Herlinde Dely (RED.)
Jurn Verschraegen (RED.)
Jan Steyaert (RED.)

expertisecentrum dementie Vlaanderen

# ONDERWEG NAAR BETERE DEMENTIEZORG

## Ik, jij, samen MENS in de praktijk



ONDERWEG NAAR BETERE DEMENTIEZORG

Ik, jij, samen MENS in de praktijk

Herlinde Dely (RED.)

Jurn Verschraegen (RED.)

Jan Steyaert (RED.)

# ONDERWEG NAAR BETERE DEMENTIEZORG

## Ik, jij, samen MENS in de praktijk

Coverfoto: Leo De Bock

Vormgeving: EPO
Druk: drukkerij EPO [https://www.drukkerij-epo.be/]

© Herlinde Dely, Jurn Verschraegen, Jan Steyaert, 2020
Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw
Lokkaardstraat 8, 2018 Antwerpen
www.dementie.be
info@dementie.be
+32 3 609 56 14

Isbn 978 94 6267 265 9
D 2020/2204/27
NUR 860

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
No part of this book may be reproduced in any form, by print, mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.

# Inhoudstafel

**Voorwoord** *7*

**Inleiding: persoonsgerichte zorg in Vlaanderen** *9*
Het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor mensen met dementie *9*
Het referentiekader in een notendop *9*
Van dromen naar daden *12*
*Van een projectoproep naar zes ambassadeurs* *12*
*Praktische implementatie van het referentiekader via een lerend netwerk* *13*

**Deel 1: De zes laureaten persoonsgerichte zorg aan het woord** 17
AZ Sint-Maarten (Mechelen) – afdeling Het Anker *17*
Ziekenhuisnetwerk Antwerpen Hoge Beuken *33*
Dienst maatschappelijk werk CM Limburg i.s.m. Ocura vzw *47*
VZW de Korenbloem woon en zorg (Kortrijk) *57*
Woonzorgcentrum Heilig Hart (Sint-Niklaas) *71*
Woonzorgcentrum Lindelo vzw (Lille) *85*

**Deel 2: beschouwing bij de pilootprojecten persoonsgerichte zorg** 97
Beschouwingen per fundament uit het referentiekader dementie *97*
*1. Een genuanceerde beeldvorming* *98*
*2. Normalisatie* *100*
*3. Autonomie in geborgenheid* *103*
*4. Afgestemde zorg* *106*
*5. Mantelzorgers en naasten* *110*
*6. Warm team professionele zorgverleners en vrijwilligers* *112*
Sleutelfactoren voor verandertrajecten. Wat hebben we geleerd? 113
*De droom bepaalt de weg* *113*
*Verandering is cocreatie: top-down én bottom-up tegelijkertijd* *115*
*Het profiel van het veranderteam is van groot belang* *117*
*Meten doet weten* *118*
*Een cultuur van waardering geeft dynamiek* *118*
*'Nothing about us, without us': van papier naar praktijk* *120*
*Piloteren op één woning, afdeling of team werkt* *121*
*Het veranderteam neemt de fakkel over van de externe coach* *121*
*Innovatieve Arbeidsorganisatie als katalysator van persoonsgerichte zorg* *121*
*Zoek financiering en expertise* *122*
Omgaan met weerstand *122*
Beleidsaanbevelingen en aanbevelingen voor het onderwijs *126*
*Beleidsaanbevelingen* *126*
*Verankering van een persoonsgerichte visie in zorgopleidingen* *127*

**Tot slot** *128*

**Bibliografie** *131*

# Voorwoord

Als je te maken krijgt met dementie, val je als het ware een beetje uit elkaar. Het is je omgeving die je samenhoudt. Zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers zorgen samen voor een veilige haven waar je je veilig en serieus genomen voelt. Een plek waar je je geborgen weet.

Vlaanderen telt vandaag meer dan 130.000 mensen met dementie. De voorspelling is dat dat aantal tegen 2060 zal verdubbelen. Dit betekent dat elk van ons ooit geconfronteerd zal worden met de gevolgen van het dementieel proces van een van onze naasten. Of wie weet, krijgen we ooit zelf de ziekte van Alzheimer? We moeten onze samenleving herinrichten, zodat personen met dementie tot in de laatste fase levenskwaliteit kunnen ervaren. Dit is dus niet alleen een opdracht voor de overheid, de zorgverstrekkers en de woonzorgcentra maar voor ons allemaal. Een dementievriendelijke samenleving, dat is onze ambitie.
Zoals het woord het zegt, zette het referentiekader dementie (Ik, jij, samen MENS, 2018) de bakens uit voor optimale dementiezorg. In dit boek worden zes parels van pilootprojecten belicht. Ze illustreren de reis naar een warme persoonsgerichte zorg waar ook mantelzorgers en vrijwilligers een belangrijke rol vervullen.

Zorg op maat, dat is het uitgangspunt. Het levensverhaal en de persoonlijke levensdoelen van de persoon met dementie worden geïntegreerd in de dagelijkse zorg en ondersteuning. Er worden kansen geboden aan de persoon met dementie om zelf actief te blijven en zoveel mogelijk de controle te behouden over bepaalde aspecten van het leven. De zorgverleners schenken aandacht aan de mogelijkheden van de persoon met dementie en hebben tegelijkertijd oog voor de complexe zorg- en ondersteuningsnoden.
In de covid-19-crisis kreeg de ouderenzorg het zwaar te verduren, en zeker de woonzorgcentra. Ze bieden zorg en ondersteuning aan een uiterst kwetsbare doelgroep, waaronder personen met dementie. Maar ook in moeilijke omstandigheden zijn ze weerbaar en creatief. Het referentiekader dementie biedt ook in tijden van een pandemie inspiratie voor optimale dementiezorg.

Ook de komende jaren bouwen we verder aan een dementievriendelijk Vlaanderen. We verankeren het dementiebeleid en de goede praktijken, met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen als partner. In het najaar van 2020 geven we het nieuwe dementieplan vorm.

Een dementievriendelijke samenleving kan niet zonder mensen die daarin het voortouw nemen. Mijn dank gaat uit naar iedereen die zich engageerde om van dit project een succes te maken. We zetten de reis naar betere zorg voor kwetsbare mensen samen verder.

Wouter Beke
Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
21 september 2020, WereldAlzheimerdag



Bij de zorg voor kwetsbare ouderen tekenen zich een aantal groeiende maatschappelijke tendensen af: toename van chronisch zieken, thuis wonen met zorg in de buurt, moeilijkheden rond betaalbaarheid, samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers, superdiversiteit, onomkeerbare inzet voor inspraak van de burger, technologie en digitalisering, eenzaamheid en sociale isolatie, armoede en geestelijke gezondheid …

In plaats van te focussen op probleemdetectie, ziekte of moeilijkheden, koos Cera in samenwerking met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Vlaamse overheid met het project *deMENS in de zorg* voor een positieve insteek: inzetten op sterktes, talenten en mogelijkheden van mensen, vanuit een sterke visie op vlak van persoonsgerichte zorg.

De samenwerking met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Vlaamse overheid, de zes laureaten, de advies- en stuurgroep was intensief en getuigde van een bijzondere gedrevenheid. De lessen van dit traject met een niet aflatende participatie van en aandacht voor de gebruikers kan u nalezen in deze publicatie. We hopen dat de goede praktijken opgepikt worden in andere woonzorgcentra, ziekenhuizen en thuiszorgdiensten zodat de visie uit het referentiekader Ik, jij, MENS gemeengoed wordt.

We wensen u veel leesplezier en inspiratie.

Stéphanie De Smet

programmacoördinator ‘Zorg in de samenleving’

www.cera.coop

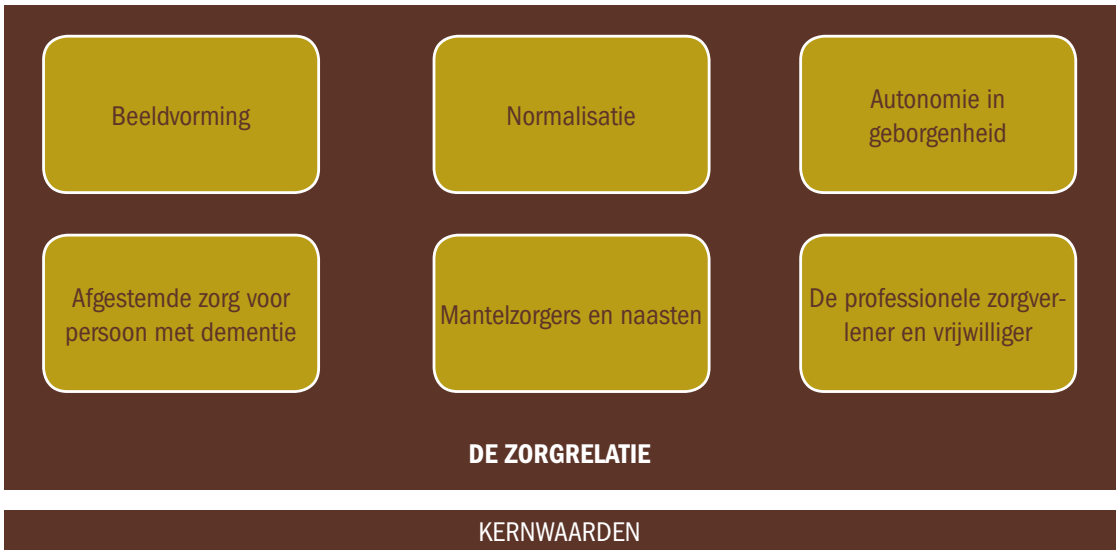


# Inleiding: persoonsgerichte zorg in Vlaanderen




## Het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor mensen met dementie

Vlaanderen gaat voor *persoonsgerichte zorg* voor mensen met dementie. Op vraag van de netwerkgroep Kleinschalig Genormaliseerd Wonen gaf toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen in 2016 de opdracht aan het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen tot het ontwikkelen van een integraal referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie. Het resultaat is het boek *Ik, jij, samen MENS**, een model voor kwaliteit van wonen en zorg dat toegepast kan worden in elk onderdeel van de gezondheids- en welzijnszorg voor personen met dementie en hun omgeving. Centraal in het model staat de zorgrelatie, waarin zes fundamenten van goede zorg terug te vinden zijn: een genuanceerde beeldvorming over dementie, normalisatie, autonomie in geborgenheid, afgestemde zorg, de betrokkenheid van het sociaal netwerk en de mantelzorgers, en een warm team van professionele zorgverleners en vrijwilligers.




## Het referentiekader in een notendop

In het referentiekader dementie vertrekt alles vanuit *waarden in de zorg* en vanuit de *zorgrelatie*. Dit zijn de betekenisvolle en authentieke contacten tussen de zorgverleners, de persoon met dementie

* Dely, H., Verschraegen, J., & Steyaert, J. (2018). *Ik, jij, samen MENS. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie.* Antwerpen: EPO.

en zijn mantelzorgers waarin ze steeds op zoek gaan naar wat kwaliteit van leven, wonen en zorg voor iemand is. Wat speelt voor jou op dit moment? Wat maakt je gelukkig en hoe kan ik (als zorgverlener) hieraan bijdragen? Wat geeft zin aan je leven? De zorgverlener en de persoon met dementie zijn in de eerste plaats twee mensen die gelijkwaardig met elkaar in contact staan.

Veel heeft daarbij te maken met de manier waarop we naar (iemand met) dementie kijken. Zien we in de eerste plaats iemand die aftakelt of iemand die nog steeds dingen kan? De *beeldvorming* in een samenleving en in een zorgvoorziening bepaalt hoe zorgverleners met en over de zorgvragers spreken. De beeldvorming over dementie is dan ook een eerste fundament van goede zorg. Personen met dementie mogen nooit herleid worden tot hun aandoening. Zij blijven in de eerste plaats mensen met een stem en met een plaats in de samenleving. In elke fase van de aandoening.

Een tweede fundament is *normalisatie*. 'Zo gewoon waar mogelijk, maar aangepast waar nodig' is de essentie van dit fundament. Op plaatsen waar mensen wonen zou normalisatie een evidentie moeten zijn, willen we kwaliteit van leven bereiken. Enkele voorbeelden? Meehelpen in de tuin, samen naar de bakker gaan, kunnen opstaan wanneer je wil, de vrijheid hebben om je kamer in te richten, een huiselijke architectuur en inrichting in de leefruimtes, samen koken met wie dit wil, zo weinig mogelijk institutionele elementen zoals een verpleegpost of beroepskledij, … Ook blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven is een belangrijk onderdeel van het normalisatieprincipe. Een dementie-inclusieve samenleving is daar een noodzakelijke basis voor!

In het ziekenhuis, waar de focus vooral op de zorg ligt, kunnen ook elementen van normalisatie ingevoerd worden. Het gaat daarbij om beperktere, maar wel belangrijke, ingrepen, zoals de gewoontes van de persoon met dementie rond opstaan en gaan slapen respecteren, zijn hoofdkussen laten meebrengen, herkenbare dagbesteding aanbieden, een mantelzorger laten overnachten, de persoon aanspreken met zijn roepnaam i.p.v. de officiële naam, …

Een derde fundament is *autonomie in geborgenheid*. Mensen met dementie willen niet dat je hen voortdurend bij de hand neemt. Ze willen niet dat er over hun hoofd beslist wordt als ze het nog zelf kunnen. De laatste jaren horen we steeds vaker het betoog 'Nothing about us, without us', wat zoveel betekent als 'betrek ons bij die zaken die ons aanbelangen'. Vraag dan ook naar hun mening over de grote en kleine zaken van het dagelijks leven. Uiteraard houden zorgverleners ook rekening met de stijgende kwetsbaarheid naarmate de aandoening zich sterker manifesteert. De persoon met dementie krijgt het gaandeweg moeilijker om beslissingen te nemen over zijn eigen gezondheid en zorg, over de nalatenschap, zijn financiën, … Als zorgverlener heb je de verantwoordelijkheid om, samen met de familie, na te denken over een geborgen aanpak wanneer een situatie niet langer veilig is. Neem je samen met de familie en de persoon met dementie een beslissing of moet je als team plaatsvervangend beslissen, vertrek dan steeds vanuit de beleving van de persoon met dementie. Het komt er altijd op aan een juiste balans te vinden tussen autonomie en geborgenheid. Hoe kan je maximaal ruimte houden voor iemands wensen en verwachtingen en toch tegelijkertijd rekening houden met iemands kwetsbaarheid?

Het vierde fundament is *afgestemde zorg*. Doorheen het dementieproces veranderen de noden, vragen en wensen van de persoon met dementie. Daarom is het belangrijk dat elke persoon met dementie en zijn naasten een aanspreekpersoon hebben, bij wie ze met al hun vragen en bezorgdheden terechtkunnen. Niet eenmalig, maar doorheen het hele ziekteproces. Afgestemde zorg begint al bij de diagnosestelling, waar de arts idealiter zowel een correcte ziektediagnose als een zorgdiagnose stelt, met ruimte voor opvolging en vroegtijdige zorgplanning. Een goede zorgrelatie evolueert dus mee met de zorgvrager. Ze is persoons-gericht en afgestemd. De zorgverlener houdt rekening met wie iemand vroeger was, wie die persoon vandaag is en waar hij in de toekomst wil staan. Hij/zij heeft oog voor wat iemand wel nog kan en stimuleert de autonomie van de persoon met dementie waar mogelijk.

Het vijfde fundament van goede zorg zijn de *mantelzorgers en naasten*. We zetten mantelzorgers hier bewust in het meervoud. Onderzoek van de Vlaamse overheid toont namelijk aan dat er in de meeste zorgsituaties meerdere mantelzorgers zijn (Bronselaer, Vandezande, Vanden Boer, & Demeyer, 2016). Zij nemen de zorg doorgaans op, lang voor er intensieve professionele hulp nodig is. Mantelzorgers nemen vier rollen op. Ze zijn medezorgverleners, medecliënten, naasten en experten in de zorg (cf. het SOFA-model). Het referentiekader dementie benadrukt hoe belangrijk het is om triadisch te werken en om mantelzorgers door te verwijzen naar psycho-educatie en opvolging.

Een laatste fundament betreft de rol van de *professionele zorgverleners en de vrijwilligers*. Om kwaliteit van leven, wonen en zorg te realiseren heb je medewerkers nodig die hun hart, hoofd, handen en buikgevoel volop benutten. Mensen die het welbevinden van de persoon met dementie steeds voorop plaatsen, die kennis hebben over omgaan met dementie en die durven creatief zijn. Uit de interviews

*Foto: Leo De Bock*



met mensen met dementie en hun mantelzorgers bleek nogmaals hoe belangrijk zij vriendelijkheid, geduld, tederheid, respect, empathie, menselijkheid en humor vinden. Ze willen vooral van mens tot mens benaderd worden en voelen dat er authentiek contact is met de zorgverleners.

Het referentiekader wil inspireren, informeren, uitdagen, grenzen verleggen en creativiteit bevorderen zodat mensen met een zorgnood zich in elke setting goed zouden voelen. Het is een *sectoroverschrijdende publicatie*, die zich richt tot thuiszorgvoorzieningen in de breedste zin van het woord, tot diverse woonvormen voor mensen met dementie en tot ziekenhuizen. Ze reikt een kader aan voor elke actor die op een of andere manier betrokken is bij de zorg en ondersteuning van mensen met dementie. Via de volgende QR-code klik je door naar de webwinkel.

# Van dromen naar daden

## Van een projectoproep naar zes ambassadeurs

In oktober 2018 stelde het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie voor op een symposium in het Vlaams Parlement. De zorgsector reageerde enthousiast op de persoonsgerichte en warme visie op zorg die naar voor werd geschoven.
Ook in buurland Nederland zat men niet stil: begin 2020 verscheen daar de nieuwe versie van de Zorgstandaard Dementie, een werk dat inhoudelijk nauw aansluit bij de visie uit het referentiekader dementie. Benieuwd? Scan de QR-codes hieronder.

In Vlaanderen zien we vele schitterende voorbeelden van persoonsgerichte zorg. Meer dan honderd goede praktijken werden opgenomen in het referentiekader dementie. Tientallen andere vonden een plaats op de website www.dementie.be/referentiekader.

Om de vertaling naar de praktijk een duwtje in de rug te geven, lanceerden de Vlaamse overheid, Cera en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen de *projectoproep* ‘deMENS in de zorg’. Zorgvoorzieningen konden intekenen op een jaar begeleiding rond het referentiekader dementie door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Meer dan negentig zorgvoorzieningen dienden een dossier in. De onafhankelijke jury, waarin ook mensen met dementie en mantelzorgers zetelden, koos hieruit zes laureaten. Twee ziekenhuizen, twee woonzorgcentra en twee intersectorale projecten werden geselecteerd als pilootproject en gingen van april 2019 tot maart 2020 aan de slag met de fundamenten van goede zorg uit het referentiekader. Ze werden hierin begeleid door Herlinde Dely, stafmedewerker kwaliteit en zorg bij het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Het coronavirus gooide tijdens de laatste maand roet in het eten, maar uiteindelijk haalden de zes projecten de finish en kunnen ze met trots hun ervaringen delen via deze publicatie en het bijhorende beeldmateriaal.

