>Patroon 1b</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Sociale participatie verplicht	Nee. Somatische ZV's worden vooral individuele activiteiten aangeboden. Dementerende ZV's krijgen voornamelijk groepsgebonden activiteiten aangeboden. Maaltijden kunnen gezamenlijk gebruikt	Nee. De georganiseerde activiteiten zijn voor alle doelgroepen omdat zij allemaal door elkaar verblijven in het WZC. Maaltijden kunnen gezamenlijk gebruikt worden, dit wordt aan de ZV zelf overgelaten.	Nee, het WZC geeft aan dat de georganiseerde activiteiten bijgewoond kunnen worden door alle doelgroepen, ook dolers worden meegevraagd Maaltijden zijn niet verplicht in de refter maar worden wel	Nee. -Op de dementerende afdelingen zijn wekelijks programma's. Grotere activiteiten worden voor alle doelgroepen samen georganiseerd. Individuele activiteiten zijn beperk. - Ontbijt en	Nee. Er worden afdelingsgebonden, huisbrede en individuele activiteiten georganiseerd. Onder begeleiding kunnen dementerenden ook buiten de afdeling deelnemen. -Alle maaltijden zijn verplicht gezamenlijk

	worden maar dit is niet verplicht		gestimuleerd.	avondeten wordt in principe op de kamer geserveerd. ZV kunnen op eigen gelegenheid naar de refter als zij dit wensen. Warme maaltijd in principe in de refter behalve als de ZV dit echt niet wil.	tenzij men ziek is.
--	-----------------------------------	--	---------------	--	---------------------

<b>Patroon 2</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Sfeer huis en dementerende afdeling	Mooi en luxe. Geen ouderwetse sfeer voor dementerenden. Huiskamer dementerenden erg	Geen specifieke dementerende afdelingen. Sfeer gemoedelijk, niet uit grootmoeders tijd of	Zeer modern met veel glas. Zelfde omgeving op alle afdelingen.	WZC was wat verouderd. Geen moderne of grootmoeders stijl.	WZC is verouderd. Geen moderne of ouderwetse stijl

	klein. Was een 2 <sup>e</sup> huiskamer aanwezig maar deze werd niet als zodanig gebruikt.	modern.			
--	--	---------	--	--	--

<b>Patroon 3a</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Factoren opname instelling	-op de wachtlijst -minimaal B profiel -graag gelijkwaardige zorgzwaartegraad op de afdelingen waardoor volgorde wachtlijst niet altijd gevolgd wordt. -voorrang voor zorgvragers die afnemer zijn van andere diensten van de overkoepelende	-60+ -Minimaal B profiel -geen psychiatrische gedragsproblematiek -passend op de afdeling waar een plaats is vrijgekomen -op volgorde van wachtlijst, indien passend. -geen privéverpleging	Via gestandaardiseerd opnameformulier met volgende criteria: -B of C profiel -mensen die uit hun woning gezet zijn -Inwoner van de stad -aanbod thuiszorg is niet meer voldoende -verhoogde kans op hulpbehoefendheid -opstart van palliatief dossier.	-minimaal B profiel, uitzondering zorgvragers serviceflats -geen infusen - WZC bepaalt naar aanleiding van voorbezoek op welke afdeling de zorgvrager komt.	65+ -Wachtlijst voor ieder profiel. Aanvangsdatum bepalend <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% O</li> <li>• 20% A</li> <li>• 60% B,C,CD en D</li> </ul> -Voorrang voor gezinshereniging en 95+



	<p>organisatie</p> <p>De pilot case geeft aan nieuwe zorgvragers zo juist mogelijk te plaatsen en daar zo lang mogelijk te houden.</p>				
--	--	--	--	--	--

<b>Patroon 3b</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Factoren opname zorgvrager	<p>-afdeling, wens wordt niet meegenomen als zorgcentrum niet akkoord is. ZV kan beschikbare kamer aanvaarden of niet.</p> <p>-grootte en prijs</p> <p>-nieuwbouw</p>	<p>-zonnekant</p> <p>-nieuwbouw</p> <p>-grootte van de kamer</p> <p>-geen keuzemogelijkheid voor specifieke afdeling</p> <p>-Kunnen beschikbare kamer aanvaarden of</p>	<p>-Kunnen beschikbare kamer aanvaarden of niet.</p> <p>-Dementerenden met probleemgedrag direct op afdeling met code plaatsen ook al is zorgvrager of familie niet akkoord.</p>	<p>- voorkeur voor 1 van de 2 woonzorgcentra nadien niet meer wisselen</p> <p>- Kunnen beschikbare kamer aanvaarden of niet.</p>	<p>-Kunnen beschikbare kamer aanvaarden of niet.</p>

		niet.			
<b>Patroon 4a</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Factoren herplaatsing instelling	-roep en doolgedrag dementerende -wens tot andere kamer (gaat voor nieuwe opname)	-In principe niet. <u>Extra opmerking 3</u> - bij overlast door het maken van lawaai wordt hoekkamer aangeboden.	Alleen bij gevaar door doolgedrag. Geen overplaatsing bij roepgedrag.	-bij storend gedrag door roepen en dolen. -duidelijke wens naar andere kamer binnen hetzelfde WZC.	-bij overlijden op 2 persoonskamer -herplaatsen door roep of dool gedrag. Familie hier vaak op tegen.

<b>Patroon 4b</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Factoren herplaatsing vanuit zorgvrager of familie	-wens tot andere kamer.	Geen herplaatsingen of op zeer nadrukkelijk verzoek.	Wensen tot een andere plaats worden niet gehonoreerd.	-Mogelijkheid tot tijdelijk verblijf bij wens ander WZC.	- wens tot andere kamer. Wachtijd 1 jaar. - familie vaak weerstand tegen verhuizen voor roep en dool gedrag. -Mogelijkheid tot

					tijdelijk verblijf bij wens ander WZC.
--	--	--	--	--	--

<b>Patroon 4c</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Ervaringen WZC van familie bij overplaatsingen	Belemmerende factor. Zij wensen hun familielid zolang mogelijk op een open afdeling ondanks eventueel storend gedrag van hun familielid.	-	-Familie vaak niet akkoord met overplaatsing naar een afdeling met code. - Familie wil altijd het beste, mooiste en grootste voor hun familielid en vaak ontevreden zijn.	-Familie en medeZV weinig tolerant ten aanzien van roep en dool gedrag. - Als eigen familielid gaat roepen dolen wil familie juist nog even doorproberen. Acceptatie gedrag dementerenden erg moeilijk bij familie	Familie vaak tegen verhuizingen door roep en dool gedrag.

<b>Patroon 5</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Plaats CVA zorgvrager	Mogelijk op alle afdelingen, er wordt gekeken naar de beschikbare plaats.	Alle afdelingen nemen alle doelgroepen zorgvragers op.	Alle afdelingen nemen alle doelgroepen zorgvragers op.	Als opname op een dementerende afdeling een te grote confrontatie voor de ZV vormt dan wordt de ZV op een open afdeling opgenomen.	Er wordt gekeken naar de geestelijke gesteldheid van de nieuwe ZV. In principe wordt ZV op een open afdeling geplaatst maar bij gekend storend gedrag op gesloten afdeling.

<b>Patroon 6a in %</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Hoeveel somatisch profiel gehele huis	32.5	56.2	Niet mogelijk	15.6	43.3

<b>Patroon 6b in %</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Hoeveel somatisch profiel per afdeling	1= 38.4 2= 13.3 (*) 3= 0.0 (*) 4= 45.4 5= 36.8 6= 72.0	1= 44.0 2= 76.9 3= 57.0 4= 68.0 5= 45.2 (*) 6= 52.4 (*)	Niet mogelijk	1= 6.9 (*) 2= 3.4 (*) 3= 11.1 4= 39.3 5= 6.7 (*) 6= 26.7	1= 06.3 (*) 2= 52.6 3= 58.1 4= 52.8 5= 41.2 6= 45.9

- \*= afdeling voor mensen met code

<b>Patroon 6c in %</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Verhouding groep somatische ZV op afdeling met code in gehele huis.	6.5	46.1 Huis geeft aan niet over een dementerenden afdelingen te beschikken ondanks gebruik code.	Niet mogelijk	5.7	6.3

<b>Patroon 7a</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Hoeveel dementerend profiel gehele huis	67.5	43.8	Niet mogelijk	84.4	56.7

<b>Patroon 7b in %</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Hoeveel dementerend profiel per afdeling	1= 61.5 (**)	1= 56.0	Niet mogelijk	1= 93.1 (*)	1= 93.7 (*)
	2= 86.7 (*)	2= 23.1		2= 96.6 (*)	2= 47.4
	3= 100 (*)	3= 43.0		3= 88.9	3= 41.9
	4= 54.5	4= 32.0		4= 60.7	4= 47.2
	5= 63.2	5= 54.8 (*)		5= 93.3 (*)	5= 58.8
	6= 28.0	6= 47.6 (*)		6= 73.3	6= 54.1

- \*= afdeling voor mensen met code
- \*\*= half open, deur met code zit halverwege

17 woonzorgcentra en de pilot case gaven aan alleen een MMSEscore te bepalen bij zorgvragers waar zichtbare cognitieve achteruitgang aanwezig is. Deze zorgvragers verbleven (nog) niet op een afdeling gespecialiseerd in dementie.