De zes ambassadeurs zijn

1. AZ Sint-Maarten (Mechelen)
2. Ziekenhuisnetwerk Antwerpen Hoge Beuken
3. Dienst Maatschappelijk Werk CM Limburg i.s.m. Ocura vzw
4. VZW de Korenbloem woon en zorg, Het Portiek (Kortrijk)
5. Woonzorgcentrum Heilig Hart (Sint-Niklaas)
6. Woonzorgcentrum Lindelo vzw (Lille)

Deze zes organisaties hebben een aantal dingen *gemeenschappelijk*: elk dienden ze een sterk gemotiveerd dossier in, waaruit een groot enthousiasme voor persoonsgerichte zorg bleek. Met een engagement om niet alleen tijdens het pilootproject, maar ook de jaren erna in te zetten op de fundamenten uit het referentiekader dementie. Daarbovenop was er een grote gedragenheid bij de directie en de raad van bestuur vereist om in dit traject te stappen, gestaafd met een motivatiebrief.

De jury, samengesteld uit mantelzorgers, een persoon met dementie, experten, de Alzheimer Liga Vlaanderen, Cera, de Vlaamse overheid … koos voor zes projecten met *een verschillend profiel*. Niet

alleen was er de regionale spreiding en de spreiding over de sectoren heen, ook koos men voor zes organisaties met andere focussen, omvang en met een ander vertrekpunt m.b.t. persoonsgerichte zorg. In sommige organisaties was er al voor het traject een stevige uitvalsbasis: een persoonsgerichte visie, een sterk gemotiveerd team, een aantal structuren waarop dit traject zou kunnen voortbouwen. In andere organisaties startten we vanuit een minder verankerde persoonsgerichtheid, wat ons net de mogelijkheid gaf om dit met het team helemaal vorm te geven.

## Praktische implementatie van het referentiekader via een lerend netwerk

Elk pilootproject richtte een *veranderteam* op, dat bestond uit vier tot twintig personen met een verschillend profiel. Van de directeur over de sociale dienst tot de logistiek medewerker. Van de mantelzorger over de verpleegkundige tot de referentiepersoon dementie. Dit veranderteam kwam maandelijks drie uur samen, onder begeleiding van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. De dagelijkse ervaringen van mensen met dementie in elk pilootproject werden actief meegenomen in de vergaderingen. Binnen elke organisatie dienden zich ook *trekkers* aan, medewerkers die het proces bewaakten en ook tussen de samenkomsten van de veranderteams door de verandering en het denkproces warm hielden. De meeste laureaten selecteerden één *pilootafdeling, -woning of -team* om intensief veranderingen uit te testen en vandaaruit naar de hele organisatie te verspreiden.

Maandelijks ontmoetten de zes pilootprojecten elkaar in een *lerende gemeenschap*: een voor- of namiddag met werkveldbezoek, waarin ze aan de slag gingen rond overkoepelende thema's, uitdagingen of gedeelde struikelblokken. De thema's waren o.a. feedback geven aan medewerkers, een cultuur van verandering op gang brengen, architectuur en inrichting, participatie van mantelzorgers en personen met dementie.

Bij aanvang van het traject vond in de woonzorgcentra en ziekenhuizen* een *Dementia Care Mapping* plaats. Dit is een wetenschappelijk onderbouwde observatiemethode om kwaliteit van zorg voor mensen met dementie in kaart te brengen. Hierdoor kregen de pilootprojecten meer inzicht in het welbevinden en de betrokkenheid van de personen met dementie, alsook zicht op de persoonsversterkende en persoonsondermijnende interacties met zorgverleners.

In september 2019 gingen de pilootprojecten op werkveldbezoek naar het AZ Maria Middelares in Gent en het UZ Gent. Daar werden ze hartelijk ontvangen door Marc Vankerkhoven en Sander Aerens, die hun een aantal aspecten van hun dementievriendelijke werking toelichtten: een moodboard, psycho-educatie voor mantelzorgers en voor personen met dementie, de mantelzorgbadge, kunstworkshops, een traject vroegtijdige zorgplanning, …

In januari 2020 bezochten de pilootprojecten gedurende een tweedaags werkveldbezoek een aantal bijzondere organisaties in Vlaanderen en Nederland. Ze hielden halt bij zorgcoöperatie Hoogeloon, het Alzheimercentrum van de VU (Amsterdam), casemanagement dementie van De Zorgspecialist, het Odensehuis, woonzorgcentrum De Bijster, Huis Perrekes en trajectbegeleiding OpMaat.

Op het eerste veranderteam van elk pilootproject, in de eerste maand na de kick-off, vond een *brede brainstorm* plaats over de zes fundamenten uit het referentiekader dementie. Met welke ideeën lopen de medewerkers rond? Waar dromen ze van? Waar botsen ze op? … We selecteerden in elke organisatie enkele doelstellingen op korte termijn (quick wins) en enkele op lange termijn. In de volgende veranderteams werkte de groep diepgaand aan een of meerdere prioriteiten.

* Dementia Care Mapping is niet geschikt om cliëntencontact op een dienst maatschappelijk werk te analyseren. Daarom vond geen observatie plaats bij CM Limburg.

In deel 1 van deze publicatie stelt elk pilootproject afzonderlijk zijn resultaten voor. *Waar hebben zij aan gewerkt? Wat hebben ze bereikt? Wat gaat er nu beter in de begeleiding en zorg voor mensen met dementie? Maar ook: waar zijn ze op gebotst? Hoe hebben ze die drempels (niet) overwonnen? …* In deel 2 licht het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen toe wat zij uit dit traject leerden en welke aanvullingen en nuanceringen ze per fundament uit het referentiekader dementie van 2018 hebben. Een addendum dus, of misschien klinkt een versie 2.0 aantrekkelijker*.

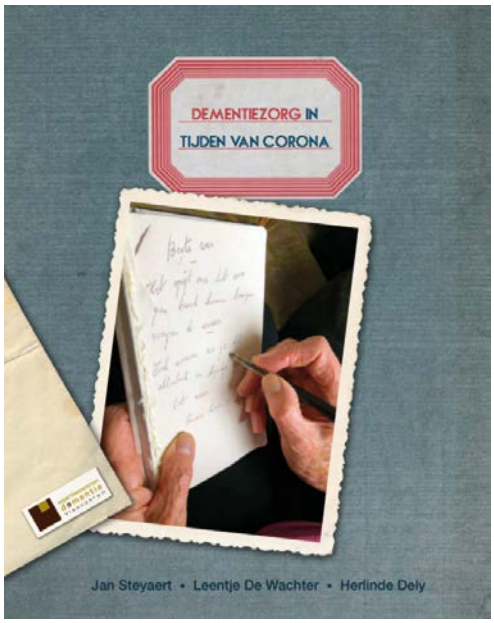
Achteraan staan de contactgegevens van de zes pilootprojecten en ook het dankwoord.



*Foto: Leo De Bock*

## Dementiezorg in tijden van corona

Na de eerste coronagolf maakte het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, op basis van een vijftigtal interviews met zorgverleners, beleidsmakers, mensen met dementie en mantelzorgers, een balans op: Wat leerde deze crisis ons over de zorg voor mensen met dementie? Hoe kunnen we het bij een tweede golf anders aanpakken? Het resultaat is het rapport ‘dementiezorg in tijden van corona’. Het rapport is bedoeld als reflectie voor iedereen die met dementiezorg te maken heeft: van mensen met dementie, mantelzorgers en hulpverleners tot (politieke) beleidsverantwoordelijken.




* In deze publicatie gebruiken we voor de eenduidigheid de hij-vorm. Hiermee worden uiteraard ook mensen met M, V of X bedoeld.

De publicatie digitaal downloaden:

De gedrukte publicatie bestellen:

# Deel 1: De zes laureaten persoonsgerichte zorg aan het woord

## AZ Sint-Maarten (Mechelen) – afdeling Het Anker

Auteurs: Catherine Van Dessel, Martine Van Rompaey, Ann Lambrechts en Liesbeth Ceulemans

### Wie zijn wij?

Het Anker is een afdeling psychogeriatrie in het AZ Sint-Maarten in Mechelen. Ons ziekenhuis heeft vijf afdelingen geriatrie (135 bedden), waarvan het Anker als enige een beschermde afdeling is met 24 bedden specifiek gericht op het hospitaliseren van personen met dementie. Patiënten worden meestal acuut en via spoedgevallen opgenomen. De helft van de patiënten is ziek bij opname, de andere helft wordt opgenomen omwille van moeilijk hanteerbaar gedrag. De gemiddelde verblijfsduur is 18 dagen.

We zijn als psychogeriatrie anders dan de andere afdelingen geriatrie van het acuut ziekenhuis. Onze patiënten voelen zich vaak verloren of onrustig door niet in hun eigen omgeving te zijn. Ze begrijpen soms weinig van wat hun overkomt. Sommigen hebben nabijheid en geruststelling nodig, anderen wandelen veel meer door de gang, veelal eten ze samen in het eetzaaltje of zitten ze samen in de living. We doen dit al 20 jaar op onze manier, en doen dat niet slecht. We trachten prikkelarm te werken. We geven veel structuur en houvast, warme nabijheid.

*We voelden al een hele tijd een sterke nood om anders te focussen op de specifieke noden van elke individuele patiënt*

Toch voelen we al een hele tijd een sterkere nood om anders te kunnen focussen op de specifieke noden van elke individuele patiënt. We wilden een veel sterkere persoonsgerichte zorg echt tastbaar maken en zochten naar een concrete uitvoering hiervan. Daarom namen we deel aan dit project, waardoor Het Anker 2.0 zou kunnen geboren worden. Dezelfde afdeling, dezelfde mensen, maar met een andere benadering!

## *Werkwijze*

Ons veranderteam bestaat uit de volgende personen:

- Ann Lambrechts: hoofdverpleegkundige Het Anker
- Sara Van Hemelryck: verpleegkundige Het Anker
- Martine Van Rompaey: ergotherapeute Het Anker
- Ilke Notebaert: logopediste Het Anker
- Liesbeth Ceulemans: sociaal verpleegkundige Het Anker
- Catherine Van Dessel: arts - geriater
- Kim Van Achteren: middenkader - clusterverantwoordelijke zorg

Daarnaast stonden Herlinde Dely van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en Herman Wauters van het regionaal expertisecentrum dementie Orion ism PGN ons bij.

Het proces bestond voor ons uit vier stappen: Eerst zochten we samen uit wat wij exact nodig hadden om meer persoonsgerichte zorg te kunnen waarmaken of dus wat persoonsgerichte zorg echt inhield voor onze afdeling. Daarna bouwden we aan hoe we dit konden realiseren. Ten derde verfijnden we wat we deden tot het exact goed liep zoals we het wilden, en uiteindelijk bleek het noodzakelijk om de zaken die we realiseerden te kunnen borgen.
We willen in deze tekst aangeven hoe ons proces verliep: soms snel, soms traag, soms met stappen vooruit, dan weer achteruit. We zijn als team gegroeid en we hebben meer bereikt dan we dachten dat er mogelijk was.
Er zijn verschillende actiedomeinen waarin wij wilden verbeteren of veranderen om te komen tot meer persoonsgerichte zorg. Hieronder focussen we op twee aspecten. Sommige dromen konden we al realiseren, andere plannen we om ze in de toekomst waar te maken. We focusten vooral op autonomie




*Het veranderteam*

in geborgenheid, normalisatie, afgestemde zorg en professionele zorgverleners, vier fundamenten uit het referentiekader.

## Thema 1: inrichting van onze afdeling

Onze psychogeriatrische afdeling is architecturaal splinternieuw, in een groot nieuwbouwziekenhuis waarin we werken sinds 15 oktober 2018. Onze afdeling is geconcipieerd als een afdeling van een algemeen ziekenhuis, met amper oog voor het geriatrische aspect, laat staan voor het psychogeriatrische. De hoofdkleur is hardgeel. Deze kleur loopt als grote lijn door het stuk van het gebouw waar onze afdeling ligt. Hardgeel wordt ervaren als een vermoeiende kleur voor de ogen.
We hebben een ruime living en eetruimte. De materialen en afwerkingen in de individuele patiëntenkamers zijn zeer goed. Maar een ziekenhuisinrichting is steriel, kil en hoort vooral functioneel te zijn. We zagen het project dan ook als een opportuniteit om Het Anker een dementievriendelijke inrichting te geven, veel meer gericht op de noden van patiënten met dementie. Op die manier werken we aan de fundamenten 'normalisatie' en 'autonomie in geborgenheid'.
De hoofdprincipes van een dementievriendelijke verblijfsomgeving zijn voor ons:

- persoonsondersteunend: huiselijkheid als basis voor de ervaring 'er te verblijven', aanzetten tot activiteit / stimulerend, herinneringen en identiteitsondersteunend en contactbevorderend.
- zintuiglijk comfort: duidelijke figuur-achtergrond (visueel, auditief, …), doseren van prikkels en zinvolheid van prikkels.
- bewegingsvrijheid in een oriënterende omgeving: met overzicht en onopvallende begrenzing.

*We betrokken de patiënten bij de keuze van het behang door voorbeeldboeken enkele weken op tafel open te leggen*

### *Onze doelstellingen*

We wilden ons in dit deel vooral richten op vier grote noden qua inrichting:

1. Huiselijkheid met belangrijke aanpassing van de zitruimte/salonhoek en de eethoek
2. Oriëntatie op de gang
3. Herkenning en identiteit van de kamer
4. Aanzetten tot zinvolle activiteit

### *Concrete uitwerking*

1. Huiselijkheid met inrichting van de zitruimte/salonhoek en de eethoek

Bij de start van het project was de zithoek een steriele ruimte met ziekenhuiszetels die wat bij elkaar gestouwd waren. Er heerste geen uitnodigend salon-gevoel. We overlegden eerst met alle zorgverleners via bevraging, nadien hakte het veranderteam de knopen door: er kwam een aankleding met zachtgroene verftinten aan de muur waar de tv en kast zal komen en de overstaande muur kreeg een huiselijk behang met een retrotoets. De keuze voor het behang was niet makkelijk, het moest origineel en retro zijn, maar mocht niet te druk zijn. We betrokken onze patiënten bij deze beslissing door voorbeeldboeken met behang enkele weken op tafels open te leggen. De effen behangen werden telkens als '*zo triestig*' en '*niet mooi*' beoordeeld. Het uiteindelijk gekozen behang heeft een print in driehoekvorm en werd door meerdere patiënten en teamleden naar voren geschoven.



*Dagzaal voor*



*Dagzaal na*

We bedachten voorstellen voor meubilair, dat deels open en deels dicht moest zijn. De meubels wilden we uitnodigend en zacht ogend. Daarom kozen we voor een massief houten boekenkast, een tafel en een tv-kastje. Wegens de normering in het ziekenhuis moeten deze meubels uit niet-brandbaar materiaal bestaan.
We willen in de kast boeken aanreiken, die niet te zwaar zijn, eenvoudige boeken met veel prenten, maar ook meer complexe boeken voor hoogopgeleide personen met dementie. Op dit moment is de kast gevuld met eigen en gekregen boeken, in combinatie met boeken van de Zorgbib. We contacteren in de toekomst het Lezerscollectief voor verder advies, aangezien bepaalde verhalen bij mensen met beginnende dementie het geheugen prikkelen. Op voorstel van de meter van ons project besloten we ook om boekjes te zoeken, geschikt om voorgelezen te worden door bezoekers. We kunnen ons laten inspireren door de LINC vzw, die inzet op interactie en die voorleespakketten aanbiedt om met ouderen aan de slag te gaan.
We willen sfeervolle indirecte verlichting in onze kast. Ook moet er een gesloten gedeelte zijn om de dvd's te verzamelen voor de filmnamiddagen en om de dvd-speler veilig te bewaren. We willen ook klein uitnodigend materiaal aanbieden, zoals kleine gezelschapsspellen, dat toch ook veilig is.

> *'Ik kijk uit naar de ingerichte living. Er stonden gisteren twee dozen met echt goeie lectuur! Het wordt een fijne ruimte, waar ik mensen graag binnenleid. Bovenal wordt het 'hun ruimte', waar we samen wat ontspanning, plezier, samenzijn kunnen beleven. Korte momentjes die wat zuurstof geven.'*
> Verpleegkundige Yves

In de eethoek was wit de overwegende kleur, met witte borden op een witte tafel. Witte muren en grote ramen met in de zomer te veel rechtstreeks zonlicht, wat verblindend werkt. Er zijn lage vensterbanken, waar onze patiënten soms gaan zitten. We hebben een toog met makkelijke bediening en een goed overzicht over de drie ronde en twee langwerpige tafels waaraan onze patiënten zitten. We stimuleren alle patiënten om 's middags in deze ruimte te komen eten.
Om meer kleurcontrast aan te brengen, kozen we op de tafels voor placemats in een feloranje kleur, in makkelijk afwasbare kunststof. Vijf verschillende exemplaren werden op proef aangekocht. We selecteerden er één van en stelden een aankoop van dertig stuks voor.
De muur blijft wit, maar mogelijks voorzien we muurstickers in oranje en groene tinten. Ook de kussens op de vensterbanken kiezen we in dezelfde tinten.



*Met dank aan Lindelo (Lille) voor het delen van hun foto.*

We overwegen ook om gordijnen te hangen die huiselijkheid genereren en die de ramen kunnen verduisteren in geval van te hevig zonlicht 's middags aan de zuidzijde van het gebouw.

2. Oriëntatie op de gang

Onze afdeling is beschermd via een cijfercode aan de deur bij binnenkomen en verlaten. Er verblijven steeds veel patiënten met dwaalgedrag. Daarom werd reeds voor het starten van dit project een grote muursticker voorzien aan de uitgangsdeuren, enerzijds met zicht op zee en duinen, anderzijds met zicht op een akker. Hierdoor herkennen de patiënten deze deuren minder als reële deur. Aanvullend hieraan brengen we een muursticker aan dicht bij de eetruimte en het salon, met een afbeelding die uitnodigend is om naartoe te komen: een liefelijk marktstraatje in Mechelen.

3. Herkenning en identiteit van de kamer

De kamers op onze afdeling hebben een officiële nummering van 380-11 tem 380-24. Voor de brandveiligheid dienen deze nummers – die erg klein maar in het hele ziekenhuis uniform geschreven staan – bewaard te worden, maar we stellen vast dat dit geen houvast biedt en te moeilijk is voor de patiënten. Daarom zetten we alles in op herkenning door een foto en het nummer van de kamer op de deur te hangen. Tegelijk brengen we ook rust en geven we de kamer en zijn tijdelijke 'bewoner' identiteit.

Aanvankelijk hadden we een proefproject lopen met allerlei foto's op de deuren met zeer uiteenlopende zaken. Er hingen onder andere een accordeon, een auto lichte vracht, een bromfiets, de Brusselpoort, de Sint-Romboutstoren, een poes, een koffiemolen en een garnaalvisser. Het concept van foto's werkte uitnodigend: mensen ervaarden herkenning en we zagen ook patiënten die rondwandelden om alle foto's te bekijken en te becommentariëren. Sommigen deden dat met hun familie. Dit vonden we ook een meerwaarde. Maar er was te weinig eenheid en rust in de keuze van de foto's. We concludeerden dat we de prikkels zinvol maar gedoseerd willen maken. Daarom kozen we voor beelden in aansluiting met het platteland en de zee.




*deur van een patiëntenkamer*

**We kwamen tot besluit om te kiezen voor drie thema's:**

- Eerste kamers (10 t.e.m. 14): thema 'platteland' bv. weide met lammeren, akker met mais, bloemenveld, bezige boer ...
- Middelste kamers (15 t.e.m. 19): thema 'stad' met maximale gerichtheid op Mechelen zelf bv. St Romboutstoren, Brusselpoort, Stadsplein, hanswijkprocessie ...
- Laatste kamers (20 t.e.m. 24) : thema 'de zee' bv. garnaalvissers, zee, zonsondergang, mooie boot, pier, strandspelen, zandkasteel, gocart aan zee, bloemen in zand ...

Voor de selectie van de foto's zijn onze patiënten (en hun familieleden in mindere mate) ook betrokken geweest. We zagen bij de eerste selectie dat foto's waarbij het afgebeelde object te veel verschilde van de werkelijke grootte niet begrepen werden (bv. te fors uitvergrote goudvis) en we zagen welke foto's eerder uitnodigend waren tot gesprek, zoals de foto met de garnaalvisser en de Brusselpoort. We concludeerden met het veranderteam dat een voorwerp op de foto het meest herkenbaar is in een specifieke context (bv. een accordeon in de handen van een muzikant i.p.v. tegen een lege achtergrond). Ook merkten we dat een foto best maar één boodschap heeft (bv. een man die de bloemen water geeft). Een veelkleurige draaimolen met kinderen op grote draaiende paarden met omstaanders werkte eerder afschrikkend.

We beslisten om een foto aan te brengen op de deur op ooghoogte, in volle breedte van de deur.
Deze foto zullen we in de kamer herhalen, met als bijschrift 'U bevindt zich in het AZ St Maarten-ziekenhuis kamer 12'.
Voor de selectie van de foto's had het veranderteam veel hulp van de kinesist van de afdeling, die amateur-fotograaf is. Het is heel begeesterend om tijdens het verloop van een project te merken dat meer en meer mensen deeltaken beginnen op te nemen en mee willen werken als een deel van een groot geheel. In die zin bracht het project ons als team zeker dichter bijeen, op een andere dan louter professionele manier.

*Het project bracht ons als team dichter bijeen, op een andere dan louter professionele manier*

Nadien werden de foto's bekeken met de mensen van de communicatiedienst, die uiteindelijk instonden voor de praktische druk op niet brandbare en goed klevende folie.

4. Aanzetten tot activiteit

We willen dat de inrichting aanzet tot activiteit. Daarom vulden we de boekenkast met boeken, spellen, reminiscentiekoffers, … In de gang kwamen fit-o-meters aan de muur. Hier komen we verder in de tekst op terug.

## *Verloop van dit projectdeel*

De eerste vier maanden van ons project boog het veranderteam zich verschillende keren over de invulling van zowel salon als eethoek en de keuze van de deurfoto's. Het globale beeld kwam eerder traag tot stand, maar tegelijk konden we ons beter focussen op de effecten bij de patiënten.
Vanaf de vijfde maand hadden wij alles helder voor onszelf en zijn we gaan samenzitten met de juiste diensten binnen het ziekenhuis om hen ervan te overtuigen onze plannen te realiseren. Achteraf gezien was dit erg laat! Na overleg met de aankoopdienst en de communicatiedienst bleek namelijk pas welke materiaalkeuze aan alle voorwaarden voldeed qua regelgeving (bv. brandveiligheid) en qua ziekenhuisstijl-inrichting (huisstijl van het ziekenhuis).
Onze hoofdverpleegkundige middenkader gaf goede input in keuze van materialen, nadat ze bijscholing volgde bij een expertisecentrum dementie over een dementievriendelijke inrichting. Ook de verantwoordelijke van de communicatiedienst had veel kennis over binnenhuisinrichting en gaf een persoonlijke tint aan het geheel. Externe input door collega's die niet vertrouwd zijn met dementie is zeker verrijkend voor beiden. Soms was de samenwerking eerder moeilijk, door de complexiteit, de diverse inzichten, maar anderzijds waren de ideeën voor ons ook verfrissend.

Voor het totale budget moesten we eerst elk conceptdeel duidelijk hebben, inclusief het prijskaartje. Samen met de aankoopdienst stelden we een budgetplan op. We stelden dit voor aan het algemeen ziekenhuis en daarnaast probeerden we via alternatieve wegen ook een budget hiervoor te krijgen. Uiteindelijk kon dit op de begroting van het ziekenhuis worden gepland, in combinatie met de jaarlijkse AZ-Quiz waarvan in 2019 de opbrengst voor onze afdeling bestemd was!
Door de uitbraak van de coronacrisis in ons ziekenhuis werd de concrete uitvoering vertraagd en konden we pas bestellen tien maanden na de start van het project. Toch kwam alles voor mekaar.

## Thema 2: Het Anker als expertise-afdeling

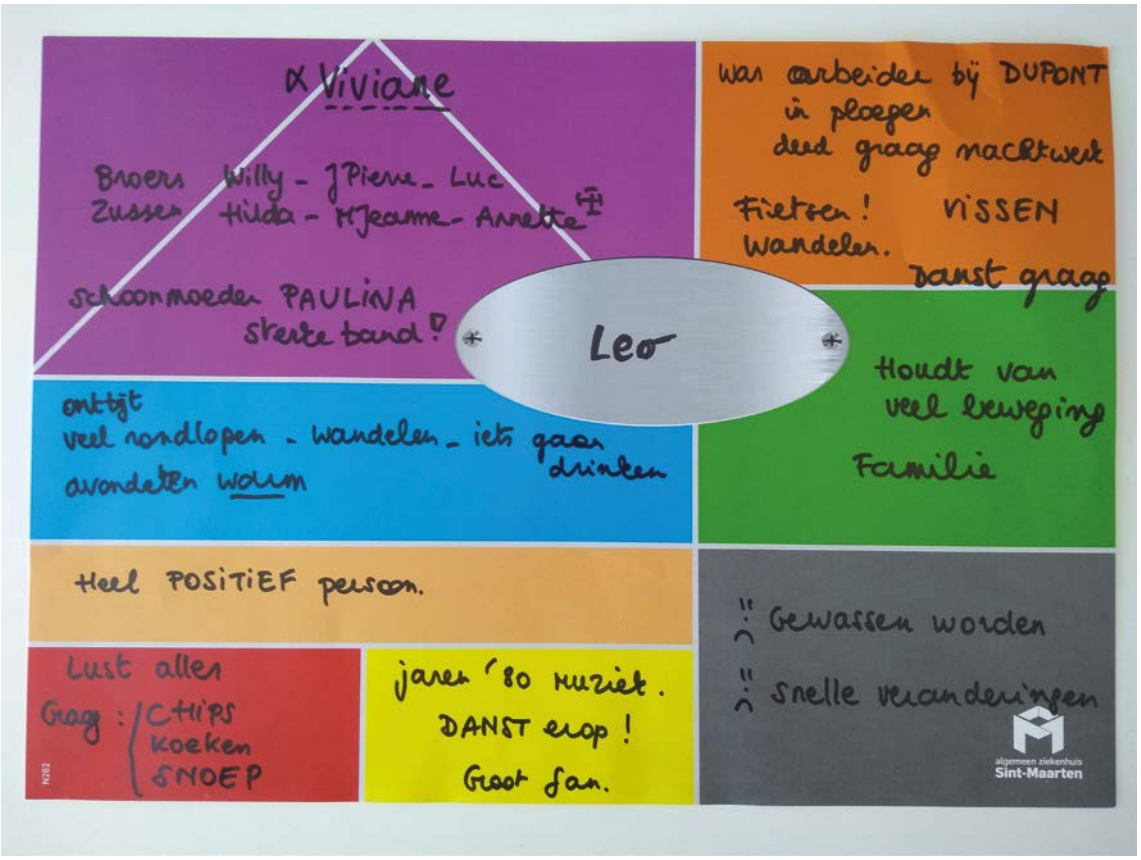
We hebben getracht ons meer en meer te focussen op onze kracht. We hebben de ambitie om een expertise-afdeling te worden. Dit proberen we door drie grote ingrepen:

### *Naar een gerichter opnamebeleid: een duidelijk patiëntenprofiel & visieontwikkeling*

Het project deed ons maandelijks samenzitten. Wij werken al jaren samen, en nu pas namen we eindelijk de tijd om te evalueren en te kijken. De hulp van een externe observator en coach (‘heerlijk heldere Herlinde’) van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen was bijzonder groot! Onze eigen bubbel is zo gekend dat we het niet meer zien. Mogen we het bedrijfsblindheid noemen?

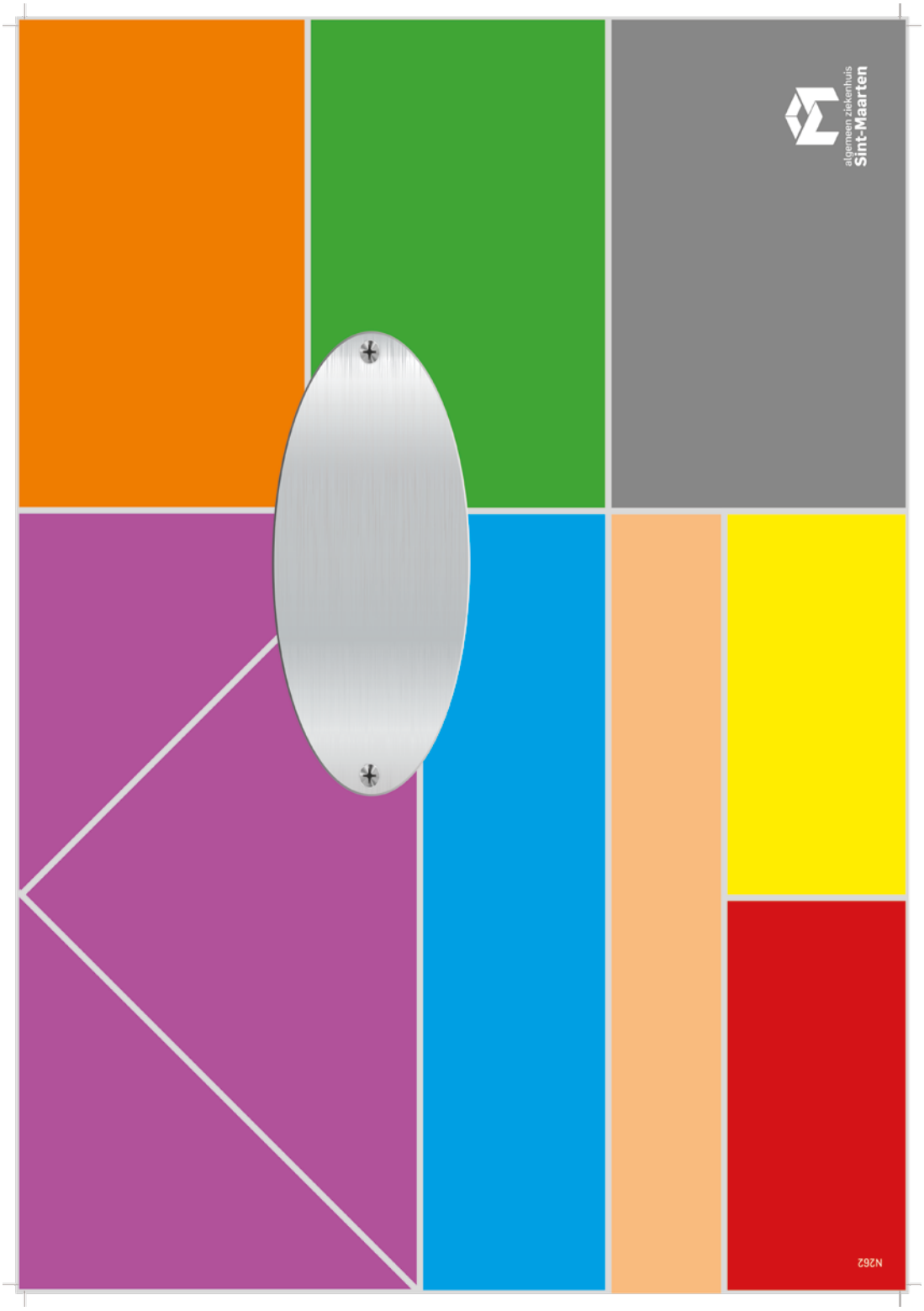
*We hebben de ambitie om een expertise-afdeling te worden. Dit door een gerichter opnamebeleid, een persoonsgerichte intake en meer zinvolle dagbesteding.*

Wij vonden de groep patiënten op onze afdeling veel te divers. Dankzij de heldere insteek konden wij zien wat ons overkomen was: onze afdeling was mettertijd een allegaartje geworden van mensen met allerlei ‘rare gedragingen’ waar alle andere afdelingen geen blijf meer mee wisten. Er kwamen mensen met psychische problemen, gaande van depressie, schizofrenie, dementie, delier, ziekte van Huntington, agressief gedrag zonder verklaring, problemen door abusus, etc. We merkten dat onze afdeling een negatieve bijklank had gekregen in de andere gelederen van het ziekenhuis.




*moodboard*

*moodboard blanco*




We wilden evenwel een positief zelfbeeld waarmaken: een helder en scherp omschreven doelpubliek, met een even stringent opnamebeleid! We stelden onszelf de vraag: Waar staat Het Anker voor? Uiteindelijk kozen we de volgende profilering: Het Anker is er voor oudere (en soms ook jongere) patiënten met een of meerdere pathologiëen waarbij dementie primeert. We begeleiden personen met dementie met veranderend gedrag, alsook hun gezinnen.

Nadat we dit voor onszelf helemaal helder hadden, communiceerden we dit aan spoedgevallendienst, de opnamecel en collega's van andere diensten. Veel sneller dan verwacht konden we een juister

doelpubliek bereiken. We durfden terug 'neen' zeggen tegen patiënten die niet bij ons thuis horen. We moesten aanvankelijk veel 'neen' zeggen, maar enige weken later werd dit veel beter.
We zijn dankbaar dat onze externe observator zag wat wij – ondergesneeuwd – niet meer zagen!
Daarbij kwam dat we nu meer dan 100% moeten inzetten op persoonsgerichte zorg aangepast aan ons doelpubliek. We merkten dat er eigenaarschap moet komen bij elkeen van het team! Hoe gaan we om met *deze* personen met dementie? Waar staan *wij als afdeling* voor?

*Wat is goede zorg voor ons? In een intervisie kwamen we tot drie waarden waar we als team voor staan: toewijding, vertrouwen en repect.*

Veel zorgverleners geven uitstekende zorg, zeker aangepast aan de zorgnoden van de patiënten, maar zeker ook vanuit de eigen routine van al die jaren. Globaal gezien doen we het echt wel goed, maar misschien stellen we onszelf toch wat te weinig in vraag? We hadden tot nu nooit een uitgeschreven of weldoordachte eigen visie, of een manifest waarnaar we concreet handelen. Dit willen we anders.
Daarom zijn we eerst gestart met een symposium voor alle verpleegkundigen van ons ziekenhuis en de omliggende woonzorgcentra, waar we ons project en moodboard voorstelden, en de monoloog *Va is koning* lieten brengen, om te merken wat iemand die dementie heeft, voelt wanneer hij verzorgd wordt.
Daarna organiseerden we een intervisie-teamsessie op maat, geleid door Herman en Herlinde van de expertisecentra dementie. Daarin brachten we elk naar voren hoe we onze zorg zien: Wat is goede zorg voor mij? Zo kwamen we samen tot de drie waarden waar we als team samen achter staan: *toewijding, vertrouwen en respect.* We willen nu graag concrete zorgwijze vastleggen waarin we onze waarden kunnen realiseren. Welke normen hangen aan onze waarden, welke regels zijn er die eraan voldoen, en welke regels spreken we nog verder af? We hopen daardoor nog meer te kunnen schuiven van taakgerichte naar persoonsgerichte zorg.
Het moeilijke blijft het evenwicht vinden tussen enerzijds warme zorg en nabijheid bieden en anderzijds de context van een ziekenhuis met een hoog werktempo. Wat kan wel of niet in de discrepantie tussen snelheid en degelijke zorg (24 patiënten in een acuut ziekenhuis, hoge turnover, medisch erg zieke mensen soms) en tegelijk rust en nabijheid bieden? We ondervonden dat onze tijdsindeling cruciaal is: enerzijds moet je in een eerder beperkte tijdspanne enkele mensen gewassen hebben, bv. omdat ze naar een onderzoek moeten of omdat er een nieuwe opname verwacht wordt. Anderzijds wil je graag zorg op maat bieden en niet sneller gaan dan wat goed is voor het welbevinden.

## *Naar meer persoonsgerichte en afgestemde zorg voor de patiënt: het moodboard!*

Wie is deze man of vrouw hier voor ons? Wie is hij of zij die wij minder goed kunnen peilen? Dat zijn cruciale vragen als je warme zorg wil geven.
Bij een nieuwe opname krijgen we via de familie of het woonzorgcentrum wat info over de patiënt, waarna we trachten te observeren wat iemand nodig heeft. Echt weten wie iemand is, is evenwel amper te realiseren in gesprek met onze zorgvrager, want bij de meeste patiënten is er gevorderde dementie.
Bij evaluatie van ons zorgpatroon zagen we dat we vaak volgens dezelfde principes te werk gaan. Veranderend gedrag wordt onderzocht, bevraagd, overlegd in team, gekaderd in het huidige medische probleem, maar vermoedelijk nog te weinig getoetst vanuit de onderliggende persoonlijkheid van de patiënt. We stelden vast dat we hem of haar te weinig kenden.
Goede zorg start bij kijken naar de MENS in de-MENS-tie. Om dit te kunnen realiseren wilden wij veel dichter komen bij de mens achter de patiënt.

*Op een moodboard staat kernachtig wie een persoon is en welke thema's voor hem belangrijk zijn. De inspiratie hiervoor vonden we bij UZ Gent.*

We bezochten het UZ Gent, dat een moodboard gebruikt op een kleine unit voor psychogeriatrische patiënten. Op dat moodboard staat kernachtig wie een persoon is en welke thema's voor hem belangrijk zijn. Bovendien is het visueel overzichtelijk opgebouwd.