<b>Patroon 7d in %</b>	<b>Pilot</b>	<b>Casus 2</b>	<b>Casus 3</b>	<b>Casus 4</b>	<b>Casus 5</b>
Verhouding groep dementerenden op afdeling zonder code in gehele huis.	Tevreden: 19.0 Doler: 9.5 Zenner: 23.8 Totaal: 52.4	Tevreden: 14.8 Doler: 17.0 Zenner: 6.8 Totaal: 38.6	Niet mogelijk	Tevreden: 45.9 Doler: 12.9 Zenner: 15.3 Totaal: 74.1	Tevreden: 27.8 Doler: 11.9 Zenner: 10.2 Totaal: 50.0

### 3 Resultaten en discussie

Om te analyseren en te besluiten of bovenstaande theoretische principes vertaald zijn in de dagdagelijkse praktijk van de WZC's is er gebruik gemaakt van pattern matching. In de volgende paragrafen worden deze patronen geanalyseerd en uit deze analyse conclusies getrokken. Deze procedure is gevolgd voor iedere case afzonderlijk. Als laatste zijn alle casussen samen bekeken om een beeld te verkrijgen van de situatie in de WZC in Vlaanderen.

#### 3.1 De Pilot-casus

Patroon 1a: Staat sociale participatie in de visie van het woonzorgcentrum?

Patroon 1b: Is sociale participatie min of meer verplicht?

- Het WZC voldoet niet aan het theoretische principe dat sociale participatie welzijn creëert (a. Maslow, 1954) en daardoor verplicht gesteld zou moeten worden (b. Maslow, 1961). Door de ZV langzaam te integreren (Plaats, J.J., in-depth interview) zou het WZC niet tegen de eigen autonomie van de ZV ingaan.
- Gezamenlijke maaltijden kan een vorm van sociale participatie zijn. Ook hierin vindt geen sturing vanuit de organisatie plaats. Gezamenlijke warme maaltijd is een organisatorisch gemakkelijk haalbaar initiatief voor sociale participatie.
- Ook de somatische ZV heeft behoefte aan sociale participatie voor het creëren van welzijn en zou groepsgebonden activiteiten nodig hebben die aansluiten bij hun niveau. Dit voldoet niet aan het theoretische principe van 2x per week een clubje of gezamenlijke activiteit (e. Plaats, van der, J.J., 2011).
- Bij de benadering van de activiteiten van dementerende ZV volgt het WZC het theoretische principe (e. + f. Plaats, van der, J.J., 2011).

Patroon 2: Welke sfeer ademt het woonzorgcentrum in zijn geheel en de afdeling voor dementerenden uit in het bijzonder uit?

- Op de dementerende afdelingen voldoet het WZC niet aan het theoretische principe van een ouderwetse uitstraling van weleer (van der Plaats, 1994). Verder is door het praktische gebruik van 1 van de 2 huiskamers de ruimte erg vol en druk wat onrust



<p>tewegg kan brengen, en een doelmatig gebruik van de ruimte in de weg staat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doordat op de somatische en gemengde afdelingen ook 67.5% dementerenden verblijven zou ook hier de vraag gesteld kunnen worden of de sfeer wat meer grootmoeders stijl zou moeten uitstralen (f. Plaats, van der, J.J., 2011).</li> </ul>
<p>Patroon 3a: Welke factoren bepalen de keus van een bepaalde zorgvrager op een bepaalde afdeling bij opname gezien vanuit instellingsperspectief?</p> <p>Patroon 3b: Welke wensen mag de nieuwe zorgvrager en zijn familie inbrengen bij de bepaling van de keuze van afdeling?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het WZC bekijkt per vrij gekomen plaats welke ZV in de afdelingsmatch past (van den Borne, 1982 en Wilson et al., 1999 en Grove &amp; Fisk, 1997). Dit is volgens het theoretische principe. Alleen doen zij dit momenteel door te kijken naar de zorgzwaartegraad. Alhoewel dit organisatorisch en op het niveau van medewerkerplanning zeker voordelen geeft, gaat dit niet uit van de behoeften van de ZV. Dit is niet volgens de theoretische principes (e. + g. Plaats, J.J., 2011). De afdeling indelen naar de behoeften van de ZV en het personeel niet specifiek binden aan een bepaalde afdeling zou hiervoor een oplossing kunnen bieden die weliswaar tot weerstand zal leiden waardoor de tevredenheid van de medewerker zal dalen ( minder collegialiteit en minder autonomie door onbekendheid, Kouwenhoven, 2007).</li> <li>• Het WZC geeft voorrang aan gebruikers van hun diensten. Organisatorisch juist door klantenbinding. Ook voor de ZV geeft dit voordelen. Zij ervaren een gevoel van loyaliteit en binding met de organisatie wat hun klanttevredenheid en dus welzijn zal vergroten. (Model Flipo, 1998)</li> <li>• Doordat uiteindelijk het instellingsbelang primeert bij de plaatsing van een ZV ervaart deze weinig mogelijkheid tot zelfsturing wat niet volgens de theoretische principes is (a. Maslow,1943).</li> </ul>
<p>Patroon 4a: Welke factoren spelen een rol bij de herplaatsing van een zorgvrager naar een andere afdeling vanuit instellingsperspectief?</p> <p>Patroon 4b: Welke wensen van de zorgvrager of zijn familie worden meegenomen bij dit besluit?</p> <p>Patroon 4c: Hoe ervaart het WZC de rol van de familie?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZV worden alleen overgeplaatst met gedragsproblematiek. Hierdoor krijgen matig en</li> </ul>

zwaar dementerenden zonder probleemgedrag dezelfde omgeving aangeboden als een somatische ZV terwijl zij een andere omgeving nodig hebben om meer welzijn te ervaren. Dit is niet volgens de theoretische principes (g. Plaats, van der, J.J., 2012). Zij zullen hierdoor cognitief minder presteren dan dat zij zouden doen in een passende omgeving (h. Plaats, van der, J.J., 2013).

- Familie en ZV staan niet positief ten opzichte van een herplaatsing naar een andere afdeling. Hierdoor bemoeilijken zij het aanbieden van een juiste omgeving. Dit is niet volgens de theoretische principes (e. + f., Plaats, van der, J.J., 2011). Dit obstakel zou door goede informatievoorziening over het belang van de omgeving verminderd kunnen worden. Als zij zelf de keuze maken voor overplaatsing wordt rekening gehouden met de behoefte tot zelfsturing (a. Maslow, 1954).
- Doordat de ZV binnen de afdeling kan verhuizen naar een kamer van eigen keuze ervaart de ZV mogelijkheden tot zelfsturing. Dit is volgens de theoretische principes. (a. Maslow, 1954)

Patroon 5: Waar wordt in het desbetreffende woonzorgcentrum de CVA zorgvrager geplaatst?

- Het WZC gaat uit van het huisbezoek. Hiermee geven zij aan de toestand van de ZV mee te nemen in hun beslissing bij de plaatsing. Er wordt niet specifiek aangegeven of ook rekening gehouden wordt met de geestelijke toestand. Het WZC geeft wel aan dat een CVA ZV op iedere afdeling geplaatst zou kunnen worden. Volgens de theoretische principes zou een CVA ZV geschikt zijn voor plaatsing op afdeling 1 omdat de CVA zorgvrager goed tot zijn recht zou komen op een afdeling voor licht dementerenden (Plaats, van der, J.J., in-depth interview). De afdeling voor licht dementerende en somatische ZV's die het WZC momenteel bezit lijkt in deze ook niet geschikt omdat de afdeling halverwege is dichtgemaakt met een deur met code. Op de afdeling heerst niet een omgeving specifiek geschikt voor licht dementerenden.

Patroon 6a: Hoeveel procent van het huis heeft een somatisch profiel?

Patroon 6b: Hoeveel procent van de ZV per afdeling heeft een somatische profiel (MMSE > 23 of 23)?

Patroon 6c: Hoeveel procent somatische ZV verblijven op een dementerende afdeling?

- Gezien de 32.5% somatische ZV zou het huis 2 afdelingen specifiek voor somatische

zorgvragers kunnen inrichten. Die hebben zij momenteel ook alleen wonen er verhoudingsgewijs globaal gezien de helft dementerenden op ieder somatische afdeling. Dit is niet volgens de theoretische principes (van den Borne, 1982 en Wilson et al., 1999 en Grove & Fisk, 1997).