Dit concept was voor ons een schot in de roos. We namen het concept dankbaar over maar verpersoonlijkten het. We ontwikkelden een eigen veelkleurig moodboard (zie afbeelding en QR-code):
een geplastificeerd A3-document, waarbij je in één oogopslag de essentie van iemand te zien krijgt. Familiaal, gewoontes, karaktertrekken, voeding- en muziekkeuzes, wat rust brengt en wat soms onrust geeft, levensstijl, levenskeuzes. Ook maakten we een vragenbundel als leidraad voor het familiegesprek (zie QR-code hieronder).



*moodboard op de kamer*

Het laatste blad van de vragenbundel bevat twee belangrijke vragen: één over de verwachtingen van de opname, één over het levenseinde (oriënterende vragen voor een latere DNR-code). Deze vragen blijven in de bundel en verschijnen niet op het moodboard.

`De afname verloopt als volgt: we organiseren een overlegmoment met familie, niet telefonisch. Na dit live gesprek met twee à drie mensen (we vragen meestal partner en enkele kinderen of de mensen die het dichtst bij de patiënt staan) wordt het moodboard ingevuld en komt dat boven het bed van de patiënt te hangen. Hiertoe tekent de familie voor akkoord op de laatste pagina van de vragenbundel. Zo gebeurt alles conform de privacywetgeving. Het moodboard wordt vervolgens ingescand in het elektronisch patiëntendossier. Bij ontslag wordt het meegegeven naar huis of naar het woonzorgcentrum. Bij snelle heropname wordt het vorige mood-

board overgeschreven zonder hernemen van de vragenbundel. Na enige oefening door zorgverleners neemt de afname uiteindelijk 30 (tot max 45) minuten in beslag.
Het moodboard maakte, door het veelvuldig te testen in de praktijk, ook een evolutie door. Enkele maanden na gebruik werd een extra vak levensbeschouwing aangemaakt, dat de belangrijkste waarden van de persoon weergeeft, een aanvulling door de pastorale dienst.

De eerste weken namen enkel de leden van het veranderteam het moodboard af. Daarna werd dit aangeleerd aan het volledige team. Deze aanpak lukte. We merkten echter al snel dat familie liefst na 16u langskomt, net tijdens de drukke avondshift, wat een afname door een verpleegkundige moeilijk maakt. Ook de ergotherapeut en logopediste werken tot 16u, dus dat was niet eenvoudig.

Als ondersteuning voor het team nam ook de arts daarom vaak het moodboard af.

> *'Voor mij als geriater leidde dit tot een sneller en groter inzicht in de problematiek/het gedrag en tot een genuanceerdere aansturing van aanpak, een sterker contact met familie, een merkelijk groter vertrouwen van de familieleden in het team. Ze geven concreet aan veel geruster te zijn nu ze merken dat vader/moeder benaderd zal worden vanuit wie hij echt is!'*
> Dr. Van Dessel

Op dit moment werken we met een afname van het moodboard op afspraak: door de ergotherapeut, logopedist, hoofdverpleegkundige (voor 16u telkens), door de sociaal werker en arts (na 16u).

Wat is het effect van het moodboard?

We zien een zeer grote opbrengst *voor de patiënt zelf* in verhouding tot de (beperkte) inspanning: het maakt hem tot de mens die hij helemaal mag zijn, en geen patiënt met dementie. Concreet zagen we het volgende:

Tijdens het wassen of verzorgen kan de zorgverlener praten over wat de patiënt boeit, over zijn familie … en het verhaal starten. We merken dat patiënten dan mee lachen, of mee willen praten. We merken een positief effect.

Het is een kapstok voor de aanpak van moeilijk hanteerbaar gedrag: Door te weten wat helpt en niet helpt (tips van thuis, gewoontes) zoals bv. geen felle geluiden, graag traag wassen, altijd muts op want heeft het snel koud, juiste muziek opzetten …. kan je op een betere manier anticiperen.

Grote opbrengst voor de patiënt zelf, die geniet in kleine gesprekken over hobby's van vroeger. Na het vragen aan hem hoe darts spelen vroeger verliep en wanneer hij meestal schaatste, zei Manuel:

> *'Oh wat een heerlijkheid om iemand hier bij mij te hebben die mijn leven weer oprakelt! Dit is helemaal heerlijk, zo leefde ik, dat was ik vergeten!'*

Voor een grotere opbrengst plannen we dat een vrijwilliger of een andere medewerker tijd maakt om het moodboard eens te overlopen met de patiënt zelf, de eerste dagen nadat het opgehangen werd. We zijn dankbaar voor dit idee, geopperd door Nele Spruytte, meter van ons project!

We zien ook een sterk positief effect *voor de zorgverleners*:
De essentie van wie deze man/vrouw is, waar hij voor staat kan je gewoon aflezen!
Verpleegkundige Nils (vaste nacht) getuigt:

*'Het moodboard werkt! Dit kan zelfs 's nachts de patiënt kalmeren. Als een patiënt erg overstuur is, begin ik te spreken over interesses of over hun vroegere job. Dan worden ze rustiger en kan ik erger voorkomen.'*

Dankzij het moodboard is er een duidelijk verschil in het kijken naar de patiënt. Er is meer respect. De patiënt is een MENS en geen zieke.
We zien een merkbare verandering in het team, waarbij tussendoor nu vaker met meer interesse en oprechte waardering gesproken wordt over een patiënt: *'Wist jij dat Jef ooit Lukaku getraind heeft?' en 'Wist jij dat meneer X een eigen radiozender Edelweiss heeft opgericht?' en 'Ik las dat mevrouw Y 7 talen spreekt waaronder Zweeds!'*

*'Het moodboard geeft me info om een zinvol gesprek met persoon en familie aan te knopen, de dialoog te onderhouden, te werken aan de precaire vertrouwensband, valkuilen te vermijden. Het werkt echt, dat voel je en dat zie je aan de blik van het individu dat zich plots (h)erkend voelt. Het stimuleert mondigheid... In dialoog gaan om zo het eeuwige eenrichtingsverkeer van de bemoeizorg te doorbreken... Chapeau!'*
Verpleegkundige Yves

Ook is er een sterk positief effect *voor de familie*.
Families zien dat we zoeken naar wie vader of moeder echt was en dat geeft veel vertrouwen. Het legt de basis voor een goede samenwerking! '*Wij zijn erg blij dat je dit gesprek met mij doet.' 'Ik waardeer het erg dat jullie geïnteresseerd zijn in wie mijn man echt is.'*
Soms zijn er families die door de afname van het moodboard terug stilstaan bij wie moeder/vader echt was voor hen, wat door de ziekte vaak ondergesneeuwd raakte. We zien broers en zussen genieten van samen na te denken en verhalen op te rakelen bij vragen die we stellen.
Na ontslag krijgen families het moodboard mee naar huis. Zo kreeg het bijvoorbeeld een bijzondere plek in de living door de echtgenoot van een overleden vrouw. Hij was trots te horen dat zijn kinderen dit allemaal over hun mama hadden verteld! We merken ook dat het een positief effect heeft als we het moodboard meegeven naar het woonzorgcentrum. Het geef ons concrete tips voor aanpak, maar het helpt ook om snel een goed zicht te krijgen op het levensverhaal van deze persoon. Intersectoraal werken over de grenzen van organisaties heen, kan dus.

Tips bij het moodboard:
- We raden aan om goed te noteren wie welk familielid is, goed navragen aan het aanwezige familielid wie allemaal bij de familie hoort. Goed opletten dat je niemand vergeet. Ook proberen we de namen van gelijke generaties even groot te schrijven.
- Soms laten we bewust de meest gevoelige punten weg op het moodboard. Bv. iemands dochter werd vermoord: dat blijft gewoon een kruisje naast de naam. Iemands kleinzoon heeft het syndroom van Down en is haar favoriete kleinkind: die info komt wel in het dossier, maar staat enkel met een asterisk aangeduid op het moodboard.
- Indien je het moodboard bij elke patiënt wil afnemen, is het toch een vrij grote tijdsinvestering voor het team. Dit was voor ons niet haalbaar.
- Bij wie nemen we het moodboard af? Het moodboard brengt voor ons de grootste meerwaarde bij patiënten die weinig tot niets zelf kunnen aangeven én die hier langere tijd verblijven. Daarom wordt bij een opname van minder dan zes dagen het moodboard niet gemaakt. Patiënten die honderduit vertellen over zichzelf en heel goed hun noden kunnen aangeven, worden vaak ook uitgesteld, gezien geringere opbrengst. Families vonden het soms raar dat de kamergenoot er wel één krijgt en hun vader/moeder niet. Wel merken we begrip wanneer we de reden uitleggen.

Op dit moment nemen we zeker een moodboard af bij volgende patiënten: oppuntstelling dementie/ opname voor gedragsproblemen/ lange opname/ matig tot ernstige dementie/ mensen met jongdementie.

De volgende stappen?

Onze andere geriatrie-afdelingen waren bijzonder onder de indruk van het effect van het moodboard voor patiënt en zorgverleners. We plannen daarom om het moodboard uit te rollen over de vier geriatrische afdelingen. Zij werken met personen zonder of met beginnende dementie, maar ook zij zoeken naar tools om meer persoonsgericht te werken. Zij gaan onderzoeken bij welke patiënten zij het meest voordeel boeken hiermee.
Alle fit-o-meters bekijken?

Het moodboard kan intersectoraal een belangrijk persoonsgericht communicatiemiddel zijn. Daarom willen we de komende maanden het ontwikkelde moodboard en de vragenlijst delen binnen de Emmaüsgroep, waartoe het ziekenhuis behoort. Ook plannen we enkele informatiemomenten voor woonzorgcentra uit de regio en voor voorzieningen binnen onze eerstelijnszone. Op die manier hopen we ons steentje bij te dragen aan continuïteit in de zorgverlening en aan een cultuur van meer afgestemde zorg.

## *Naar een meer zinvolle dagbesteding*




Bij een dementievriendelijke inrichting hoort ook zinvolle dagbesteding. Er bleken immers veel ‘dode uren’ voor heel wat patiënten. Daarom zette het veranderteam, samen met het volledige team van Het Anker, in op een diverser aanbod aan dagbesteding. Zo kwamen er fit-o-meters in de gang. Dit is een reeks van 8 tot 10 kaders aan de muur waarop een eenvoudige fysieke oefening uitgebeeld staat, die je ter plekke kan doen. Bv. ‘*Ga 10 x op je tenen staan’*. Dit initiatief werd aan een deelgroep gegeven en helemaal gedragen door twee verpleegkundigen en onze kinesitherapeut. Ze maakten niet alleen een fit-o-meter met oefeningen voor nog min of meer valide personen, maar ook een rol-o-meter waarbij oefeningen met rollator voorgesteld worden! We nodigen hiermee onze patiënten uit tot meer bewegen, we moedigen familieleden aan om de patiënt hierin te steunen en te vergezellen.
We beslisten om de fit-o-meters op te hangen in de gang, aan de zijde het verst van de buitendeuren, zodat dwaalgedrag vermeden wordt en de patiënten automatisch meer georiënteerd worden richting centrum, richting dagzaal.

De ergotherapeute maakte, met behulp van alle leden van het team, een aantal reminiscentiekoffers. Momenteel hebben we een koffer vol handschoenen en één met kaartjes en menu’s. De afdeling ging op zoek naar boeken en spelletjes om de nieuwe boekenkast te vullen.

Sinds enkele maanden hebben we elke dinsdagmiddag een filmactiviteit. We gingen op zoek naar een dvd-speler en legden onze eigen filmcollectie met klassiekers aan. Elke dinsdag begeleidt een vrijwilligster deze activiteit. Dit werkt zeer stimulerend, onze mensen zitten samen in de leefzaal, genieten van de film, sommigen leven mee naar de pointe, andere kijken naar de liefelijke taferelen en *Lassie* is de film met tot nog toe de grootste succesratio!

*Onze toekomstplannen? Nog meer inzetten op de rol van mantelzorgers op de afdeling: als bondgenoot, als medezorgverlener, als expert, als cliënt …*

## Onze toekomstplannen

In dit project werkten we rond verschillende thema's, waarvan we er twee belichtten in deze publicatie. We hebben echter nog heel wat toekomstdromen. Zo willen we in de toekomst zeker meer specifiek werken rond jongdementie, wat een stijgende groep op onze afdeling wordt. We willen ook een raadpleging voor mensen met jongdementie opstarten, in samenwerking met de neurologen. Verder willen we ook meer inzetten op de rol van mantelzorgers op onze afdeling: als bondgenoot, als medezorgverlener, als expert, als cliënt … We zouden dit een grote meerwaarde vinden, maar vonden het belangrijk dat we eerst onszelf allemaal en helemaal achter onze visie en ons plan zetten. Dan kunnen we dit deelproject ook beter uitwerken.

### *Onze tips voor andere zorgvoorzieningen*

- We raden aan om regelmatig met het volledige team te overleggen en om iemand uit het verander-team hiervoor aan te stellen.
- Mensen die werken in de zorgsector zijn doorgaans geen managers of bedrijfsmensen. Ze hebben geen bedrijfscultuur van zelfreflectie of van 'wat kunnen wij nu anders doen zodat het toch beter wordt. Ze doen de taken die er zijn, lopen mee in een groter systeem, zonder de intrinsieke eigen waarde te zien of in vraag te stellen. Dankzij het project konden wij reflecteren en we schrokken ervan hoeveel tegelijk naar boven kwam en nog meer van wat je allemaal kan veranderen!
- Wij werken al zovele jaren met personen met dementie, maar hadden geen connectie met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Deze link en de link met het regionale expertisecentrum dementie is nu echt een meerwaarde.
- Veranderen is niet makkelijk, maar doet deugd, en het kan alleen als je het samen doet.
- We benadrukken de schoonheid van dit project en zijn opzet: maandelijks samenzitten met iemand van het expertisecentrum dementie maakt dat je het *zelf* wel moet doen, het is je eigen project, maar iemand doet je kijken. Je wordt uitgedaagd om telkens vooruit te gaan, zin of geen zin, tijd of geen tijd. Het maken van een draaiboek verplicht je om het allemaal eens op te schrijven. Het maken van foto's onderweg geeft je de kans om je eigen klungelen of je eigen slagen te zien, en dat doet deugd. De beide. We maken doorgaans te weinig beelden van onszelf als zorgverlener. We kregen door dit project bijzonder veel leerkansen. We namen er al heel wat en we hebben er nog een heel deel voor in de toekomst.
- Een sterkte van het project is ook dat je mag zijn wie of wat je bent. Je mag trager gaan dan verwacht, dan bekijken we gewoon welk obstakel er exact is. Daar leer je veel uit.

- Het is een sterkte om een multidisciplinair team te hebben (arts, logopedist, ergotherapeut, sociaal werker, middenkader, hoofdverpleegster en verpleegster) maar het nadeel hiervan is dat het project over de hoofden gaat van wie het dagelijks uitvoert: in het perfecte veranderteam hebben verpleeg- en zorgkundigen een grote vertegenwoordiging!

# Ziekenhuisnetwerk Antwerpen Hoge Beuken

Auteurs: Nore Somers en Ellen De Roeck

*'Het geheim van verandering is om al onze energie te richten, niet op het bevechten van het oude, maar op het bouwen van het nieuwe'*
Socrates

## Wie zijn wij?

### *De organisatie*

ZNA Hoge Beuken te Hoboken, een ziekenhuis voor geriatrie en revalidatie, behoort tot het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen. Dit omvat in en rond Antwerpen drie algemene en zes gespecialiseerde ziekenhuizen, twee medische centra en een woonzorgcentrum. Het project *deMENS in de zorg* werd opgestart op de hospitalisatie-afdelingen neurologie van ZNA Hoge Beuken. Sinds januari 2020 zijn er twee neurologiehospitalisatie-afdelingen waar maximaal veertig personen kunnen verblijven. Eén afdeling richt zich op diagnosestelling; op de andere afdeling verblijven vooral mensen met dementie.

*Doelgroep*
Onze neurologie-afdelingen bieden diagnosestelling en revalidatie voor personen met cognitieve en neurologische problemen. We hebben jaarlijks ongeveer 380 opnames en de patiënten verblijven gemiddeld veertig dagen bij ons. Onze patiënten zijn gemiddeld 75 jaar en de meerderheid van hen



heeft een vorm van dementie. De meeste patiënten worden rechtstreeks van thuis opgenomen. De tweede grootste groep wordt verwezen vanuit een ander ziekenhuis. De meest voorkomende redenen van opname zijn moeilijk hanteerbaar gedrag en diagnosestelling.

*Samenstelling van het team*

Ons multidisciplinair team bestaat uit verpleegkundigen, zorgkundigen, logistieke medewerkers, housekeeping, ergo- en kinesitherapeuten, logopedisten, psychologen, diëtisten, medewerkers van de

levensbeschouwelijke zorg, maatschappelijk assistenten, een neuroloog in opleiding en neuroloog-supervisor.

*Missie en visie van de afdelingen neurologie ZNA Hoge Beuken*

Bij de aanvang van het project bleken we niet te beschikken over een gedegen en door iedereen gedragen visie op wat persoonsgerichte zorg op onze afdelingen betekent. In samenspraak met de collega's kwamen we tot een missie- en visietekst die nu de toetssteen is waarmee we ons dagelijks handelen evalueren:

WAAR STAAN WE VOOR?

- We benaderen de mensen op onze afdeling als een unieke persoon en houden rekening met ieders voorkeuren.
- We steunen en begeleiden actief de mantelzorgers en familie.
- We hebben oog voor de noden van onze medewerkers en zorgen voor een aangename, leerrijke en veilige werkomgeving.

HOE WILLEN WE DIT BEREIKEN?

Goede zorg op de afdeling Neurologie ZNA Hoge Beuken steunt op 3 pijlers:

Goede zorg voor onze patiënten

**'IK BEN IK EN DAT MAG'**

De **persoon staat centraal**. We hebben oog voor de lichamelijke, sociale en psychische dimensie en laten ruimte voor zingeving. Daarom leren we graag iemands verleden, zijn persoonlijke waarden, mogelijkheden en wat hem eigen maakt kennen. Deze zorg bieden we in een **veilige en warme omgeving**.

Goede zorg voor de mantelzorgers en familie

**'SAMEN ZORG DRAGEN'**

We betrekken naasten en familie in het zorgtraject. We luisteren naar hun verhaal, hun wensen en bekommernissen. We nodigen hen uit om mee te beslissen over de zorg. Een **samenwerkingsrelatie** staat voorop.
We vinden het hierbij belangrijk dat patiënten, mantelzorgers en naasten **vertrouwen** hebben in ons als zorgverleners.