- Er verblijven ook 6.5% somatische ZV op de dementerende afdelingen. Het WZC geeft aan dat het om ZV met probleemgedrag gaat. Volgens de theoretische principes zal de omgeving voor hen niet passend zijn en daardoor het probleemgedrag verheviggen (h. Plaats, van der, J.J., 2013).

Patroon 7a: Hoeveel procent van het huis heeft een dementerend profiel?

Patroon 7b: Hoeveel procent van de zorgvragers per afdeling heeft een dementerend profiel (MMSE<23)?

Patroon 7c: Hoe verhouden de groepen dementerenden zich ten opzichte van elkaar in het gehele huis in procenten?

Patroon 7d: Hoeveel procent dementerende ZV verblijven er op een somatische of gemengde afdeling?

- Het WZC heeft een grote populatie aan dementerende ZV (67.5%). Een opsplitsing in verschillende groepen dementerenden zou gerechtvaardigd zijn. Voor de opsplitsing van dementerenden via de MMSE score, of in zen-doler-tevreden dementerende, of andere onderverdeling, geven de theorieën geen uitsluitsel. Verder onderzoek zou in deze richtinggevend kunnen zijn.
- Opvallend is de verwachte hogere score bij tevreden dementerenden en de verwachte lagere score bij zen dementerenden als dit vergeleken wordt met casus 4 en 5. Dit zou verklaarbaar zijn door de inschaling van één van de twee ergotherapeuten. Zij was niet bij de uitleg aanwezig over het verschil tussen beide groepen. Zij zou hierdoor een andere inschatting hebben kunnen maken. De ingebrachte data van de andere ergotherapeute komen overeen met de gegevens van casus 4 en 5. Dit verschil beïnvloedt niet de beantwoording van de centrale vraag. Interessant in het onderscheid momenteel is de doler omdat hij aangeeft niet tevreden te zijn. De dolers zijn door beiden ergotherapeuten vergelijkbaar gescoord.
- Ook opvallend is de goede plaatsing van de dolers op de gesloten afdelingen. 87.8% van de dolers verblijft op een daarvoor geschikte afdeling. Opvallend is tevens het

groot aantal zenners op de somatische/licht demeterende afdeling. Zij hebben eigenlijk geen behoefte aan een aangepaste afdelingsomgeving (wel de juiste bejegening) maar ervaren welzijn op hun eigen kamer met zo min mogelijk prikkels. Ook dit verschil zou te verklaren kunnen zijn door het ontbreken van een specifieke uitleg aan de ergotherapeute.

- Door de grote populatie demeterenden zouden 4 afdelingen, qua omgeving, voor hen geschikt gemaakt kunnen worden. Door het aanbieden van één afdeling met studio's voor 2 personen lijkt dit niet haalbaar omdat zelden 2 partners tot dezelfde doelgroep behoren qua behoeften. Aan de cijfers is te zien (28%) dat in de studio's in verhouding met de rest van het huis, weinig demeterenden verblijven. 2x somatiek, 3x demeterend en 1x gemengd in de studio's lijkt gezien de cijfers het best passend.
- Demeterende partners uit de studio's zouden deel dienen te nemen aan de activiteiten voor demeterenden op de andere afdelingen zodat zij kunnen profiteren van de voordelen van een omgeving afgestemd op hun behoeften (van der Plaats, 1994). Dit zou structureel ingebouwd dienen te worden in de werkprocessen van de medewerkers (Christensen, 2009 en Bohmer, 2009).

### 3.2 Casus 2

Patroon 1a: Staat sociale participatie in de visie van het woonzorgcentrum?
Patroon 1b: Is sociale participatie min of meer verplicht?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem pilotcasus, puntje 1. Geen verplichting</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 2. Maaltijden geen verplichting</li></ul>
Patroon 2: Welke sfeer ademt het woonzorgcentrum in zijn geheel en de afdeling voor dementerenden uit in het bijzonder uit?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Doordat alle afdelingen alle groepen ZV opnemen, en er dus overal dementerenden verblijven, zou de sfeer wat meer “grootmoederstijd” kunnen uitstralen (f. Plaats, van der, J.J. 2011).</li></ul>
Patroon 3a: Welke factoren bepalen de keus van een bepaalde zorgvrager op een bepaalde afdeling bij opname gezien vanuit instellingsperspectief?
Patroon 3b: Welke wensen mag de nieuwe zorgvrager en zijn familie inbrengen bij de bepaling van de keuze van afdeling?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Het WZC bekijkt per vrij gekomen plaats welke ZV in de afdelingsmatch past. Dit is volgens het theoretische principe (van den Borne, 1982 en Wilson et al., 1999 en Grove &amp; Fisk, 1997).</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 3. Geen zelfsturing</li></ul>
Patroon 4a: Welke factoren spelen een rol bij de herplaatsing van een zorgvrager naar een andere afdeling vanuit instellingsperspectief?
Patroon 4b: Welke wensen van de zorgvrager of zijn familie worden meegenomen bij dit besluit?
Patroon 4c: Hoe ervaart het WZC de rol van de familie?
<ul style="list-style-type: none"><li>• ZV met onaangepast gedrag zoals dolen, roepen en het binnen lopen van kamers worden niet overgeplaatst. Dolders hebben een andere omgeving nodig. Volgens de theoretische principes zal de omgeving voor hen niet passend zijn en daardoor het probleemgedrag verheviggen (h. Plaats, van der, J.J. 2013). Daarnaast kunnen afdelingsgenoten geïrriteerd raken door het gedrag. Volgens het WZC heerst er een cultuur van acceptatie waardoor de irritatie voorkomen zou worden. Gezien mijn persoonlijke ervaringen en de ingebrachte data van de andere WZC's kan hieraan getwijfeld worden, des al niet te min zou het mooi zijn.</li></ul>

- Idem pilot casus, puntje 3. Zelfsturing

Gezien de maatregelen die het WZC genomen heeft om hun visie met betrekking tot individuele waardering van de zorgvrager en het daardoor geen onderscheid maken in de plaatsing van de zorgvrager, worden de genomen maatregelen van het WZC hieronder een voor een behandeld met het oog op de theoretische principes.

- Code bij ingang deur van de instelling.
- Sleutel aan cognitief goede bewoner geven bij dwaalgedrag van dementerende zorgvrager op de afdeling. Dit helpt de somatische ZV, de dementerende echter ervaart hierdoor frustratie, en dus stress, omdat hij een deur ziet, deze wil openen maar dit niet gaat (van der Plaats, in-depth interview). Deze stress zal een cognitief verminderd functioneren tot gevolg hebben (Plaats, van der, J.J. in-depth interview).
- Een foto bij de deur van de dementerende zodat zij hun kamer herkennen. Een goed streven als de foto past bij de plaatjes die in het geheugen van de dementerende aanwezig zijn. De foto zal dus langzamerhand een beeld moeten geven van de zorgvrager in jongere jaren omdat de aanwezige plaatsjes langzaam verdwijnen in de tijd (g. Plaats, van der, J.J., 2011).
- Bij onrust de dementerende meenemen naar de verpleegpost of extra begeleiding geven. De dolder behoefte aan het zelf zoeken naar een omgeving met voldoende aangename prikkels. Hierdoor zou hij vaak de gang oplopen omdat huiskamers te druk zouden kunnen zijn (f. Plaats, van der, 2011). Een goede observatie van de dolder bij het meenemen als dan ook gewenst om te kijken of de aangeboden hulp ook daadwerkelijk zijn doel bereikt.
- Informeren van cognitief goede zorgvrager en vragen of deze begrip kan opbrengen voor de situatie. Dit is mooi, maar men kan zich afvragen of dit “rekening houden met” het thuisgevoel van de somatische zorgvrager niet negatief beïnvloedt (van den Borne, 1982 en Wilson et al. 1999 en Grove & Fisk, 1997). Uit deze theorieën blijkt dat mensen de steun van lotgenoten of personen met gelijksoortige levensproblemen bijzonder waarderen (van den Borne, 1982). Lotgenoten zijn in staat om zich op een gelijkwaardige en wederkerige manier in de situatie in te leven (Wilson et al, 199). Men kan zich de vraag stellen of somatische zorgvragers de dolende of dementerende zorgvragers als mensen met gelijkaardige levensproblemen ervaart. Hierdoor