Goede zorg voor en door de medewerkers

**'EEN BEKWAAM TEAM'**

Onze medewerkers zijn deskundig. Als team zorgen wij ook voor elkaar. We ondersteunen en inspireren elkaar in het bieden van goede zorg. Onze basishouding bestaat uit authenticiteit, integriteit, **respect en een open ingesteldheid**. We werken **multidisciplinair**, we gaan hierbij voor een vlotte en open communicatie tussen de verschillende disciplines.

## *DEELNAME AAN HET PROJECT*

Cera en de Vlaamse overheid daagden de afdeling neurologie van ZNA Hoge Beuken uit om met de deskundige hulp van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen onze werkwijze door te lichten vanuit het oogpunt van persoonsgerichte zorg voor personen met dementie. Deze kritische analyse leidde tot kleine, maar ook grotere veranderingen in hoe we omgaan met mensen met dementie en hun naasten en in de communicatie met professionele zorgverleners. Doorheen dit hoofdstuk nemen we je mee in de vele facetten die met deze veranderingen gepaard gaan. We lichten hierbij twee thema's in detail toe, m.n. de mantelzorgbadge en het 'warm onthaal'.

*Een kritische evaluatie van ons dagelijks handelen toonde aan dat het bieden van afgestemde zorg nog te veel afhankelijk was van de individuele zorgverlener en onvoldoende ondersteund werd door een gedeelde zorgvisie.*

*Motivatie*

Een kritische evaluatie van ons dagelijks handelen toonde aan dat het bieden van afgestemde zorg nog te veel afhankelijk was van de individuele zorgverlener en onvoldoende ondersteund werd door een gedeelde zorgvisie. Zowel het team als de mensen met dementie en hun naasten merkten dat we onvoldoende konden tegemoetkomen aan de individuele noden en behoeften van de zorgvragers. Het project bood ons de kans om alle neuzen in dezelfde richting te krijgen, om veranderingen door te voeren én om stappen te zetten om deze veranderingen te bestendigen.

*Doelgroep*

Het project richt zich op de persoon met dementie, zijn naasten én alle werknemers van de afdeling neurologie Hoge Beuken die betrokken zijn in de dagelijkse zorg voor de persoon met dementie.

*Het veranderteam*

> *'De veranderteams geven me energie, ze zorgen ervoor dat ik weer zin krijg om er tegenaan te gaan.'*
> hoofdverpleegkundige

We werken met een kernteam en een veranderteam. Het *kernteam* bestaat uit twee psychologen en de twee hoofdverpleegkundigen van de afdelingen neurologie. Hun taak is het coördineren van de uitwerking van de doelen die in het veranderteam worden bepaald. Het *veranderteam* bestaat uit het kernteam, onze begeleider vanuit het EDV*, het RECD**
en vertegenwoordigers van alle disciplines werkzaam op onze afdeling. Deze vertegenwoordigers zijn niet allemaal op alle vergadermomenten aanwezig maar blijven wel op de hoogte via de vergaderverslagen. Ook een mantelzorger neemt deel aan het veranderteam. Zij brengt ideeën in en toetst of onze ideeën tegemoetkomen aan de noden en wensen van mantelzorgers. De taak van het veranderteam is het bepalen van doelstellingen en het uitwerken ervan in concrete thema's.

* Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
** egionaal expertisecentrum dementie Orion ism PGN




*het veranderteam*

Het veranderteam bestaat uit de volgende personen

- Corinne Assenheimer, consulent levensbeschouwelijke zorg
- Carine Ceyssens, arts fysische geneeskunde en revalidatie
- Vanessa Cloetens, zorgkundige
- Lieve De Caluwe, mantelzorger
- Mirte De Laet, stagiair-psycholoog
- Paulien De Langhe, psycholoog
- Marc De Mol, consulent levensbeschouwelijke zorg
- Ellen De Roeck, psycholoog
- Pegie Dom, verpleegkundige
- Kelly Mast, ergotherapeut
- Ingrid Panis, verpleegkundige
- Britt Saive, maatschappelijk assistent
- Nore Somers, psycholoog
- Marilien Tegenbos, ergotherapeut
- Francine Van Reeth, directeur patiëntenzorg
- Tanja Van Staeyen, verpleegkundige
- Ans Vanneste, hoofdverpleegkundige
- Mariette Vermeulen, hoofdverpleegkundige

*Doelstelling*

We startten het project met een introductie aan al onze medewerkers op de afdeling. We lichtten het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie toe en vroegen onze medewerkers naar feedback per fundament uit het boek. We gebruikten een korte vragenlijst waarin we peilden naar wat onze medewerkers onze sterke punten vonden inzake persoonsgerichte zorg en wat ze graag wilden veranderen*. Deze input vormde het uitgangspunt voor het veranderteam om de *doelstellingen* van het verandertraject te bepalen:

* We maakten gebruik van voorbeelden en voorbeelddoelstellingen uit het boek Dely, H., Verschraegen, J., & Steyaert, J. (2018). *Ik, jij, samen MENS*. Antwerpen: EPO.



(1) het meer actief betrekken van de mantelzorger
(2) het verbeteren van de communicatie tussen medewerkers en tussen medewerkers, patiënt en zijn naasten zodat persoonsgebonden informatie beter wordt opgevangen, doorgegeven en gebruikt
(3) aanpassingen in het interieur en vrijetijdsactiviteiten

*Werkwijze en het proces*

Deze doelstellingen werden door het veranderteam vertaald in *concrete werkpunten* zoals de onthaalprocedure en de informatieflow (zie QR-code); werkpunten die onze onmiddellijke aandacht vroegen (bv. het actiever betrekken van de mantelzorgers) en werkpunten die slechts op langere termijn realiseerbaar waren (bv. aanpassingen in het interieur).

We brainstormden veel, werkten met post-its en visualiserende methoden om ideeën te stroomlijnen en te concretiseren.

*Bij introductie van nieuwe werkinstrumenten organiseerden we opleidings- en overlegmomenten en namen collega's de rol van buddy en coach op.*

Elke maand was er *overleg* van het veranderteam, waarna *taken werden verdeeld* die tegen het volgende overlegmoment door de verantwoordelijke medewerker verder werden uitgewerkt. Alle medewerkers hielden we op de hoogte door het verspreiden van *nieuwsbrieven.* Bij introductie van nieuwe werkinstrumenten organiseerden we *opleidings- en overlegmomenten* en traden enkele medewerkers op als *buddy/coach* om hun collega's te helpen met het gebruik van de nieuwe werkinstrumenten.
De nieuwe werkwijze *stuurden we bij aan de hand van de feedback* van de gebruikers. Om te vermijden dat de nieuwe werkwijze verwatert *blijven we inzetten op coaching*.

In wat volgt lichten we twee interventies toe uit het grotere geheel van actiepunten die aan bod kwamen en nog zullen komen in de loop van het verandertraject.

## Thema 1: persoonsgerichte intake – 'een warm onthaal'

*Je komt binnen in een grote zaal. Hier en daar staan mensen, je kent ze niet. Je dochter staat naast je. Je merkt dat ze zenuwachtig is. Ze zegt: 'Kom ma, we spreken een verpleegkundige aan.'*

Dit scenario kan op verschillende manieren verdergaan. Het is mogelijk dat de verpleging druk bezig is met het rondbrengen van maaltijden en het bedelen van medicatie zodat jij en je dochter lang moeten wachten tot iemand even tijd voor jullie maakt. Je wordt wat onrustig door de vele geluiden die gepaard gaan met het uitdelen van maaltijden, je panikeert wanneer je dochter wil vertrekken ... Dit is niet de beste start van een ziekenhuisverblijf dat op zich al een stresserend moment is voor alle partijen.

*Je wordt onmiddellijk welkom geheten en krijgt iets te drinken. Binnen de 48u na aankomst stellen we een moodboard op.*

Maar je kan je ook volgend scenario voorstellen: je komt binnen samen met je dochter. Een verpleegkundige komt naar je toe, heet je welkom en biedt je een stoel en kopje koffie aan om even te wachten. De verpleegkundige zegt dat ze nu nog even moet helpen met de medicatiebedeling maar dat ze over een halfuurtje tijd heeft om je kamer te tonen en je rond te leiden. Dit stelt je gerust.

Omdat we willen dat iedereen een warm welkom krijgt, hebben we een scenario uitgewerkt dat we ook meteen 'een warm onthaal' doopten. Het idee van een warm welkom steunt vooral op de *fundamenten* 'afgestemde zorg' en 'het betrekken van mantelzorgers en naasten' uit het referentiekader.
De *doelstellingen* van het warme onthaal zijn informatie geven en verzamelen, mantelzorgers en naasten betrekken vanaf de eerste dag van opname, patiënt en mantelzorger begeleiden in het zich vertrouwd maken van de nieuwe omgeving, het vergroten van de voorspelbaarheid van de omgeving en kennismaken met medewerkers uit verschillende disciplines.
De *tools* die we hiervoor ontwikkelden in dit project zijn 'de opnameflow', de 'checklist warm onthaal' en het 'moodboard'.

### *Opnameflow en checklist warm onthaal*

Dit ideale, warme onthaal begint *nog voor de nieuwe patiënt arriveert*. We voorzien duidelijke brochures en info op de website over een verblijf op onze afdelingen. Deze informatie bespreken doorverwijzers voor opname met de patiënt en zijn naasten. Zo vermijden we dat patiënten opgenomen worden met foute verwachtingen. Een voorbeeld: patiënten verblijven doorgaans meer dan een maand bij ons. Het is dan ook belangrijk dat de verwijzer dit correct kadert wanneer hij onze werking uitlegt.

De sociale dienst vraagt doorverwijzers ook om naasten/familie te motiveren om aanwezig te zijn bij opname. Zo heeft de persoon met dementie een vertrouwd gezicht bij zich. Indien naasten of patiënt dit wil(len), kan er voor opname een kennismakingsbezoek plaatsvinden op onze afdeling.
We duiden dagelijks tijdens elke shift *twee personen aan die instaan voor het onthaal* van de nieuwe patiënten en hun familie.

De ideale situatie ziet er volgens ons zo uit:
Wanneer een patiënt en zijn naasten aankomen, worden ze onmiddellijk welkom geheten en krijgen ze iets te drinken. Na maximaal een half uur komt er een verpleegkundige of zorgkundige om info te geven, de kamer te tonen, een rondleiding te geven op de afdeling, de eerste verpleegkundige verrichtingen te doen ... Binnen de 48u na aankomst stellen we een moodboard op. Om ervoor te zorgen dat er na het wisselen van de shift geen onduidelijkheid bestaat over welke nieuwe patiënt welke informatie reeds heeft gekregen, gebruiken we een checklist *'warm onthaal'*. Er zijn ook duidelijke afspraken over het tijdsbestek waarbinnen informatie moet worden gegeven en bevraagd. Het secretariaat van de afdeling stelt op voorhand een blanco opnamedossier samen. Dit dossier bevat alle documenten die bij een nieuwe opname moeten worden ingevuld, alsook de informatiebrochures voor de patiënt.

De checklist warm onthaal:

## *Een moodboard*

Om op een eenvoudige manier informatie te verwerven over de persoon achter de aandoening, ontwikkelden we een moodboard. Dit moodboard, geïnspireerd op dat van UZ Gent, geeft in één oogopslag informatie weer over belangrijke naasten, achtergrond, gewoonten, ergernissen enz. Deze info helpt ons om de eigenheid van een persoon te begrijpen, maakt reacties begrijpelijker en geeft handvatten van hoe om te gaan met de persoon met dementie. In het vorig hoofdstuk zagen we daarvan al uitgebreide bespreking van het moodboard. Hieronder volgt onze toepassing.

Het blanco moodboard en de bijhorende voorbeeldvragen:

Om te kunnen waarborgen dat het moodboard voor elke patiënt op een kwalitatief goede manier wordt afgenomen en wordt gebruikt, spraken we *richtlijnen* af:

- Binnen 48 uur na opname vult een verpleegkundige/zorgkundige samen met de familie en de nieuwe patiënt een moodboard in.
- Om het invullen te vergemakkelijken stelden we voorbeeldvragen op waardoor je je als invuller kan laten leiden (zie QR-code hierboven).

**MOODBOARD PERSOONSGERICHTE ZORG: AFDELING SP NEUROLOGIE HOGE BEUKEN** **Naam patiënt** **Geboortedatum**

| | | |
|---|---|---|
|  *Belangrijke naasten* |  *Beroep*<br>*Vrije tijdsbesteding* |  *Positieve afleidingsinterventies* |
|  *Bekommernissen familie* | roepnaam |  *Ergernissen* |
|  *Hygiëne* |  *Rust en slaap* |  *Gewoonte* |

Ingevuld door:
Met ▫ patiënt ▫ naaste(n):

Nieuwe informatie:
Datum afname:

Dank aan UZ Gent voor de inspiratie

- Het invullen oefenden we in tijdens oefenmomenten. Bovendien zijn er op elke afdeling enkele collega's die het moodboard reeds goed in de vingers hebben en die steeds ter beschikking staan om de andere collega's te assisteren indien zij dat wensen. Deze collega's blijven opvolgen of het moodboard wordt ingevuld en bewaken de kwaliteit ervan.
- Omdat we enige schroom opmerkten bij sommige collega's om met families in gesprek te gaan, oefenden we ondersteunende gespreksvaardigheden in.
- Het moodboard bewaren we in de verpleegkaft. Omdat onze patiënten overdag in de gemeenschappelijke ruimtes verblijven, kozen we ervoor om het moodboard niet op te hangen in de kamer.
- Enkele elementen van het moodboard worden overgenomen in het SBAR-document,*

waardoor ze zeker besproken worden tijdens de overdracht.

*Door de patiënt als mens te leren kennen, begrijp je zijn reacties beter. Het moodboard geeft handvatten van hoe om te gaan met die persoon.*

## *Wanneer hebben we ons doel bereikt?*

Voor ons is het warme onthaal geslaagd als alle patiënten en hun naasten zich bij het onthaal welkom voelen, uitgebreid geïnformeerd zijn, als de naasten met een gerust hart hun geliefde overdragen aan onze zorgen en als het moodboard volledig en kwalitatief goed is ingevuld. Daarnaast willen we dat de medewerkers de verkregen persoonsgerichte informatie correct laten doorstromen naar het team.



* SBAR is een acroniem voor situatie (situation), achtergrond (background), beoordeling (assessment) en aanbeveling (recommandation). Het is een werkwijze die een efficiënte communicatie tussen hulpverleners vergemakkelijkt.

Het is voor ons geslaagd als de verschillende disciplines de verkregen informatie uit het moodboard vlot kennen en gebruiken. We streven ernaar dat het moodboard van een statisch naar een dynamisch document evolueert waarbij alle collega's doorheen het ziekenhuisverblijf persoonsgerichte informatie blijven toevoegen.
Om onze doelstelling te vrijwaren zorgen we ervoor dat alle documenten en brochures klaarliggen op de dag waarop een nieuwe patiënt wordt opgenomen. Elke dag is er iemand verantwoordelijk voor het onthaal. Alle medewerkers kennen het warme onthaal en worden door collega's en leidinggevenden aangemoedigd de procedure toe te passen. We blijven de medewerkers ondersteunen via coaching.

## *Ervaren voordelen 'warm onthaal'*

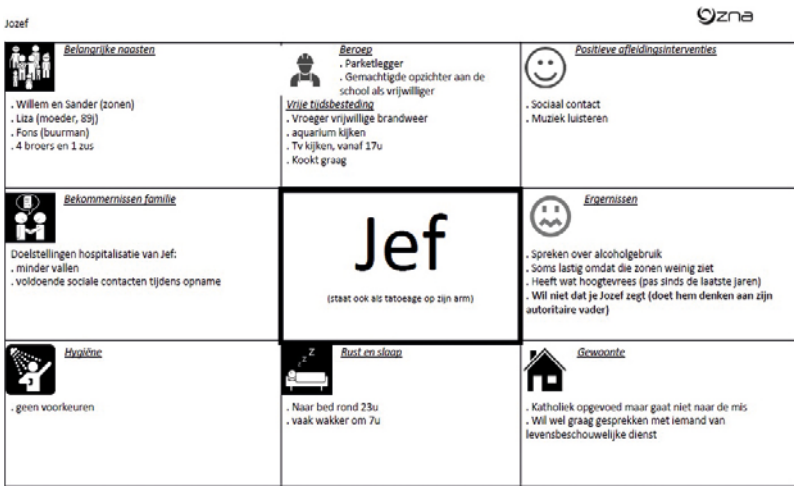
De hierboven beschreven werkwijze passen we al een aantal maanden toe. We merken hierbij de volgende voordelen op:

- Het onmiddellijk betrekken van de familie schept vertrouwen en zorgt ervoor dat familie opener en met meer vertrouwen met de medewerkers communiceert.
- Families ervaren het invullen van het moodboard als aangenaam, ook wanneer dit door bijzondere omstandigheden zoals corona telefonisch gebeurt. Het stelt hen gerust dat we interesse tonen in de patiënt en zijn leven voor de opname. Het zorgt er ook voor dat we op een andere manier met families communiceren.
- Het moodboard is een aanleiding om een gesprek aan te gaan met de familie en biedt hiervoor een structuur. Voor sommige teamleden werkt dit drempelverlagend.
- Medewerkers die terugkomen uit vakantie of invalkrachten geven aan dat ze dankzij het moodboard op een snelle manier de nieuwe patiënten leren kennen.
- De informatie uit het moodboard helpt eveneens om een gesprek aan te gaan met de patiënt. Doordat je bijvoorbeeld de namen van zijn naasten kent, geeft dit een zekere rust en vertrouwen voor de medewerkers.

De informatie uit het moodboard is in de praktijk al vaak zeer handig geweest. Enkele voorbeelden:

**Jef**

De naam op de identiteitskaart is vaak niet de naam waarmee mensen het vaakst worden aangesproken. Daarom vragen we nu steeds naar de roepnaam. Zo hebben we bijvoorbeeld 'Simonne' die iedereen 'Bertje' noemt, 'Marina' waar alle vriendinnen 'Mia' tegen zeggen en 'Leopold' die ze 'Pol' noemen. Sommige mensen met dementie kunnen niet meer zeggen welke naam ze verkiezen. Het expliciet vragen aan de familie is dan nodig. Het gebruik van de roepnaam kan ook problemen voorkomen. Zo werd 'Jozef' opgenomen op onze afdeling (zie figuur hieronder). Iedereen spreekt meneer aan met 'Jef'. Meneer had een autoritaire vader die hem wel 'Jozef'



noemde. Als je ‘Jozef’ zegt, reageert hij meestal kortaf of boos. Bij ‘Jef’ reageert hij positief. Door dit bij opname al te bevragen konden we voorkomen dat meneer werd aangesproken als ‘Jozef’.