<p>vermindert de kwaliteit van de aangeboden omgeving aan somatische zorgvragers en hun klanttevredenheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische beïnvloeding door medicatie. Dit zal zeker op meerdere plaatsen gebeuren en soms onvermijdelijk zijn, maar het aanbeiden van een geschikte omgeving zou deze ingreep misschien kunnen voorkomen (Pot &amp; de Lange, 2010).</li> <li>• Zacht fixeren zolang mogelijk uitstellen. Idem therapeutische beïnvloeding door medicatie (Pot &amp; de Lange, 2010).</li> </ul>
<p>Patroon 5: Waar wordt in het desbetreffende woonzorgcentrum de CVA zorgvrager geplaatst.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doordat er geen specifieke omgeving aangeboden wordt voor welke doelgroep dan ook kan er niet op de omgevingsbehoeften van de CVA zorgvrager ingegaan worden. (van der Plaats, in-depth interview)</li> </ul>
<p>Patroon 6a: Hoeveel procent van het huis heeft een somatisch profiel?</p> <p>Patroon 6b: Hoeveel procent van de ZV per afdeling heeft een somatische profiel (MMSE &gt; 23 of 23)?</p> <p>Patroon 6c: Hoeveel procent somatische ZV verblijven op een dementerende afdeling?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het WZC heeft duidelijk meer somatische ZV's (56.2%) dan de andere huizen (32.5, 15.6 en 43.3) meegenomen in dit onderzoek. Toch is de verhouding dementerenden en somatische ZV per open afdeling vergelijkbaar met de andere huizen (ongeveer 50%), zij beschikken over 1 of meerdere dementie afdelingen waardoor huisbreed de verhoudingen veranderen.</li> <li>• Opvallend is dat op de afdeling met een code, procentueel gezien, evenveel somatische ZV's voorkomen dan op de afdelingen zonder code. Dit strookt wel met de visie van het WZC waarin zij aangeven alle ZV als gelijken te behandelen en geen doelgroep specificering wensen.</li> </ul>
<p>Patroon 7a: Hoeveel procent van het huis heeft een dementerend profiel?</p> <p>Patroon 7b: Hoeveel procent van de zorgvragers per afdeling heeft een dementerend profiel (MMSE &lt; 23)?</p> <p>Patroon 7c: Hoe verhouden de groepen dementerenden zich ten opzichte van elkaar in het gehele huis in procenten?</p> <p>Patroon 7d: Hoeveel procent dementerende ZV verblijven er op een somatische of</p>

gemengde afdeling?

- Het WZC heeft duidelijk minder dementerende ZV (43.8%) dan de andere huizen (67.5, 84.4, 56.7) meegenomen in dit onderzoek. Toch is de verhouding dementerenden en somatische ZV per open afdeling vergelijkbaar met de andere huizen, zij beschikken over 1 of meerdere dementie afdelingen waardoor de verhoudingen veranderen.
- Opvallend is het grotere percentage dolers (44.7) in de groep dementerenden ten opzichte van de andere huizen (29.5, 22.6, 28.8). Volgens de theoretische principes zou dit verklaard kunnen worden door de omgeving. Een gesloten afdeling specifiek voor dementerenden zou beter toe kunnen komen aan de behoeften van de doler dan een open afdeling niet gericht op dementerenden (c. + g. Plaats, van der, J.J., 2011+2012). Voor dit huis een aandachtspunt om uit te zoeken waar de onrust vandaan komt waardoor meerdere dolers ontstaan dan in de andere huizen meegenomen in dit onderzoek. De extra genomen maatregelen van het huis om dementerenden overal te kunnen laten wonen lijken voor de doler zelf niet voldoende geschikt.
- Het percentage tevreden dementerenden (34.3) is daarmee ook lager dan verwacht (andere huizen: 51.4, 51.7). Alleen de pilot casus (38.4%) scoort hier vergelijkbaar maar hierin zit denk ik een interpretatieverschil van de ergotherapeute, besproken in de pilot casus.



### 3.3 Casus 3

Patroon 1a: Staat sociale participatie in de visie van het woonzorgcentrum?
Patroon 1b: Is sociale participatie min of meer verplicht?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem pilotcasus, puntje 1. Geen verplichting</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 2. Maaltijden geen verplichting. Het WZC geeft aan extra te stimuleren om gezamenlijk te eten (b. Maslow, 1961 en van der Plaats, in-depth interview).</li></ul>
Patroon 2: Welke sfeer ademt het woonzorgcentrum in zijn geheel en de afdeling voor dementerenden uit in het bijzonder uit?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Totaal ongeschikt voor dementerenden door het vele gebruik van glas tot op de vloer. Dit is niet volgens de theoretische principes.(f. Plaats,van der, J.J. 2011)</li><li>• Niet geschikt voor dementerenden volgens de theoretische principes door de zeer moderne uitstraling (f. Plaats,van der, J.J. 2011).</li></ul>
Patroon 3a: Welke factoren bepalen de keus van een bepaalde zorgvrager op een bepaalde afdeling bij opname gezien vanuit instellingsperspectief?
Patroon 3b: Welke wensen mag de nieuwe zorgvrager en zijn familie inbrengen bij de bepaling van de keuze van afdeling?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dit WZC behandelt alle aanvragen via de wachtlijst. De mogelijkheid om te kijken naar een passende afdeling naar behoeften is niet aanwezig. Dit is niet volgens de theoretische principes (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009). De zorgvrager en zijn familie hebben als enige keus de kamer te nemen of te weigeren. De ZV ervaart weinig mogelijkheden tot zelfsturing. Dit is niet volgens de theoretische principes (a. Maslow, 1954).</li></ul>
Patroon 4a: Welke factoren spelen een rol bij de herplaatsing van een zorgvrager naar een andere afdeling vanuit instellingsperspectief?
Patroon 4b: Welke wensen van de zorgvrager of zijn familie worden meegenomen bij dit besluit?
Patroon 4c: Hoe ervaart het WZC de rol van de familie?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem pilot casus, puntje 1. Doolgedrag. Het WZC geeft aan bij roepgedrag niet to overplaatsing over te gaan.</li><li>• Idem pilot casus, puntje 2. Moeilijkheid familie.</li></ul>

<p>Patroon 5: Waar wordt in het desbetreffende woonzorgcentrum de CVA zorgvrager geplaatst.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het huis beschikt niet over een afdeling voor licht dementerenden waarvan de theorie aangeeft dat deze het meest geschikt zou zijn (van der Plaats, in-depth interview).</li> </ul>
<p>Patroon 6a: Hoeveel procent van het huis heeft een somatisch profiel?</p>
<p>Patroon 6b: Hoeveel procent van de ZV per afdeling heeft een somatische profiel (MMSE &gt; 23 of 23)?</p>
<p>Patroon 6c: Hoeveel procent somatische ZV verblijven op een dementerende afdeling?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet mogelijk</li> </ul>
<p>Patroon 7a: Hoeveel procent van het huis heeft een dementerend profiel?</p>
<p>Patroon 7b: Hoeveel procent van de zorgvragers per afdeling heeft een dementerend profiel (MMSE &lt; 23)?</p>
<p>Patroon 7c: Hoe verhouden de groepen dementerenden zich ten opzichte van elkaar in het gehele huis in procenten?</p>
<p>Patroon 7d: Hoeveel procent dementerende ZV verblijven er op een somatische of gemengde afdeling?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet mogelijk</li> </ul>

### 3.4 Casus 4

Patroon 1a: Staat sociale participatie in de visie van het woonzorgcentrum?
Patroon 1b: Is sociale participatie min of meer verplicht?
<ul style="list-style-type: none"><li>• De warme maaltijd wordt gezamenlijk gebruikt, maar is niet verplicht. Het ontbijt en de maaltijd 's avonds worden op de kamer gebruikt. Dit gaat meer de kant op van de theoretische principes (b. Maslow, 1961 en Plaats, van der, J.J., in-depth interview). De weigeraars zouden via de integratiemethode verleid kunnen worden tot deelname (b. Maslow, 1961 en Plaats, van der, J.J., in-depth interview).</li><li>• Activiteiten voor dementerenden volgens theoretische principes (Plaats, in-depth interview).</li><li>• Activiteiten voor de doelgroep somatiek niet specifiek georganiseerd. Dit is niet volgens de theoretische principes (e. Plaats, van der, J.J. 2011). Activiteiten voor alle doelgroepen worden wel georganiseerd. Nadeel hiervan is dat de dementerende ZV zich gemakkelijk overvraagt zal voelen, waardoor stress en faalgevoel kan ontstaan (g. Plaats, van de, J.J. 2012). De somatische zorgvrager zal waarschijnlijk niet voldoende uitgedaagd worden tot het beleven van een top-ervaring (b. Maslow, 1961). De activiteit zou hierdoor zijn doel kunnen missen.</li></ul>
Patroon 2: Welke sfeer ademt het woonzorgcentrum in zijn geheel en de afdeling voor dementerenden uit in het bijzonder uit?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gezien het groot aantal dementerenden in dit huis (84.4%) zou het huis veel meer aandacht kunnen besteden aan een huislijke omgeving uit grootmoeders tijd (f. Plaats, van der, J.J., 2011).</li></ul>
Patroon 3a: Welke factoren bepalen de keus van een bepaalde zorgvrager op een bepaalde afdeling bij opname gezien vanuit instellingsperspectief?
Patroon 3b: Welke wensen mag de nieuwe zorgvrager en zijn familie inbrengen bij de bepaling van de keuze van afdeling?
<ul style="list-style-type: none"><li>• WZC bepaalt via huisbezoek de meest geschikte afdeling. Dit is volgens het theoretische principe (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009).</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 2. Gebruiker diensten voorrang</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 3. Geen zelfsturing</li></ul>
Patroon 4a: Welke factoren spelen een rol bij de herplaatsing van een zorgvrager naar een