**Paul**

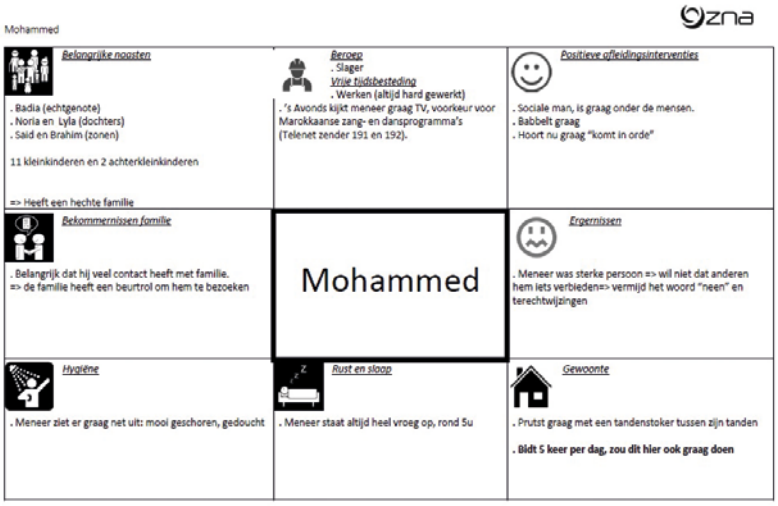
Paul heeft vergevorderde dementie en een afasie en gaat niet graag in bad. Wanneer hij in bad moet, wordt hij agressief. Een douche daarentegen vormt geen probleem. De echtgenote kon ons dit tijdig signaleren dankzij het moodboard.

**Maria**

Maria, 92 jaar, rolstoelgebonden en met dementie in beginnende fase, maakte de bombardementen in Mortsel tijdens WO II mee. Ze kijkt hierdoor absoluut niet graag naar gewelddadige films of oorlogsscènes op tv. Door dit vanaf dag één te bevragen, kunnen we voorkomen dat we Maria samen met andere patiënten naar gewelddadige beelden op tv laten kijken.

**Mohammed**

De familie van Mohammed gaf aan dat het voor meneer steeds belangrijk was om te bidden. We maakten daardoor de afspraak dat meneer zich een aantal keer per dag mocht terugtrekken om te bidden.




## *Ervaren hindernissen bij implementatie*

Hoewel we in de praktijk veel voordelen ervaren van het ‘warm onthaal’, is het implementeren ervan niet altijd van een leien dakje gelopen. De volgende *struikelblokken* kwamen we tegen:

Er zijn veel praktische zaken (minimumbezetting personeel, het moment van aankomen van de patiënt op de dienst zoals tijdens ochtendzorg of maaltijd ...) die het voor de medewerkers moeilijk maken om aan het onthaal prioriteit te geven. Ook merkten we dat het kwalitatief goed invullen van een moodboard tijdsintensief is en vlotter verloopt naarmate men het vaker heeft gedaan. Er is daarbij nog schroom onder de medewerkers om hulp te vragen aan de buddy’s.

De ene zorgverlener doet al liever het onthaal dan de andere. Toch is het voor ons belangrijk dat iedereen het onthaal kan doen. De medewerker die een familie heeft onthaald, merkt immers dat deze familie nadien vaak met vragen tot bij hem/haar komt. Het is daarom belangrijk de onthalen te blijven verdelen tussen de verschillende werknemers.

Een ander struikelblok zagen we wanneer iemand zonder gezelschap van naasten wordt opgenomen. Dan wordt al eens vergeten om het moodboard in te vullen. Dit trachten we op te vangen door het gebruik van de checklist. Ook moeten we er op letten om voldoende aandacht te besteden aan het onthaal van mensen die bij opname zeer verward zijn.

We brengen het moodboard in het elektronisch dossier in. Sommige medewerkers vinden het intypen van de gegevens een hindernis.
En wat met de privacy? Daar ervaren we op vandaag geen problemen mee. Doordat we het moodboard bewaren in het verpleegdossier en elektronisch dossier zien andere families of patiënten dit niet. Bovendien gaven families tot hiertoe unaniem aan dat ze het belangrijk vinden dat deze persoonsgerichte informatie binnen het team gedeeld wordt. Het komt immers de verzorging en begeleiding van hun geliefde ten goede.

We merken dat er een mindshift nodig is. Iedereen dient het onthaal als een prioriteit te zien. Dit moet de leidinggevende duidelijk communiceren. Zo kan de onthaalverantwoordelijke tijdens het welkom heten van een nieuwe patiënt zijn tijd hiervoor nemen en zijn andere taken even overdragen aan collega's.
De grootste *uitdaging* voor ons is nu het blijvend implementeren van het warme onthaal binnen onze werking en alle medewerkers stimuleren om de verworven informatie te gebruiken in de dagelijkse zorg. Daarom blijven we vormingsmomenten en coaching organiseren en zullen we werken met individuele groeimeters*.

### *Adviezen*

Samengevat vormt het 'warm onthaal' voor ons een prioriteit. Een goede start zorgt voor vertrouwen van patiënten en naasten en kan problemen tijdens het ziekenhuisverblijf voorkomen. Voor wie ook een 'warm onthaal'-procedure wil uitwerken voor zijn of haar zorginstelling hebben we volgende adviezen:

- Zorg voor een duidelijke visie vanuit de leidinggevende
- Zit samen met het personeel om de struikelblokken bij het huidige onthaal te bekijken
- Pak deze struikelblokken gestructureerd aan en voorzie handvatten voor het personeel
- Voorzie vormingen en trainingen voor het personeel
- Evalueer regelmatig.

## Thema 2: de mantelzorgbadge

*Rik is onrustig tijdens de maaltijd. Hij staat meerdere keren op van tafel. We merken echter dat Rik wel aan tafel blijft en beter eet wanneer zijn echtgenote naast hem zit. De echtgenote betrekken bij het maaltijdgebeuren brengt Rik rust. Zou zij misschien elke dag willen langskomen tijdens de warme maaltijd?*

*De eerste ervaringen met de mantelzorgbadge zijn positief: minder onbegrepen gedrag, minder stress bij het personeel en meer betrokkenheid bij de mantelzorgers. We leerden de badge kennen tijdens een bezoek aan AZ Maria Middelares.*

Naar het voorbeeld van de mantelzorgbadge van AZ Middelares te Gent, introduceerden we onze eigen procedure die mogelijk maakt dat mantelzorgers tijdens de hospitalisatie taken opnemen. Wanneer het verzorgend team het nuttig acht en wanneer de mantelzorger hiertoe bereid is, wordt deze betrokken in de zorg.

* Voor een voorbeeld zie p.25 in het boek Dely, H., Verschraegen, J., & Steyaert, J. (2018). *Ik, jij, samen MENS*. Antwerpen: EPO

De doelstelling is om zo de continuïteit en de veiligheid van de zorg mee te waarborgen.
Het gebruik van de mantelzorgbadge steunt vooral op de *fundamenten* 'autonomie in geborgenheid', 'afgestemde zorg' en 'het betrekken van mantelzorgers en naasten'.
De *tools* die we hiervoor ontwikkelden is de mantelzorgbadge en een brochure.

## *De mantelzorgbadge*

De mantelzorgers en het team bekijken samen op welke momenten en voor welke taken de mantelzorgers betrokken willen worden, ook buiten de bezoekuren. Zo kunnen ze de patiënt begeleiden naar onderzoeken, helpen bij de maaltijd of aanwezig zijn wanneer de patiënt onrustig is. Indien de mantelzorger dat wenst, kunnen we een gratis maaltijd voorzien.




De mantelzorger die extra taken opneemt, identificeert zichzelf door middel van een mantelzorgbadge. Bij aankomst op de afdeling toont de mantelzorger zijn badge aan de verantwoordelijke verpleging en vermeldt van wie hij mantelzorger is. Er worden geen toegangen verleend via de badge; de badge dient enkel ter identificatie. We maken *duidelijke afspraken* over welke taken de mantelzorgers opnemen, en over wat hun taken niet zijn. Het verzorgende team waakt erover dat de *taaklast voor hen en voor de mantelzorgers niet te zwaar is*.

## *Wanneer hebben we ons doel bereikt?*

De mantelzorgbadge is voor ons een succes als medewerkers dit spontaan als één van de opties gaan bekijken bij moeilijk hanteerbaar gedrag, rekening houdend met de mogelijkheden van een familie. Om de mogelijkheid van deze vorm van mantelzorg levendig te houden, hebben we een verantwoordelijke verpleegkundige die tijdens de overlegmomenten van het team deze optie suggereert en het nadien verder bespreekt met de familie.

## *Ervaren voordelen mantelzorgbadge*

Deze manier om mantelzorgers meer te betrekken werd tot op heden bij enkele patiënten gebruikt.

**Farrid**
Farrid is een man met een gevorderde dementie. Hij spreekt geen Nederlands, waardoor de communicatie moeilijk verloopt. Meneer roept soms urenlang. Hij bijt, knijpt en spuwt naar medewerkers tijdens de verzorging. Voor de opname namen de dochters de verzorgende taken op zich. Ze zijn bereid om dit ook in het ziekenhuis te doen. Er wordt afgesproken dat er elke ochtend één dochter komt om meneer te helpen wassen, aankleden en ontbijten. Rond de middag komt een andere dochter helpen met het middagmaal en tegen de avond eet steeds iemand van de familie met meneer mee en legt één van de dochters meneer weer in bed. Hoewel de medewerkers initieel bedenkingen bij deze regeling hadden, is het in de praktijk een zeer geslaagde werkwijze. Farrid is nu rustig tijdens de verzorging. Ook het roepgedrag is afgenomen. Het personeel ervaart minder stress en de dochters voelen zich betrokken bij de zorg.

**Rik**
Rik is vaak onrustig en dit zeker tijdens de maaltijden. Hij wil niet eten, staat recht en gaat wandelen. Ondertussen is Rik al zo'n 12 kilo afgevallen. Als zijn vrouw komt, zien we dat ze vaak

eten meeneemt en hij dit samen met haar opeet. De echtgenote maakt zich ook zorgen om het gewichtsverlies en samen komen we tot het voorstel dat de echtgenote 's middags langskomt om samen met meneer te eten.

### *Ervaren hindernissen bij implementatie*

De grootste hindernis bij het implementeren was de wat terughoudende opstelling van onze medewerkers. Ze waren bezorgd over de kwaliteit van de zorg en diverse praktische overwegingen: angst voor pottenkijkers, voor misbruik door mantelzorgers, voor de reactie van andere patiënten. *'Dan zit het hier vanaf morgen vol familie'. 'Dan komen die mantelzorgers hier gratis eten'. 'Die familie gaat zich vast bemoeien met andere patiënten'*.
Deze vooroordelen hebben we kunnen counteren door de positieve ervaring met Farrid. Hierdoor zagen en voelden de medewerkers de meerwaarde van het mantelzorgsysteem.

### *Adviezen*

Tips voor wie ook een mantelzorgbadge wil introduceren

- Baken goed af voor welke patiënten en in welke situaties de mantelzorgbadge een toegevoegde waarde heeft.
- Maak goede afspraken met de mantelzorgers: wat kan, wat kan niet.
- Bespreek angsten en vooroordelen met het team.

## Algemene aanbevelingen

Voor afdelingen geriatrie, neuropsychiatrie, neurologie van een ziekenhuis die overwegen hun werkwijze meer af te stemmen op een persoonsgerichte visie op zorgen voor personen met dementie kunnen we vanuit onze ervaring volgende aanbevelingen doen. Deze lijst is uiteraard niet limitatief.

- Omschrijf een duidelijke visie, missie en doelgroep van je afdeling.
- Bewaak dat deze visie en missie ook wordt uitgedragen in het handelen van iedere betrokkene.
- Hou bij het uitwerken van de visie rekening met de zes fundamenten van persoonsgerichte zorg uit het referentiekader dementie. Een visie is de richtlijn waaraan we professioneel handelen toetsen.
- Een veranderproces gaat vaak met een zekere scepsis van de medewerkers gepaard. Zorg voor een continue communicatie met de achterban en peil steeds hoe een verandering ervaren wordt.
- Zorg voor een diverse samenstelling van het veranderteam. Betrek zoveel mogelijk disciplines.
- Betrek eveneens een mantelzorger in het veranderteam. Het heeft de voorkeur samen te werken met een mantelzorger die reeds voldoende weg heeft afgelegd in het aanvaarden van de aandoening van zijn naaste om een zekere afstand te kunnen bewaren.
- Enkele enthousiastelingen stellen een inspirerend voorbeeld en kunnen hun collega's op de werkvloer helpen.
- Denk vanuit mogelijkheden en niet vanuit beperkingen (bv. budget).
- Bewaak de consolidatie van geïntroduceerde veranderingen. Volg op en hou rekening met de feedback van de medewerkers.

# Dienst maatschappelijk werk CM Limburg i.s.m. Ocura vzw

Auteurs: Lies Swerts en Sofie Vandebroek (CM Limburg), Carla Langie (Ocura)

## Wie zijn wij?

Dit pilootproject is een initiatief van twee organisaties: de dienst maatschappelijk werk (DMW) van CM Limburg en Ocura vzw.

### *Welkom bij de dienst maatschappelijk werk van CM Limburg!*

De dienst maatschappelijk werk (DMW) van het ziekenfonds biedt hulp- en dienstverlening aan gebruikers en hun mantelzorgers. Ze richt zich specifiek naar personen die door ziekte, handicap, ouderdom of vanuit sociale kwetsbaarheid tijdelijk of blijvend problemen ondervinden. Met dit project richten we ons op de personen met (een vermoeden van) dementie en hun mantelzorgers.
De dienst maatschappelijk werk van CM Limburg is een dynamisch en enthousiast team dat bestaat uit 34,5 FTE maatschappelijk werkers. Het team beschikt over een referentiepersoon dementie die via opleiding en intervisie garant staat voor de nodige ondersteuning in de zorg voor personen met dementie en hun mantelzorgers in de thuissituatie. Dit kan omdat CM als gezondheidsfonds deze zorg hoog in het vaandel draagt.

### *Welkom bij Ocura vzw!*

Ocura bestaat uit vier woonzorgcentra, in de regio Limburg (Beringen, Herk de Stad, Montenaken en Voeren). Wij zorgen voor bewoners met een profiel B tot Cd, aD.  Het merendeel van de bewoners in onze regio is aangesloten bij de Christelijke Mutualiteit, waardoor de samenwerking met hen in dit pilootproject voor de hand lag.

## *Waarom zijn we in dit pilootproject gestapt?*

Voor de dienst maatschappelijk werk van CM Limburg en Ocura vzw staat persoonsgerichte zorg en begeleiding voorop. We dienden samen dit dossier in om het traject dat mensen met dementie meemaken, van de thuissituatie tot in het woonzorgcentrum, op verschillende punten te optimaliseren.

Ons project was drieledig: ten eerste wilden we inzetten op een stijging van professionalisering van het team van de DMW door het bevragen van hun noden en het aanbieden van vorming op maat. Onze maatschappelijk werkers hebben allemaal de vorming tot dementiekundige basiszorger gevolgd en komen in hun hulpverlening regelmatig in contact met personen met dementie en/of hun mantelzorgers. Hun expertise m.b.t. dit thema kent dan ook al een stevige basis. Onze maatschappelijk werkers zijn generalisten. Er wordt van hen verwacht dat ze van vele markten thuis zijn. Bepaalde thema's regelmatig terug onder de aandacht brengen verlegt dan opnieuw hun focus. Daarnaast is de kennis over dementie en de medische en sociale gevolgen steeds in ontwikkeling en is het belangrijk om up-to-date te blijven om kwalitatieve hulpverlening te bieden.

Ten tweede wilden we streven naar een warme overdracht van de thuiszorg naar het woonzorgcentrum (of een andere residentiële setting). Thuiszorg kent grenzen. Wanneer een verhuis naar een woonzorgcentrum zich opdringt, verandert er veel voor de persoon met dementie en zijn mantelzorger(s). Ze hebben samen al een hele weg afgelegd, een heel proces doorgemaakt. Als maatschappelijk werker kan je vaak een tijdje mee op weg. Je leert de persoon met dementie en de mantelzorgers kennen en bouwt er een vertrouwensrelatie mee op. Tot vandaag wordt de opgedane kennis in de thuiszorg niet mee overgedragen naar de residentiële setting. Daar zouden we graag verandering in brengen. In dit project ontwikkelden we tools om de maatschappelijk werker in de thuiszorg te ondersteunen en brachten ze in de praktijk. Op die manier kan het woonzorgcentrum de nieuwe bewoner beter leren kennen en dus ook beter inspelen op zijn eigenheid.

*Aanbod voorzien en de regie bij het cliëntsysteem leggen, dat is onze visie!*

In derde instantie wilden we zoeken naar een proactieve manier om mensen met een vermoeden van dementie die nog thuis wonen te contacteren. Dit laatste gebeurt samen met CM Antwerpen. Mensen wachten vaak lang vooraleer ze contact opnemen met een maatschappelijk werker. Vaak is het ziekteproces van de persoon met dementie dan ook al meer gevorderd. Idealiter leert de maatschappelijk werker echter de persoon met dementie zo vroeg mogelijk kennen zodat er een vertrouwensrelatie opgebouwd kan worden. We zoeken naar mogelijkheden om personen met een vermoeden van dementie proactief te bereiken en hen zo kennis te laten maken met het aanbod van de dienst maatschappelijk werk van CM.

Wat ons aansprak in het referentiekader dementie? In de eerste plaats de titel. Die omschrijft duidelijk waar het om draait bij dementie: ik, jij en samen, met het mens-zijn centraal. Goede zorg voor personen met dementie vraagt immers een samenspel tussen deze actoren. Het is een theoretisch goed onderbouwd werk. Het is geschreven om zorgprofessionals te stimuleren aandacht te hebben voor de persoon met dementie in zijn totaliteit. Voor voorzieningen en organisaties die werken met professionele krachten is het een handige basis om hun werking op uit te bouwen. De vertaling naar personen in de thuissituatie en hun mantelzorgers is minder expliciet aanwezig. Dat triggerde ons om hiermee aan de slag te gaan. Het verschil tussen mantelzorgers en professionals zit hem in de relatie en de geschiedenis die mensen delen. Niet evident om hier veel theoretische conclusies uit te trekken. Het unieke van de persoon met dementie wordt hier aangevuld met het unieke van elk netwerk. Aanbod voorzien en regie bij het cliëntsysteem leggen, is daarbij onze visie.