<p>andere afdeling vanuit instellingsperspectief?</p> <p>Patroon 4b: Welke wensen van de zorgvrager of zijn familie worden meegenomen bij dit besluit?</p> <p>Patroon 4c: Hoe ervaart het WZC de rol van de familie?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem pilotcasus, puntje 1: Doolgedrag</li> <li>• Idem pilotcasus, puntje 3. Zelfsturing</li> <li>• Idem pilotcasus, puntje 2. Moeilijkheid familie.</li> <li>• De mogelijkheid tot tijdelijk verblijf bij wens ander WZC zal voor wat meer wisselingen en daardoor onrust zorgen. Vanuit economisch perspectief verklaarbaar. Voor een dementerende zorgvrager zal, door het gebrek aan korte termijngeheugen, de invloed van een tijdelijk verblijf minimaal zijn (f. Plaats, van der, J.J., 2011). Voor een somatische ZV zou een tijdelijke plaatsing niet welzijnsbevorderend kunnen zijn. Met de wetenschap dat hij weer weg zal gaan zal de sociale participatie verminderen.</li> </ul>
<p>Patroon 5: Waar wordt in het desbetreffende woonzorgcentrum de CVA zorgvrager geplaatst.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het WZC houdt rekening met de autonomie van de ZV. In de theoretische principes wordt uitgegaan van een verminderde zelfkennis bij de CVA zorgvrager (Plaats, van der, J.J., in-depth interview). De vraag kan gesteld worden of de CVA ZV in staat is de voor hem juiste beslissing te nemen. In dit WZC wordt geen omgeving aangeboden voor de doelgroep licht-dementerenden waardoor de beslissing tot opname op een gemixte afdeling als de meest geschikte kan worden gezien.</li> </ul>
<p>Patroon 6a: Hoeveel procent van het huis heeft een somatisch profiel?</p> <p>Patroon 6b: Hoeveel procent van de ZV per afdeling heeft een somatische profiel (MMSE &gt; 23 of 23)?</p> <p>Patroon 6c: Hoeveel procent somatische ZV verblijven op een dementerende afdeling?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dit huis beschikt over zeer weinig somatische ZV's (15.6%) die zij gemakkelijk zouden kunnen bundelen op een afdeling. Momenteel verblijven zij voornamelijk op 2 afdelingen waardoor zij verhoudingsgewijs een kleiner aandeel hebben (39.3, 26.7) in vergelijking met de afdelingen van de andere huizen. Dit is niet volgens de theoretische principes (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009).</li> <li>• Idem pilot casus, puntje 2. Probleemgedrag verheviggen.</li> </ul>

Patroon 7a: Hoeveel procent van het huis heeft een dementerend profiel?

Patroon 7b: Hoeveel procent van de zorgvragers per afdeling heeft een dementerend profiel (MMSE<23)?

Patroon 7c: Hoe verhouden de groepen dementerenden zich ten opzichte van elkaar in het gehele huis in procenten?

Patroon 7d: Hoeveel procent dementerende ZV verblijven er op een somatische of gemengde afdeling?

- Het WZC heeft een grote populatie aan dementerende ZV (84.4%). Een opsplitsing in verschillende groepen dementerenden zou gerechtvaardigd zijn. Voor de opsplitsing van dementerenden via de MMSE score, of in zen-doler-tevreden dementerende, of andere onderverdeling, geven de theorieën geen uitsluitsel. Verder onderzoek zou in deze richtinggevend kunnen zijn.
- Dit huis beschikt over verhoudingsgewijs de minste dolers in de groep dementerenden, de meeste dementie afdelingen en de grootste populatie dementerenden van alle onderzochte huizen. De omgeving die zij, en de medeZVers, aanbieden sluit waarschijnlijk het beste aan bij de behoeften van dementerenden in dit onderzoek.

### 3.5 Casus 5

Patroon 1a: Staat sociale participatie in de visie van het woonzorgcentrum?
Patroon 1b: Is sociale participatie min of meer verplicht?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dit WZC is het enige huis dat sociale participatie via maaltijden verplicht stelt in dit onderzoek. Zij voelden hiermee aan het theoretische principe van verplichte sociale participatie, al zou dit natuurlijk op vele manieren kunnen (b. Maslow, 1961 en Plaats, van der, J.J., in-depth interview).</li><li>• Activiteiten zijn facultatief waardoor niet aan de verplichte sociale participatie wordt voldaan (b. Maslow, 1961 en Plaats, van der, J.J., in-depth interview).</li></ul>
Patroon 2: Welke sfeer ademt het woonzorgcentrum in zijn geheel en de afdeling voor dementerenden uit in het bijzonder uit?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem casus 2, puntje 1. Grootmoederstijl.</li></ul>
Patroon 3a: Welke factoren bepalen de keus van een bepaalde zorgvrager op een bepaalde afdeling bij opname gezien vanuit instellingsperspectief?
Patroon 3b: Welke wensen mag de nieuwe zorgvrager en zijn familie inbrengen bij de bepaling van de keuze van afdeling?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dit huis hanteert een duidelijk beleid naar aanleiding van de zorgzwaarteprofielen. De ZV met het passende profiel wordt de kamer aangeboden. Hierbij wordt niet uitgegaan van de behoeften van de ZV. Deze manier van werken is niet volgens de theoretische principes (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009).</li><li>• Aardig is de speciale voorrang voor gezinshereniging en zeer oude mensen (95+).</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 3. Geen zelfsturing</li></ul>
Patroon 4a: Welke factoren spelen een rol bij de herplaatsing van een zorgvrager naar een andere afdeling vanuit instellingsperspectief?
Patroon 4b: Welke wensen van de zorgvrager of zijn familie worden meegenomen bij dit besluit?
Patroon 4c: Hoe ervaart het WZC de rol van de familie?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idem pilotcasus, puntje 1. Doelgedrag</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 2. Moeilijke familie</li><li>• Idem pilotcasus, puntje 3. Zelfsturing</li></ul>

<p>Patroon 5: Waar wordt in het desbetreffende woonzorgcentrum de CVA zorgvrager geplaatst.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem casus 3, puntje 1. Geen afdeling voor licht dementerenden</li> </ul>
<p>Patroon 6a: Hoeveel procent van het huis heeft een somatisch profiel?</p> <p>Patroon 6b: Hoeveel procent van de ZV per afdeling heeft een somatische profiel (MMSE &gt; 23 of 23)?</p> <p>Patroon 6c: Hoeveel procent somatische ZV verblijven op een dementerende afdeling?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er verblijven 6.3% somatische ZV op de dementerende afdelingen. Het WZC geeft aan dat het om ZV met probleemgedrag gaat. Volgens de theoretische principes zal de omgeving voor hen niet passend zijn en daardoor het probleemgedrag verheviggen (h. Plaats, van der, J.J. 2013).</li> <li>• De andere afdelingen bestaan allemaal voor ongeveer de helft uit dementerende en somatische zorgvragers. Het huis zou dit naar behoefte in kunnen delen door 2 somatische en 2 dementerende afdelingen te creëren. Het door elkaar zitten van de verschillende doelgroepen is niet volgens de theoretische principes (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009).</li> </ul>
<p>Patroon 7a: Hoeveel procent van het huis heeft een dementerend profiel?</p> <p>Patroon 7b: Hoeveel procent van de zorgvragers per afdeling heeft een dementerend profiel (MMSE &lt; 23)?</p> <p>Patroon 7c: Hoe verhouden de groepen dementerenden zich ten opzichte van elkaar in het gehele huis in procenten?</p> <p>Patroon 7d: Hoeveel procent dementerende ZV verblijven er op een somatische of gemengde afdeling?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem deze casus, puntje 2, patroon 6. Helft somatisch/dementerend</li> </ul>