## *Het veranderteam*

Bij de start van het traject stelden we een veranderteam samen vanuit de twee organisaties:
Vanuit CM Limburg:

- Twee basiswerkers: Eliane Vanhengel en Lucia Claes
- Twee teambegeleiders basiswerkers maatschappelijk werk: Kathleen Straetemans en Christel Vandervoort
- De referentiepersoon dementie van maatschappelijk werk: Lies Swerts
- Stafmedewerker zorg: Sofie Vandebroek

Vanuit Ocura vzw:

- Prezo woonzorgcoördinator: Carla Langie
- Campusdirecteur Ocura Voeren: Annie Vaculik

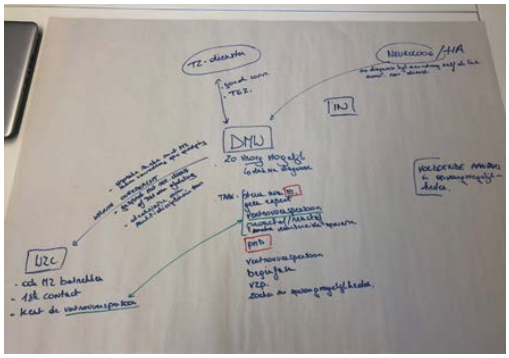



Als mantelzorger hadden we Simonne Claes in ons team. Verder sloten ook Annelies Hermans, stafmedewerker zorg van CM Nationaal, en Katrien Moors van het regionaal expertisecentrum dementie Contact, aan.

In het referentiekader staat het mens-zijn van een persoon met dementie centraal en dit is ook de insteek die wij vanuit de dienst maatschappelijk werk centraal gezet hebben bij de uitwerking van dit project. In dit verandertraject werkten we aan de volgende twee thema's:

## Thema 1: professionalisering van het team van de DMW

Bij het eerste thema 'professionalisering van het team van de DMW' zien we linken met verschillende fundamenten uit het referentiekader dementie. Een eerste is *autonomie in geborgenheid en in verbondenheid*. In onze volledige werking staat de cliënt centraal, maar ook de *mantelzorgers en naasten* zijn van belang om de zorg in de thuissituatie voor allen zo kwaliteitsvol mogelijk te maken. Ook met dit fundament uit het referentiekader zagen we dus duidelijke linken. En als laatste belangrijk fundament is er de zorg voor onze *medewerkers*. Het zijn immers zij die zorgen voor de kwaliteit in de hulpverlening.




### *Waar dromen we van?*

Tijdens één van de eerste veranderteams hebben we samen de ideale situatie in beeld gebracht.

Idealiter wordt de dienst maatschappelijk werk zo vroeg mogelijk in beeld gebracht bij (een vermoeden van) dementie. Op deze manier kan de dienst maatschappelijk werk op regelmatige tijdstippen contact hebben

en kan er een vertrouwensrelatie worden opgebouwd. Er kan ondersteuning en hulpverlening worden aangeboden in de thuissituatie.

Hiervoor is het belangrijk om in beeld te brengen welke rol een DMW van een mutualiteit kan spelen in de zorg voor personen met dementie en hun omgeving zodat artsen bij een diagnosestelling het aanbod kunnen doen.

Onze maatschappelijk werkers zijn geen experts op vlak van dementie maar hebben wel de vaardigheden om met mensen het gesprek aan te gaan om hun vragen, noden, behoeften te expliciteren en te concretiseren. Samen kunnen ze dan op zoek gaan naar de nodige hulp op maat van de cliënt en zijn netwerk.

In thuiszorg is communicatie een belangrijke factor. Zowel tussen de persoon met dementie en zijn netwerk als met externe (thuiszorg-)partners en de medische wereld.

Het gesprek aangaan over toekomstige zorg en kwaliteit van leven is erg belangrijk. Als je als persoon met dementie weet dat je op een bepaald moment belangrijke keuzes op dit vlak aan anderen dient over te laten, hoe kan je deze personen dan zo goed mogelijk informeren hierover?

Indien de persoon of zijn omgeving beslist om te verhuizen naar een woonzorgcentrum gebeurt de doorverwijzing in een zo warm mogelijke sfeer zodat men in het woonzorgcentrum een goed beeld kan vormen van de persoon zelf en de personen die voor hem belangrijk zijn. In de ideale situatie zal een medewerker van de dienst maatschappelijk werk nog eens langskomen in het woonzorgcentrum om de gegevens te bespreken.

## *Welke weg legden we af?*

**De nulmeting**

Als je ervoor kiest om de competenties van je medewerkers te vergroten, is het in eerste instantie belangrijk om te detecteren waar de kwaliteiten van je medewerkers zich bevinden en waar er nog ruimte is voor verbetering. Dit deden we bij de dienst maatschappelijk werk van CM Limburg aan de hand van een competentiebevraging. Zowel het ‘kennen’ als het ‘kunnen’ werden bevraagd via een concrete lijst van kennis en vaardigheden die nodig zijn om een kwalitatieve trajectbegeleider te zijn voor personen met dementie en hun mantelzorger in de thuissituatie.

*Zorg voor mensen met dementie in de thuiszorg draait rond samenwerking.*

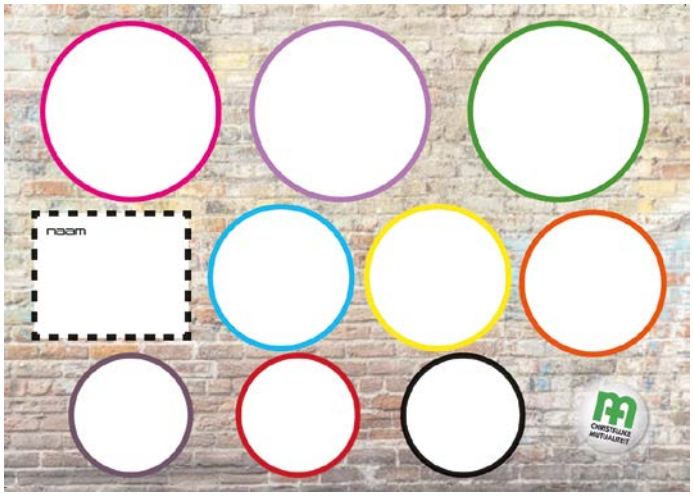
Ook op dienstniveau was het belangrijk om sterktes, zwaktes, bedreigingen en kansen te inventariseren. Mogelijke kansen in onze eigen ontwikkeling zagen we in de samenwerkingen met andere (interne en externe) partners. Zorg voor mensen met dementie in de thuiszorg draait rond samenwerking. Het aantal personen met dementie neemt toe en de meerderheid woont thuis. Dit biedt mogelijkheden om de noodzaak van initiatieven op dit terrein te blijven benoemen. De schakel tussen thuis en een residentiële setting kwam tot nog toe te weinig in beeld. We zien mogelijkheden om dit schakelmoment beter te verzorgen voor betrokkenen.

**Aanbod vorming**

Eenmaal we wisten waar de groeimogelijkheden en vragen van de collega’s lagen, organiseerden we twee vormingsmomenten, aangeboden door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.






In de eerste sessie stond de persoon met dementie centraal: hoe betrekken we hem bij hulpverleningsgesprekken? Na een algemene uitleg over het referentiekader dementie was er aandacht voor communicatietips, het continuüm van inspraak en participatie met een blik op de vroegtijdige zorgplanningsgesprekken met een persoon met dementie. We rondden de vorming af met een aantal gesprekstools voor een gesprek met de mantelzorger, al dan niet samen met de persoon met dementie.
In de tweede sessie zou de mantelzorger centraal staan, maar door de coronamaatregelen moesten we dit uitstellen.

In de kantlijn van deze vormingen en met het oog op de andere doelstelling binnen dit project gingen we zelf aan de slag om een tool te ontwikkelen om het gesprek tussen een mantelzorger en een persoon met dementie over 'kwaliteit van zorg en leven' te voeden. Wat is er belangrijk voor de persoon met dementie maar ook voor de mantelzorger over kwaliteit van leven en wonen? We denken vaak dat wat voor ons belangrijk is, ook voor anderen even belangrijk is. Toch blijkt dit niet altijd zo in de praktijk. Elke persoon heeft unieke behoeften en wensen.

**Tool voor gesprek over kwaliteit van leven en wonen voor de persoon met dementie**

Als trajectbegeleider van de dienst maatschappelijk werk versterken we de verbinding tussen de persoon met dementie en zijn omgeving door het gesprek te stimuleren. In dit project ontwikkelden we daar een instrument voor. Met dit instrument leren wij de cliënt goed kennen en krijgt de cliënt ook meer inzicht in wat hij zelf belangrijk vindt. Aan de hand van verschillende categorieën (eten, slapen, persoonlijkheid, muziek ...) maakten we een overzicht van een aantal vragen die onze medewerkers tijdens een gesprek kunnen stellen. We maakten kaarten rond deze thema's met telkens aan de voorzijde een afbeelding en aan de achterkant een vraag, zodat familieleden hier ook thuis zelf mee aan de slag kunnen.

De vragenlijst:

Het resultaat is een blad met negen bollen, waarin we in beeld brengen wat belangrijk is voor deze persoon met dementie en dus ook voor de mensen die nu en in de toekomst voor hem zorgen. De mate van belangrijkheid symboliseren we door de grootte van de bollen: drie grote, drie middelgrote en drie kleine bollen. In elke bol komt een gewoonte, een aandachtspunt of iets waar de persoon met dementie belang aan hecht … Hoe groter de bol hoe belangrijker dit item is. Bekijk het document hier:

**Tool voor mantelzorgers over hun verschillende rollen als mantelzorger:**
We hebben ervoor gekozen om het SOFA-model uit het referentiekader dementie te vertalen naar onze werking.
De vier rollen van de mantelzorger die het SOFA-model benoemt, zijn:

- Mantelzorgers als partner in zorg (**s**amenwerken)
- Mantelzorger als hulpvrager bij overbelasting (**o**ndersteunen)
- Mantelzorger als persoonlijke relatie van de cliënt (**f**aciliteren)
- Mantelzorger als expert, weet alles van de cliënt (**a**fstemmen)

*Met de kaartjes en het overzichtsblad brengen we in beeld wat belangrijk is voor deze persoon met dementie en dus ook voor de mensen die nu en in de toekomst voor hem zorgen.*

Welke rol het meest prominent is, kan van tijd tot tijd verschillen. Mantelzorgers hebben de keuze in welke mate ze zich engageren binnen elke pijler. Werken vanuit de structuur van het SOFA-model biedt hun houvast en duidelijkheid. Een voorbeeld van de vragenlijst die we ontwikkelden, vind je hier:

## *Wat hebben we gerealiseerd?*

**Een aantal nieuwe tools**

Bij de uitbraak van de coronapandemie waren de tools net klaar om in testfase te gaan. De zoektocht naar alternatieven om dit uit te testen is nog een uitdaging, aangezien de dienstverlening vanaf dan vooral online en telefonisch verliep.

Na de testfase en na de nodige aanpassingen zal er een CM-versie van de tools gemaakt worden, zodat de lay-out helemaal bij onze huisstijl past.

Alle ontwikkelde tools zijn op dit een ogenblik producten binnen een traject van DMW CM in Limburg. Het zou mooi zijn als we hier een Vlaams CM-verhaal van konden maken om dan te onderzoeken of we dit ook intermutualistisch kunnen uitbreiden.

**Een grotere expertise bij de medewerkers**

De vorming, een aanbod van intervisie rond dementie, het ter beschikking stellen van materiaal ... heeft bij collega's van de dienst maatschappelijk werk de blik op personen met dementie en hun netwerk opnieuw aangescherpt en dat is fijn om te ervaren. Het blijft belangrijk om medewerkers op gepaste tijdstippen nieuwe uitdagingen te geven op dit terrein. Blijvende vormingsmogelijkheden en intervisiemomenten kunnen dit versterken. Alsook een blijvende aandacht om nieuwe kennis en ontwikkelingen te verspreiden onder de collega's.

## Thema 2: warme overdracht van thuis naar het woonzorgcentrum

Ons tweede thema is een *warme overdracht van thuis naar het woonzorgcentrum.* Dit raakt aan elk van de zes fundamenten uit het referentiekader.

- Maatschappelijke beeldvorming: door reeds vanaf de diagnosestelling het onderwerp dementie bespreekbaar te maken a.d.h.v. de ontwikkelde tools, proberen we de taboesfeer die rond dementie en dementie op jonge leeftijd hangt, te doorbreken bij de dichte omgeving en professionele hulpverleners.
- Normalisatie: wanneer de maatschappelijke beeldvorming verandert, het taboe weggewerkt wordt, is de kans om naar normalisatie te gaan in omgang met personen met dementie groter.
- Autonomie in geborgenheid: door in gesprek te gaan met behulp van de nieuwe tool, krijgt de persoon met dementie de gelegenheid om kenbaar te maken wat voor hem belangrijk is aangaande zijn autonomie. Op het moment dat het voor de persoon met dementie niet meer haalbaar is om dit duidelijk te maken, heeft de mantelzorger/omgeving meer inzicht in wat voor de persoon met dementie belangrijk was/is.
- Afgestemde zorg: doordat we de persoon met dementie beter kennen, kunnen we als zorgverleners, samen met de mantelzorgers, sneller de juiste keuzes maken of sneller beslissen wat wel of niet past binnen de optimale zorg van zowel de persoon met dementie als de mantelzorgers.
- Professionele zorgverleners en vrijwilligers: als de mogelijke problematiek grondig gekend is, zal de persoon met dementie minder hinder ondervinden wanneer de overgang van ambulant naar residentieel verblijf moet gebeuren. Er is dan een duidelijke basis waarop samen verdergewerkt kan worden. Op deze manier wordt aan de professionele hulpverlener/vrijwilliger een duidelijke handleiding aangereikt die uitgaat van de wensen van de persoon met dementie zelf en niet enkel vanuit het standpunt van de mantelzorgers.
- Mantelzorgers en naasten bevinden zich meestal in een 'sandwich-situatie', waardoor de kans bestaat dat ze zelf teveel taken op zich nemen waardoor hun eigen draagkracht systematisch onderuitgehaald wordt. Het durven en willen aannemen van professionele hulp zal leiden tot verhoging van eigen kwaliteit van leven.

## *Waar dromen we van?*

We dromen van een warme overdracht tussen de thuiszorg en alle andere diensten en voorzieningen, zoals centra voor dagverzorging, kortverblijf, ziekenhuizen, woonzorgcentra ... In dit project focusten we ons, gezien de samenwerking tussen CM Limburg en Ocura vzw, op de overgang naar het woonzorgcentrum.
We hopen bij die warme overdracht op een cultuurverandering bij zowel de zorgvrager als bij de zorgverlener.
Vanuit het standpunt van de zorgvrager en zijn omgeving willen we dementie uit de taboesfeer halen en streven we naar een normalisering in het aanvaarden van het ziektebeeld.
Vanuit het standpunt van de zorgverlener willen we focussen op meer professionalisering bij alle disciplines die in aanraking komen met de persoon met dementie en zijn omgeving. Te beginnen vanaf de basisopleidingen tot gerichte, al dan niet verplichte bijscholingen rond deze thematiek.

Bij de start van het project was er wel voldoende informatie-uitwisseling betreffende de identiteit en de diagnose maar we ervaarden een groot gebrek en tekort aan concrete informatie over wie de persoon is en over zijn eigenheid en zijn wensen.

*Een grote troef in dit project was de samenwerking tussen de dienst maatschappelijk werk van CM Limburg en de woonzorgcentra van Ocura vzw.*

## *Welke weg legden we af?*

We zijn tot de conclusie gekomen dat we de zorg op maat niet of onvoldoende kunnen verlenen door het ontbreken van de persoonsgerichte informatie, zoals hierboven besproken. We merken ook dat deze informatie – op moment van opname – vaak moeilijk te achterhalen is.
Bij een verhuis naar het woonzorgcentrum, vaak een crisissituatie, bevindt de persoon met dementie zich doorgaans in een gevorderd stadium van zijn dementieproces. Op dat ogenblik is het voor hem moeilijk (misschien onmogelijk) om zijn voorkeuren, wensen, principes, eigenheid ... kenbaar te maken.
Woonzorgcentra geven aan dat ze op dat ogenblik over te weinig informatie beschikken, wat er voor zorgt dat de persoon met dementie zich verloren voelt. Ze zijn afhankelijk van de informatie die de mantelzorgers hun kunnen verstrekken. Meestal gaat dat goed, maar soms helaas niet. Soms zijn de mantelzorgers zelf overbevraagd: ze zijn zelf ziek – met al dan niet een ziekenhuisopname – en vallen soms uit. Hierdoor waren ze vanuit Ocura vzw zoekende naar andere mogelijkheden om dit gemis aan informatie op te vangen.
De mantelzorgers kunnen dus niet altijd helpen in dit verhaal, door onwetendheid of hun eigen moeilijke toestand. Dit maakt het woonzorgcentra moeilijk om juiste, gewenste warme persoonsgerichte zorg te geven.
Een grote troef in dit project was de samenwerking tussen de dienst maatschappelijk werk van CM Limburg en de woonzorgcentra van Ocura vzw. De dienst maatschappelijk werk kan een belangrijke schakel zijn tussen de thuissituatie en de residentiële zorg. Door samen te werken konden we hetzelfde probleem vanuit twee perspectieven bekijken. Welke info heeft een woonzorgcentrum nodig om persoonsgerichte zorg te kunnen geven? Hoe kan de thuiszorg die informatie-overdracht zo goed mogelijk ondersteunen?

Op dit moment hebben we samen een stappenplan voor een warme overdracht opgesteld en daarbinnen hebben we een aantal gemeenschappelijke tools uitgewerkt (zie boven). Een aantal andere tools zijn nog in ontwikkeling. Die zullen de maatschappelijk werkers van CM Limburg en de referentiepersonen dementie uit de woonzorgcentra van Ocura vzw verder uitwerken. Daarna volgt een fase van toepassing in de praktijk met evaluatie en eventuele bijsturing.

## Plannen voor de toekomst

We hopen in de twee organisaties op een cultuurverandering en op voldoende mogelijkheden en kansen om de ontwikkelde tools op een zo kort mogelijke tijdspanne te implementeren.
We dromen ervan dat elke cliënt van het gezondheidsfonds en elke bewoner van het woonzorgcentrum op een persoonsgerichte manier begeleid en verzorgd wordt. Dat persoonsgerichte informatie, met toestemming van de persoon met dementie, gedeeld wordt tussen de thuiszorg en de residentiële zorg. Daarnaast dromen we er ook van dat de diagnose dementie uit de taboesfeer gehaald wordt en dat er vanuit de maatschappij ingezet wordt op normalisatie zodat de persoon met dementie nog kansen kan blijven krijgen binnen zijn mogelijkheden en beperkingen. Het verankeren in de toekomst is alleen maar mogelijk wanneer de maatschappij bereid is om met een andere ingesteldheid naar dementie te kijken en te focussen op alle facetten binnen het proces.