### 3.6 Casussen geïntegreerd

Patroon 1a: Staat sociale participatie in de visie van het woonzorgcentrum?
Patroon 1b: Is sociale participatie min of meer verplicht?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle WZC hebben sociale participatie, eventueel anders omschreven, in hun visie staan. Het belang van sociale participatie als onderdeel van de aangeboden diensten is dus voor alle WZC duidelijk. Dit voldoet aan het theoretisch principe dat sociale participatie tot welzijn leidt en daardoor vanuit de visie vertaald dient te worden in de bedrijfskundige processen (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009)(a. Maslow, 1954 en e. Plaats, van der, J.J., ).</li><li>• Bij alle WZC is het meedoen aan activiteiten niet verplicht. Hiermee voldoen zij niet aan het theoretische principe dat sociale participatie welzijn creëert en daardoor verplicht gesteld zou moeten worden. Door de ZV langzaam te integreren zou het WZC niet tegen de eigen autonomie, of behoefte aan zelfsturing van de ZV ingaan (b. Maslow, 1961 en Plaats, van der, J.J., in-depth interview).</li><li>• Gezamenlijke maaltijden kan een vorm van sociale participatie zijn. Bij 4 van de 5 WZC is deelnemen aan een gemeenschappelijke maaltijd facultatief. Een WZC stelt de deelname aan gemeenschappelijke maaltijden verplicht behalve bij ziekte van de ZV. Een gezamenlijke warme maaltijd is een organisatorisch gemakkelijk haalbaar initiatief voor sociale participatie. Een gezamenlijk ontbijt kan als nadeel hebben dat er veel druk op de ochtendverzorging komt te liggen voor de medewerkers en daardoor stress veroorzaakt..</li></ul>
Patroon 2: Welke sfeer ademt het woonzorgcentrum in zijn geheel en de afdeling voor dementerenden uit in het bijzonder uit?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen een van de onderzochte WZC heeft een sfeer uit grootmoeders tijd of gebruikt tekens en gebruiksvoorwerpen uit grootmoeders tijd. Dit is niet volgens de theoretische principes waarin een sfeer uit grootmoederstijd aangeprezen wordt i.v.m. het verdwijnen van plaatjes uit het geheugen. (f. Plaats, van der, J.J. 2011)</li></ul>
Patroon 3a: Welke factoren bepalen de keus van een bepaalde zorgvrager op een bepaalde afdeling bij opname gezien vanuit instellingsperspectief?
Patroon 3b: Welke wensen mag de nieuwe zorgvrager en zijn familie inbrengen bij de bepaling van de keuze van afdeling?



- Geen enkel WZC selecteert nieuwe ZV momenteel naar behoeften van de nieuwe zorgvrager. Dit is niet volgens de theoretische principes waarin gesteld wordt dat doelgroepspecificatie leidt tot betere kwaliteit en dus het meer welzijn (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009).
- Bij geen enkel WZC kan de nieuwe ZV zelf kiezen waar hij wenst te wonen. Hij dient de vrijgekomen kamer te accepteren of te weigeren. Dit voldoet niet aan de behoefte van zelfsturing (a. Maslow, 1954). Hierbij is de opmerking gerechtvaardigd dat ook bij een selectie van zorgvragers naar behoeften de individuele zorgvrager geen mogelijkheid heeft tot zelfsturing maar geplaatst wordt daar waar zijn behoeften het best bevredigd kunnen worden. Door de moeilijke acceptatie van de diagnose dementie bij ZV en familie kan dit voor problemen zorgen (patroon 4c).

Patroon 4a: Welke factoren spelen een rol bij de herplaatsing van een zorgvrager naar een andere afdeling vanuit instellingsperspectief?

Patroon 4b: Welke wensen van de zorgvrager of zijn familie worden meegenomen bij dit besluit?

Patroon 4c: Hoe ervaart het WZC de rol van de familie?

- 4 van de 5 WZC's geven aan ZV alleen over te plaatsen bij probleemgedrag. Hierdoor krijgen matig en zwaar dementerenden zonder probleemgedrag dezelfde omgeving aangeboden als een somatische ZV terwijl zij een andere omgeving nodig hebben om meer welzijn te ervaren (g. Plaats, van der, J.J., 2012). Dit is niet volgens de theoretische principes. Zij zullen volgens de theorieën hierdoor cognitief minder presteren dan zij zouden doen in een passende omgeving ( Plaats, van der, J.J., in-depth interview). Het WZC dat niet overplaatst heeft als beleid dat iedereen op zijn plaats mag blijven wonen, Hierdoor wordt ook bij probleemgedrag geen passende omgeving aangeboden. Alle ZVers met cognitief verminderd functioneren zullen daardoor minder presteren en diegene met probleemgedrag zullen daarbij meer probleemgedrag gaan vertonen dan dat zij in een aangepaste omgeving zouden doen (h. Plaats, van der, J.J., 2013). Geen van de WZC's voldoet aan de theoretische principes van doelgroepspecificatie ter creatie van meer welzijn (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009). Alle onderzochte WZC's beschikken over voldoende ruimte om voor een andere afdelingsindeling te kiezen.

- 4 van de 5 casussen geven aan dat familie een remmende factor heeft op het juist plaatsen van ZV's op dementerende afdelingen. Zij wensen hun ZV zolang mogelijk op een somatische afdeling te houden. Informatie over het belang van de omgeving en de relatie met beter cognitief functioneren zouden dit probleem kunnen verlichten.
- 4 van de 5 WZC's geven aan dat bij de wens van een ZV voor een andere kamer, deze wens gehonoreerd wordt. Dit is volgens het theoretische principe van behoefte aan zelfsturing (a. Maslow, 1954).

Patroon 5: Waar wordt in het desbetreffende woonzorgcentrum de CVA zorgvrager geplaatst.

- Geen enkel van de onderzochte WZC's geven aan specifiek rekening te houden met de cognitieve staat van een CVA zorgvrager. Bij probleemgedrag wordt deze op een dementerende afdeling geplaatst, anders op een open afdeling. Een van de WZC geeft aan rekening te houden met de wens van de CVA zorgvrager als deze geen opname wenst op een dementerende afdeling. Hierbij kan uit vanuit de theoretische principes de opmerking geplaatst worden over de aantasting van het zelfinzicht van de CVA zorgvrager. Is de zorgvrager zelf geschikt, of instaat, om een juiste keuze te maken voor een passende omgeving? (Plaats, van der, J.J., in-depth interview)
- Geen enkel onderzocht rusthuis heeft momenteel een afdeling voor licht tot matig dementerenden waardoor een juiste plaatsing volgens theoretische principes niet mogelijk is (Plaats, van der, J.J., in-depth interview).

Patroon 6a: Hoeveel procent van het huis heeft een somatisch profiel?

Patroon 6b: Hoeveel procent van de ZV per afdeling heeft een somatische profiel (MMSE > 23 of 23)?

Patroon 6c: Hoeveel procent somatische ZV verblijven op een dementerende afdeling?

- Alle onderzochte WZC's mixen de somatische zorgvragers momenteel met dementerende zorgvragers. Het cognitieve niveau van deze zorgvragers is niet bepalend voor het aanwezig blijven op de afdeling. Hierdoor ontstaan geen optimaal welzijn door andere behoeften aan omgeving (van den Borne, 1982 en Wilson et al., 1999 en Grove & Fisk, 1997)(Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009).
- Voor de dementerende zal zich dit uiten in een omgeving die hen overvraagt waardoor stress ontstaat die zorgt voor een vermindert cognitief functioneren (Plaats,

van der, J.J., in-depth interview).

- Voor de somatische zorgvrager blijkt uit de theorie over lotgenotencontact dat mensen de steun van lotgenoten of personen met gelijksoortige levensproblemen bijzonder waarderen (van den Borne, 1982). Lotgenoten zijn in staat om zich op een gelijkwaardige en wederkerige manier in de situatie in te leven (Wilson, et al, 1999). Men kan zich de vraag stellen of somatische zorgvragers de dolende of dementerende zorgvragers als mensen met gelijkaardige levensproblemen ervaart. Hierdoor vermindert de kwaliteit van de aangeboden omgeving aan somatische zorgvragers waardoor minder klanttevredenheid zal ontstaan.
- Activiteiten kunnen ook een deel van hun doel missen. De dementerende ZV kan zich overvraagd voelen, waardoor stress en een faalgevoel ontstaan (e. Plaats, van der, J.J., 2011). De somatische zorgvrager zal waarschijnlijk niet voldoende uitgedaagd worden tot het beleven van een top-ervaring (b. Maslow, 1961)
- Alle WZC's geven aan somatische zorgvragers alleen op de dementerende afdelingen te plaatsen als zij probleemgedrag vertonen. Dit wordt bevestigd door de cijfers die voor de 3 rusthuizen rond de 6% schommelen. Case 2 wordt hierbij niet meegerekend omdat deze aangeeft niet te beschikken over speciale afdelingen voor dementerenden. Volgens de theoretische principes zou de omgeving van een somatische zorgvrager anders moeten zijn als deze van een dementerende afdeling. Uit de theorieën blijkt dat deze verkeerde omgeving waarschijnlijk het probleemgedrag zal verergeren (h. Plaats, van der, J.J., 2013).

Patroon 7a: Hoeveel procent van het huis heeft een dementerend profiel?

Patroon 7b: Hoeveel procent van de zorgvragers per afdeling heeft een dementerend profiel (MMSE<23)?

Patroon 7c: Hoe verhouden de groepen dementerenden zich ten opzichte van elkaar in het gehele huis in procenten?

Patroon 7d: Hoeveel procent dementerende ZV verblijven er op een somatische of gemengde afdeling?

- Er verblijven gemiddeld 63.1 dementerende ZV's in de WZC.
- Alle onderzochte WZC's beschikken over meer dementerenden dan dat er afdelingen zijn waar met een omgeving kan bieden die voldoet aan hun behoeften. Het creëren

van meer afdelingen gericht op dementie en een eventuele opsplitsing in verschillende groepen dementerenden zou gerechtvaardigd zijn. Voor de opsplitsing van dementerenden via de MMSE score, of in zen-doler-tevreden dementerende, of andere onderverdeling, geven de theorieën geen uitsluitsel. Verder onderzoek zou in deze richtinggevend kunnen zijn. Een afdeling die zich qua omgeving zou richten op licht dementerende zou de moeilijke plaatsing van CVA zorgvragers kunnen verlichten (Plaats, van der, J.J., in-depth interview).

- Het ingebrachte argument van het belang van lotgenotencontact voor somatische zorgvragers zal voor dementerenden van afnemend belang zijn doordat het herkennen van lotgenoten in een zelfde situatie activiteiten van de hersenen op niveau 3 en 4 vraagt en deze vaardigheid verdwijnt of verdwenen is (g. Plaats, van der, J.J., 2012).

### **3.7 Het antwoord op sub-vraag 5**

Hoe is de huidige verdeling van groepen zorgvragers in het woonzorgcentrum?

De cijfers laten zien dat momenteel de WZC's beschikken over twee soorten afdelingen. Er bestaan afdelingen voor dementerenden en er bestaan afdelingen waarop somatische en dementerende ZV's tezamen verblijven. Op de afdelingen voor dementerenden verblijven ook een klein aantal somatische ZV's met probleemgedrag. De juiste data is terug te vinden in paragraaf 2.4.4, patroon 6 en 7. Om meer data te kunnen verzamelen zijn 17 andere WZC benaderd met de vraag of zij de MMSE scores van hun zorgvragers voorradig hadden. Alle WZC's gaven hetzelfde antwoord: Zolang het WZC geen aanleiding heeft om te vermoeden dat de MMSE score onder de 18 daalt (grens voor extra financiële middelen) is er geen nood tot testen. Dit is een bevestiging van de gevonden resultaten van de andere vijf rusthuizen. Zorgvragers worden opgenomen in het woonzorgcentrum. Bij duidelijke cognitieve vermindering of probleemgedrag worden zij direct op de dementerende afdeling geplaatst. Anders worden zij geplaatst op een somatische of gemixte afdeling. Pas bij duidelijk afwijkend gedrag wordt getest. De zorgvragers verblijven dus allemaal tezamen op een afdeling.

### **3.8 Het antwoord op de centrale onderzoeksvraag**

Is de huidige verdeling van groepen zorgvragers in de woonzorgcentra in Vlaanderen de meeste geschikte verdeling om een zo groot mogelijk gevoel van welzijn te creëren met de beschikbare middelen?

De huidige verdeling van groepen zorgvragers in de woonzorgcentra in Vlaanderen is niet de meest geschikte verdeling om een zo groot mogelijk gevoel van welzijn te creëren met de beschikbare middelen. Uit de theoretische principes blijkt dat somatische zorgvragers en dementerende zorgvragers verschillende behoeften hebben met betrekking tot de omgeving om een zo groot mogelijk gevoel van welzijn te ervaren (e. + f. + g. Plaats, van der, J.J. 2011+2012). Als het WZC toe wil komen aan de behoeften van de zorgvragers zal zij hen een andere omgeving en dus een andere afdeling dienen aan te bieden. Doordat over deze behoeften evidence-based theorieën bestaan is het mogelijk om deze behoeften, vertaald via zorgprocessen in diensten, te standaardiseren en daardoor met meer kwaliteit en/of goedkoper aan te bieden (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009). Het toekomen aan deze behoeften zou via visie, strategie en doelstellingen op regelmatige basis gemeten, geanalyseerd en bijgesteld dienen te worden om verzekerd te blijven van het leveren van een optimale kwaliteit (Chistensen, 2009 en Bohmer, 2009) en (Hightower, 2002). In alle onderzochte WZC's komt de sociale participatie terug. In de uitvoering van de zorgprocessen wordt deze nog als facultatief gezien omdat men meer waarde hecht aan de autonomie en de zelfsturing van de zorgvragers. Volgens de integratiemethode van dr. J.J. van der Plaats (in-depth interview) zou voldaan kunnen worden aan de verplichting van sociale participatie zonder het gevoel van autonomie geweld aan te doen. Dr. Van der Plaats spreekt ook zeer duidelijk van een gevoel van autonomie ervaren door de zorgvragers, niet van het daadwerkelijk bestaan van deze autonomie ( Plaats, van der, J.J., in-depth interview).

## 4 Rivale hypothesen, bias en limitaties van het onderzoek

Na de beantwoording van de centrale vraag wordt hier ingegaan op eventuele andere verklaringen (*rival explanations*) voor de gevonden resultaten en mogelijkheden van bias waardoor resultaten zouden kunnen afwijken. Ook de limitaties van het onderzoek worden toegelicht.

### 4.1 Rivale hypothesen

#### 4.1.1 Pilot casus:

- Het verschil tussen het groot aantal zenners en tevreden dementerenden ten opzichte van de andere huizen is verklaard door het verschil in beoordeling van de ergotherapeute. Mogelijkerwijs heeft zij dit wel goed gedaan en wijken haar afdelingen en het huis af ten opzichte van de andere afdelingen in haar woonzorgcentrum of de andere woonzorgcentra.
- Het groot aantal zenners op de somatische/licht dementerende afdeling zou ook daadwerkelijk aanwezig kunnen zijn en niet verklaard worden door de inschaling van de ergotherapeute.

#### 4.1.2 Casus 2:

- De afwijkende hoeveelheid dolers aanwezig in dit huis is verklaard door het ontbreken van een juiste omgeving voor hen. Het is mogelijk dat er hele andere verklaringen voor deze afwijkende hoeveelheid zijn. Het kan het ook toeval zijn.
- Verhoudingsgewijs is het logisch dat meer dolers zorgen voor een stijging in een van de andere groepen, in deze casus de tevreden dementerenden.
- De veronderstelling dat er minder medicatie nodig zal zijn bij het aanbieden van een juiste omgeving zou ongegrond kunnen zijn. Hiervoor is verder onderzoek naar de oorzaken van de onrust nodig.

#### 4.1.3 Casus 4:

- De conclusie dat dit huis en de medezorgvragers, de dementerenden de beste omgeving aanbieden van de onderzochte woonzorgcentra kan ongegrond zijn. Andere factoren kunnen leiden tot het gering aantal dolers. Het kan het ook toeval zijn.

#### 4.1.4 Casussen geïntegreerd:

- Er wordt aangegeven dat gezamenlijke maaltijden een gemakkelijk te organiseren vorm van sociale participatie zijn. Iedere instelling afzonderlijk dient na te gaan of in de door hen gevolgde werkwijze deze gezamenlijke maaltijd makkelijk in te passen is.

## 4.2 Bias

De gecollecteerde data over de verdeling van de zorgvragers in de groepen somatische zorgvragers en dementerende zorgvragers, opgesplitst in zenners, dolers en tevreden dementerenden representeren de situatie op dit moment. Door deze cijfers structureel bij te houden of terug te slaan uit het verleden zou gekeken kunnen worden of de voorgestelde afdelingsopbouw op meerdere momenten per WZC gerechtvaardigd is.

De onderzoeker had op voorhand het antwoord op de centrale vraag verwacht. Hierdoor zou een bepaalde sturing kunnen ontstaan naar het gewenste antwoord. Door gebruik te maken van een gevalideerd instrument en het gebruik van dit instrument aan anderen over te laten is geprobeerd een zo waarheidsgetrouw mogelijk beeld te geven.

De semigestructureerde interviews zijn allen afgenomen door dezelfde interviewer via eenzelfde procedure. Desondanks is het mogelijk dat zaken verschillend begrepen en weergegeven zijn in de case study database.

De geïnterviewden, allen zeer gemotiveerd, kunnen in de verleiding zijn gekomen om de door hen juist geachte informatie naar voren te brengen in plaats van een weergave van de dagelijkse praktijk. Door de garantie van anonimiteit is deze verleiding geprobeerd te minimaliseren.

Het bepalen van de MMSE score, via het gebruik van het gevalideerde instrument, zou weinig afwijkingen moeten opleveren. De MMSE scores zijn wel bepaald door vele verschillende ergotherapeutes en medewerkers van het dementie-expertise centrum waardoor, voor zover de MMSE een interpretatie toelaat, verschillen in beoordelingen mogelijk zouden kunnen zijn.

De gebruikte MMSE scores zijn niet allemaal afgenomen in de laatste maand voorafgaand aan dit onderzoek. Verouderde MMSE scores zouden een vertekend beeld kunnen geven van de verhoudingen van de doelgroepen momenteel aanwezig in de woonzorgcentra. Omdat het dementeringsproces gedurende de tijd verhevigd zou dit een verschuiving kunnen betekenen naar een grotere verhouding dementerenden ten opzichte van somatische zorgvragers. De beantwoording van de centrale vraag blijft, ook bij deze eventuele verschuiving, gerechtvaardigd. Conclusies m.b.t. de hoeveelheid somatische zorgvragers per huis en afdeling zouden hierdoor wel veranderen waardoor er eventueel minder somatische afdelingen gewenst zouden zijn dan geadviseerd.

Een duidelijke bias in het onderzoek, maar niet relevant voor het beantwoorden van de centrale vraag, is de indeling van dementerende zorgvragers in zenners, dolers en tevreden dementerenden. Vooral het onderscheid in een zenner (wenst geen prikkels en is gelukkig) en een tevreden dementerende (wenst wel prikkels als activiteiten, andere mensen, aandacht en is gelukkig) heeft een bepaald grijs overgangsgebied. Door dr. Van der Plaats is (nog) geen concrete beschrijving van deze groepen dementerenden en hun specifieke eigenschappen beschreven. Interpretatieverschillen worden in deze dus erg gemakkelijk gemaakt. Dit was duidelijk zichtbaar in de aangeleverde data van de pilot case. De inschatting van de groepen dementerenden is hier door 2 verschillende ergotherapeuten gedaan waarvan er maar één daadwerkelijk door mij was voorgelicht. Haar gegevens per afdeling verschilden duidelijk van de gegevens van haar collega. Dit verschil is niet relevant voor de beantwoording van de centrale vraag. Verder is het percentage dolers in deze interessanter omdat deze door hun gedrag duidelijk maken nog niet tevreden te zijn. Deze data waren vergelijkbaar met de data gekregen van haar collega.

### **4.3 Limitaties aan het onderzoek**

Deze multiple case study is gebaseerd op de data van vier, gedeeltelijk vijf, woonzorgcentra. Mogelijkerwijs geven zij geen volledig correct beeld van alle woonzorgcentra in België. De



beantwoording van de centrale vraag daarentegen is ondersteund door 17 andere woonzorgcentra waardoor de kans op afwijkingen hierop beduidend minder wordt.

Duidelijk is dat iedere casus zijn eigen specialiteiten heeft. Door meer woonzorgcentra te bevragen zal het beeld waarschijnlijk homogener worden. Uiteindelijk heeft deze diversiteit geen invloed op de beantwoording van de centrale vraag. Het antwoord hierop wordt in iedere casus bevestigd.

#### **4.4 Mogelijkheden voor verder onderzoek**

- 1 Een onderzoek naar de beeldvorming over woonzorgcentra in de samenleving en een plan van aanpak om dat beeld in de positieve zin bij te stellen.
- 2 Een onderzoek naar de beeldvorming over dementie in de samenleving en een plan van aanpak om dat beeld in de positieve zin bij te stellen.
- 3 Een onderzoek naar de moeilijke positie van familieleden bij de juiste plaatsing van de zorgvrager met aanbevelingen hoe het woonzorgcentrum hier mee om kan gaan.
- 4 Een onderzoek naar de strategische vertaling van sociale participatie in de woonzorgcentra.
- 5 Een onderzoek gericht op welke manier men dementerenden het beste kunt opsplitsen om een nog gerichtere juiste omgeving aan te kunnen bieden. Via de MMSE score, of in zen-doler-tevreden dementerende, of andere onderverdeling?
- 6 Het interessante concept van zenners, dolers en tevreden dementerenden zou voor zeer veel kwaliteitsbevorderend onderzoek kunnen zorgen. Na een concrete omschrijving van de 3 groepen zou het bijvoorbeeld interessant zijn om te weten:
  - Welke interventies voor dolers maken de beste kans om van een doler een tevreden dementerende te maken?
  - Is het kwaliteitsbevorderend om alle 3 de groepen samen op 1 één afdeling te laten verblijven? Ervaren zij positieve of negatieve effecten van het gezamenlijk leven?
  - Is het zinvol om afdelingen voor dementerenden op te splitsen volgens dit concept en verder te specialiseren?

## Literatuurlijst

- Baker, J., Levy, M. & Grewal, D. (1992), An Experimental Approach to Making Retail Store Environment Decisions, *Journal of Retailing*, vol. 68 (4), p. 445 – 60
- Bitner, M.J. (1992), Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees, *Journal of Marketing*, vol. 56 (april), p. 57 – 71
- Bitner, M.J. & Zeithaml, V.A. (2003), *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, McGraw-Hill/Irwin, New York, N.Y.
- Bohmer, R.M.J.(2009), *Designing Care*, Harvard Business Press, Boston Massachusetts
- Borne, H.W. van den, Pruyn, J.F.A. (1982-1983), *Lotgenotencontact bij kankerpatiënten*, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek, IVA Tilburg
- Clayton M. Christensen, Jerome H. Grossman, M.D. & Jason Hwang, M.D. (2009), *The Innovator's Prescription*, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data
- Declercq, A., Van Audenhove, C. (2007), *Stapstenen naar kleinschalig genormaliseerd wonen, Eindrapport*. In opdracht van Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Flipo, J. P. (1988), On the Intangibility of Services, *Service Industries Journal*, vol. 8 (3), p. 286 – 298
- Grove, S. J. & Fisk, R. P. (1997). The Impact of Other Customers on Service Experiences: A Critical Incident Examination of “Getting Along”, *Journal of Retailing*, vol. 73 (1), p. 63 - 85

Hightower, R, Brady, M. K. & Baker, T. (2002), Investigating the Role of the Physical Environment in Hedonic Service Consumption: an Exploratory Study of Sporting Events, *Journal of Business Research*, vol. 55 (9), p. 697 - 707

Holahan, C. J. (1982), *Environmental Psychology*, New York: Random House, Inc

Kouwenhoven, C.P.M. (2007), *De zeven bronnen van arbeidsvreugde*, VM Uitgevers

- a. Maslow, A.H. (1954), *Motivation and personality*, New York, Harper and Row
- b. Maslow, A.H. (1961). *Towards a psychology of being*. Princeton, Van Nostrand
- a. Plaats, J.J (2001)., *Zorg in Beeld Verlicht* , onderzoek in opdracht van de Gemeente Almelo
- b. Plaats, van der, J.J., Luria and Fozard as founders for creating suitable environments for people with dementia, *Gerontology*, 2010, 9 (3), 380-387
- c. Plaats, van de, J.J., Applying GentleCare to older adults with dementia  
The BOM (Brain-Environment-Methodology) meets the GentleCare concept in Dementia, *Gerontology* 2011, 10(3)
- d. Plaats, van de, J.J., *Goede zorg voor dementerenden behoeft niet meer personeel*, Breincollectief, 2011
- e. Plaats, van de, J.J., *Levenskunst in de organisatie; een gefundeerde visie op zorg*, Breincollectief, 2011
- f. Plaats, van der, J.J., *Verveling bij demente mensen*, Breincollectief, 2011
- g. Plaats, van de, J.J., *De Wondere wereld van de dementie*, Breincollectief, 2012

h. Plaats, van der, J.J., Preventing Problem behaviour in Dementia: application of the neurosciences. *In print voor tijdschrift Gerontechnology in Spanje en Portugal*, 2013

Ponds, R.W.H.M., Verhey, F.R.J., Rozendaal, N., Jolles, J. & Deelman, B.G., Dementie-Screening: Validiteit van Cognitieve Screeningstest en de Mini-Mental State Examination (MMSE), *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1992, 23

Pot, A.M. & de Lange, J. (2010), *Monitor Woonvormen Dementie*, Tribos Instituut, Utrecht

Van Duijn, N.P., Groenier, K.H., Van Weert, H., et al. (1995). *De gevoeligheid van de COOP-kaarten voor verandering van de klinische toestand*. *Huisarts en Wetenschap*, 38(3), 139-44. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie: Publicaties van de Nederlandstalige vertaling:

Walker, J. L. (1995), Service Encounter Satisfaction: Conceptualized, *Journal of Services Marketing*, vol. 9 (1), p. 5 – 14