## Tips en aanbevelingen

Het feit dat we, als dienst maatschappelijk werk van CM Limburg en de woonzorgcentra van Ocura vzw, regelmatig samenkwamen in een veranderteam zorgde voor een fijne wisselwerking. We leerden elkaar weer wat beter kennen, wat het samenwerken ook makkelijker maakt. Tijdens de tweede samenkomst van het veranderteam hebben we een mantelzorgster uitgenodigd die mee nadacht over de processen. Dit bleek een grote meerwaarde te zijn en iets wat we zeker willen aanraden aan andere organisaties: betrek mantelzorgers en indien mogelijk personen met dementie bij het denkproces. Zo vermijd je dat je binnen de patronen van de eigen organisatie blijft denken. Ook is het belangrijk heel goed te communiceren over elke stap die binnen het veranderteam wordt gezet naar de brede groep van medewerkers. Het uitdenken is immers één aspect; het implementeren in de werking vraagt de nodige aandacht.

*Betrek mantelzorgers en indien mogelijk personen met dementie bij het denkproces. Zo vermijd je dat je binnen de patronen van de eigen organisatie blijft denken*

We zijn vertrokken vanuit het referentiekader en wensen hier ook mee af te sluiten. We hopen dat door dit project de blik van experten ook meer naar de thuiszorg gericht is. In zorg en omkadering van personen met dementie en hun mantelzorger(s) in de thuiszorg liggen nog heel wat opportuniteiten. Denken als en kijken door de ogen van mantelzorgers die dagelijks vanuit liefde, relatiezorg opnemen voor een persoon die een diagnose dementie kreeg, is een uitdaging. Het welzijn van een persoon met dementie nastreven met oog voor de persoonlijke betrokkenheid van familieleden, daar streven we naar.
Dit project was een eerste aanzet maar gaf ons energie om op deze weg verder te werken.

# VZW de Korenbloem woon en zorg (Kortrijk)

Auteurs: Steph Decherf en Nessie Holvoet

## Wie zijn wij?

De Korenbloem woon en zorg richt zich tot drie doelgroepen: ouderen en jonge personen met zorg en/of dementie en buurtbewoners. De dienstverlening omvat voor deze groepen een lokaal dienstencentrum, thuiszorg ondersteunende diensten en verschillende woonvormen.
Met onze dienstverlening bereiken we 195 ouderen en 64 jonge personen met dementie. Dit wordt gerealiseerd door 65 vrijwilligers en meer dan 150 medewerkers.

*In dit project vertrokken we vooral vanuit de noden van jonge mensen met dementie en hun familieleden. Zij daagden ons uit om kritisch naar het wonen en leven te kijken.*

### *Visie en missie*

De Korenbloem woon en zorg is een partner in het leven, het wonen en de zorg voor ouderen, jonge personen met dementie en/of zorg en de buurtbewoners. Hierbij staan de gebruikers steeds centraal. Ons multidisciplinair team bestaat uit gemotiveerde, dynamische en deskundige medewerkers met zin voor verantwoordelijkheid en respect voor het beroepsgeheim. Onze organisatie denkt vernieuwend, zowel in het aanbod als in de ondersteuning, met aandacht voor de evoluties binnen de gezondheidszorg. Wij streven hierbij naar een sterk engagement van de familie. We vinden de ondersteuning door vrijwilligers en de samenwerking met de buurt belangrijk.

### *Deelname als pilootproject*

Sinds de oprichting van de Korenbloem werd de dienstverlening, dankzij bijkomende erkenningen, steeds uitgebreid. In 2013 ging de meest recente groeifase van start. De Korenbloem werd genomineerd als één van de vijf pilootprojecten ‘onzichtbare zorg’ van toenmalig minister Vandeurzen en de Vlaamse bouwmeester. Dit leidde tot de realisatie van WZC het Portiek dat wonen, leven en de zorg voor personen met jongdementie organiseert. Het betreft een ambitieus project met uitdagingen. We merken op dat deze jongere groep en hun mantelzorgers andere verwachtingen hebben t.a.v. het wonen en leven in een woonzorgcentrum. Zij dagen ons uit om kritisch naar het wonen en leven te kijken. Met de deelname aan het pilootproject vertrekken we in de eerste plaats vanuit de noden van deze jonge groep. Op die manier willen we het wonen en leven van al onze gebruikers optimaliseren.

Vanuit de kernwaarden van het kleinschalig genormaliseerd wonen willen we onze missie realiseren zowel voor onze gebruikers, medewerkers, mantelzorgers als vrijwilligers: zorg op maat, stimuleren van

eigen keuzes, kwaliteit van relaties, integratie van familie, integratie in de buurt. Ook nu recent de kernwaarden van het kleinschalig genormaliseerd wonen werden opgenomen in onze eigen visie, blijven dit de belangrijkste pijlers. Als groeiende organisatie blijkt het een uitdaging te zijn om afgestemde en persoonsgerichte zorg te blijven garanderen voor al de gebruikers.

In 2019 werd gestart met een project van het Europees Sociaal Fonds (ESF). Hierbij werd zowel op bestuursniveau, het management, als op niveau van de verantwoordelijken de structuur herbekeken met een nieuw organigram als resultaat. Het ESF-project loodst ons naar een innovatieve arbeidsorganisatie (IAO) waarbinnen alle leidinggevenden (managementteam, woonverantwoordelijken en wooncoaches) de opdracht krijgen om hun teams en de individuele medewerkers te coachen.

De eerdere inspanningen die we deden inzake afgestemde en persoonsgerichte zorg, misten vaak de integratie in de werking en dus duurzaamheid. Werken binnen de IAO met zelfsturende teams waar medewerkers leren om autonoom te werken en meer beslissingsbevoegdheid krijgen, geeft ons het voordeel dat initiatieven beter worden opgevolgd, met een betere borging als resultaat. Dit verklaart de keuze van het bestuursorgaan om gelijklopend met het ESF-project ook een aanvraag in te dienen voor het project *deMENS in de zorg*.

## *Samenstelling van het veranderteam*

Het samenstellen van het veranderteam verliep in twee fases. Eerst kozen we ervoor om een beperkte groep samen te stellen die bestond uit de volgende deelnemers:

- Steph Decherf, verantwoordelijke van de centra voor dagverzorging
- Griet Commeene, als referentiepersoon dementie en wooncoach van een woning van personen met dementie
- Angelica Serediuc, psycholoog
- Nessie Holvoet, als woonadviseur/ethisch begeleider. Lid van het managementteam
- Een medewerker van het regionaal expertisecentrum dementie Sophia
- Herlinde Dely van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen



*het veranderteam*

Om het project gewicht te geven zagen we dat er een goed evenwicht nodig was tussen leden die in de dagelijkse zorgpraktijk staan en leden van het managementteam. Het veranderteam krijgt meer daadkracht indien het veranderingen onmiddellijk kan aftoetsen aan de haalbaarheid in de praktijk. Nadien kunnen we dan erg snel op correcte wijze een procedure opstellen. Daarom nodigden we ook Geert Coppens, lid van het managementteam, kwaliteitscoördinator en interne begeleider van het ESF-project, uit. Het veranderteam maakte de keuze, gelet op de doelstellingen, om de verandering door te voeren vanaf de start van het zorgtraject dat gebruikers bij ons doorlopen. Daarom sloot ook Julie Cokelaere aan, medewerkster van de sociale dienst.

*Ons veranderteam is geen team dat oplossingen en pasklare antwoorden aanbrengt. Het is wél een team met een kritische blik dat de bal doet rollen en verandering aanstuurt.*

Afhankelijk van het te behandelen fundament nodigden we ook andere leidinggevenden uit zodat we de aanpassingen in de werking voor alle diensten over de Korenbloem heen konden toetsen (we kozen m.a.w. niet voor een pilootafdeling): woonverantwoordelijken en -coaches die het draagvlak op de werkvloer peilen, mantelzorgers ter voorbereiding van de familieraad, de woonassistent van de assistentiewoningen, de coördinator residentieel wonen, de coördinator van de thuiszorgondersteunende diensten, de centrumleider van het lokaal dienstencentrum ...

## *Strategische keuze*

We hielden rekening met het werken volgens de principes van zelfsturende teams. Dat betekent dat het veranderteam geen team kan zijn dat oplossingen en pasklare antwoorden aanbrengt en uitrolt over de hele organisatie. Het is daarentegen wél een team met een kritische blik. Zij doen de bal rollen en sturen veranderingen aan. Hiervoor brengt het veranderteam de juiste mensen samen. We zagen hun opdracht om de vooropgestelde veranderingen met alle medewerkers te delen en hen mee te nemen in het verhaal. We vonden een nauwe samenwerking met en de inbreng van medewerkers voor wie de verandering rechtstreeks voelbaar is, cruciaal. We betrokken alle medewerkers in de testfases. We pasten het ‘eindproduct’ telkens weer aan aan de ervaringen vanuit de praktijk. In onze ogen was dé belangrijkste opdracht van het veranderteam om doorheen alle veranderingen te bewaken dat ‘DE MENS’ steeds centraal bleef staan. Dat is ons ook gelukt.

### *Stappen*

1. Indienen van de projectfiche
2. Plaatsbezoek door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
3. Dementia Care Mapping in een woning van/voor jonge personen met dementie
4. Bepalen van doelstellingen
5. Samenstelling van het veranderteam
6. Aanwerving psycholoog en bepalen functieomschrijving - takenpakket
7. Realisaties
    a. Werkgroep dementie – interne bijscholing dementie
    b. Organisatie familieraad
    c. Warm onthaal
    8. Borging



## Thema 1: warm onthaal en een persoonsgerichte intake

Fundament: afgestemde zorg, autonomie in geborgenheid, mantelzorgers en naasten

### *Onze doelstellingen*

We willen dat iemand die kiest om beroep te doen op de dienstverlening van de Korenbloem of die er nu al gebruik van maakt, zich zo snel mogelijk goed voelt. Daarom willen we inzetten op een warm onthaal dat alle medewerkers, los van hun functie, kunnen verzorgen. Bij dit onthaal staat de beleving van de persoon met dementie en zijn mantelzorgers steeds centraal. Op die manier willen we vanaf de eerste ogenblikken de vertrouwensband een stevige fundering geven.

We willen ook nadenken over de manier waarop de verzamelde informatie doorstroomt van de sociale dienst naar de centra voor dagverzorging, de woonassistent van de assistentiewoningen en de wooneenheden van het woonzorgcentrum of tussen de verschillende entiteiten en diensten. We willen vermijden dat medewerkers te vaak en nodeloos dezelfde vragen op verschillende momenten stellen.

### *Het beginpunt*

Een aantal van de mensen die verhuizen naar het woonzorgcentrum kent de Korenbloem al langer. Ze maakten met ons kennis door beroep te doen op de dienstverlening van het centrum voor dagverzorging (CDV) het Portiek. De eerste kennismaking met CDV het Portiek wordt door gebruikers en mantelzorgers omschreven als een positieve ervaring. Het ‘huis in de rij’, het specifieke karakter, de

actieve daginvulling, maar ook de opgebouwde expertise van medewerkers inzake jongdementie doen het bezoek aan het CDV snel vertrouwd aanvoelen.
Wanneer echter de beslissing valt om te verhuizen naar het woonzorgcentrum lijkt het voor deze jonge mensen met dementie en hun mantelzorgers alsof ze een nieuwe organisatie moeten leren kennen. Het is de confrontatie met een nieuwe groep bewoners en medewerkers waarbij ze opnieuw hun verhaal moeten vertellen en waarbij ze moeten wennen aan de woonvorm. Voor een naadloze overgang willen we hen ondersteunen in het zorgtraject en het woonzorgcentrum een verlengde laten zijn van de werking in CDV het Portiek.

Bij de opening van woonzorgcentrum het Portiek centraliseerde de sociale dienst voor een vlotte organisatie alle intakes bij zich. De eerste kennismaking tussen de persoon met dementie en de Korenbloem gebeurt door de sociale dienst, wat voor een zekere vertrouwensband zorgt. Doorheen het verblijf in het woonzorgcentrum merken we dat ze vaak teruggrijpen naar de sociale dienst bij vragen en bezorgdheden. Dat is logisch, want het is hun eerste contactpunt dat hen vertrouwen gaf.

*Hoe stroomt de verzamelde info door van de sociale dienst naar de centra voor dagverzorging, de woonassistent van de assistentiewoningen en de wooneenheden van het woonzorgcentrum?*

De sociale dienst gebruikt een intakeformulier om gestructureerd informatie te verzamelen. Aan de hand van dit intakeformulier stelt de medewerker van de sociale dienst een sociale anamnese op die medewerkers basisinfo biedt over de nieuwe cliënt.
De oriëntatie van de nieuwe cliënt doen we in samenspraak met de sociale dienst en met hen bereiden we de verhuis voor. Op de dag van de verhuis begeleidt de sociale dienst de nieuwe gebruiker tot aan de woning, waar hij wordt opgevangen door een medewerker. Voor dat onthaal bestaat geen uitgeschreven procedure, waardoor de ontvangst gekleurd is door de medewerker die op het moment van de verhuis aanwezig is.
De eerste weken na verhuis evalueren we dit samen met de persoon met dementie, de mantelzorger en een medewerker. Hiervoor bestond reeds een document ‘zorgbespreking’ waarbij de nadruk op zorg, ergo, kine en medische aspecten ligt en niet gefocust wordt op de mens. Nu onze focus op warme zorg lag, vonden we het opvallend dat dit document daar niet meer bij aansloot.



## *Onze nieuwe aanpak*

De voorafgaande kennismaking verloopt nu in verschillende stappen. Onderstaande veranderingen realiseerden we dankzij het project *deMENS in de zorg*.

Kennismakingsprocedure
We vroegen medewerkers van de verschillende diensten tijdens een overleg naar hun mening over de intakeformulieren en de sociale anam-

nese. Nadien brachten we alle opmerkingen samen in het veranderteam. Wat pasten we aan? De sociale dienst voegde de persoonlijke achtergrond toe aan het intakeformulier. De sociale anamnese omvat nu ook meer info op sociaal vlak, de vrijetijdsinvulling en interesses, psychisch welbevinden en aandachtspunten in de omgang ...
Niet alleen inhoudelijk zijn deze documenten veranderd. Door ook de lay-out te veranderen willen we benadrukken dat onze focus op de mens ligt. Gegevens die de persoon omschrijven komen eerst aan bod, pas later de medische gegevens.
Om de informatiedoorstroom te vereenvoudigen pasten we ook de opbouw van de documenten aan. Doordat de items in dezelfde volgorde worden opgesomd als in het elektronisch dossier kunnen we ze nadien makkelijker digitaal ingeven.

Onthaalprocedure

We vinden directe communicatie tussen de gebruikers en de medewerkers belangrijk. Daarom willen we de vertrouwensband tussen de sociale dienst en de nieuwe gebruiker zien verschuiven naar de medewerker van de woning, zodat hij de nieuwe vertrouwenspersoon wordt. De medewerker staat immers elke dag opnieuw dicht bij de persoon met dementie, heeft voeling met zijn verwachtingen en diens mantelzorgers en kan het verschil maken in de zorgverlening.
Een medewerker van de woning zorgt voor het warme onthaal van de nieuwe bewoners op de dag van de verhuis. Om enige uniformiteit in dit moment te steken en om te benadrukken dat de beleving van de persoon met dementie en zijn mantelzorger op dit moment centraal staan, stelden we met het veranderteam als leidraad een stappenplan op, een soort script voor de eerste dag.

De eerste dag na de verhuis belt een medewerker de dichtste mantelzorger op. Hij vraagt hem hoe het gaat en vertelt o.a. hoe de eerste nacht verlopen is. Op deze manier tonen we dat we er ook voor de familie zijn. Door het telefoongesprek toe te voegen in onze onthaalprocedure wordt het een onderdeel van onze basiszorg. Het draaiboek voor het bellen van de mantelzorger vind je terug via onderstaande QR-code.

Om een warm onthaal mogelijk te maken heeft de medewerker tijd nodig om in de nieuwe gebruiker te investeren. Daarom kozen we ervoor om vanaf nu, binnen de bestaande werking en personeelsbezetting, elk nieuw warm onthaal zoveel mogelijk tussen 10 uur, 11 uur, 14.30 uur, 15.30 uur te organiseren. Met cijfers kon de sociale dienst aangeven dat de meeste verhuizen reeds op deze momenten plaatsvonden maar de beslissing werd nu op beleidsniveau vastgelegd. De Korenbloem blijft zich uiteraard altijd flexibel opstellen op de mogelijkheden van de nieuwe gebruiker en zijn familie. Wel zullen we duidelijker vermelden dat we op bovenstaande momenten het best tijd voor hen kunnen vrijmaken.

*We spreken nu niet meer van 'zorgbespreking' maar van 'woonzorgbespreking'.*

op uitstap



Woonzorgbespreking

We spreken nu niet meer van ‘zorgbespreking’ maar van ‘woonzorgbespreking’. Vanaf nu stellen we meer vragen over het welbevinden van de persoon met dementie en de mantelzorgers. De wensen van de persoon met dementie worden vooropgezet. De woonzorgbespreking is ook het moment waarop we de mantelzorger bevragen over hoe hij zich voelt bij het wonen en leven van de bewoner in het woonzorgcentrum. Het is een goede gelegenheid om stil te staan bij de rol die de mantelzorger daarbij wil opnemen en hoe we hierop een antwoord kunnen bieden. Sommige medewerkers vinden een nieuwe manier van werken uitdagend. Om hen te ondersteunen in het organiseren van deze woonzorgbespreking stelden we een leidraad op waarin we hebben omschreven hoe je een mantelzorger uitnodigt, hoe je het belang van een woonzorgbespreking duidt … De twee wooncoaches van WZC het Portiek gebruikten de leidraad reeds bij enkele woonzorgbesprekingen. Uit de praktijk bleek dat een woonzorgbespreking een uitgelezen kans is om een waardevol en verbindend gesprek te voeren met mantelzorgers en de persoon met dementie.

Via onderstaande QR-codes vind je de opbouw van de woonzorgbespreking, alsook de leidraad voor medewerkers.

in de woonkamer



De kennismakingsprocedure, onthaalprocedure en de woonzorgbespreking zijn klaar. Opmerkingen vanuit de praktijk, van medewerkers die de documenten reeds gebruikten, nemen we mee en als het nodig is, passen we het document aan. De documenten nemen we op in het kwaliteitshandboek.
Per team organiseren we bij de afwerking een bijscholingsmoment waarop we dit nieuwe warm onthaal zullen voorstellen. Bovendien krijgen de teams de kans om in deze aangereikte kaders hun eigen accenten te leggen.

## Thema 2: betrokken mantelzorgers

Fundament: mantelzorgers en naasten

### *Onze doelstelling*

Ook hier vertrokken we van de positieve ervaringen die mantelzorgers hadden in het centrum voor dagverzorging het Portiek, waar de begeleiding van mantelzorgers mee deel uitmaakt van de totale dienstverlening. Zo organiseren we mantelzorgdagen waarbij we ontspannende activiteiten koppelen aan lotgenotencontact. We geven mantelzorgers inspraak in de dagbesteding en maken exclusief tijd vrij voor een babbel. We organiseren gezinsactiviteiten waarbij we kinderen en kleinkinderen uitnodigen om samen iets leuks te beleven.

Ook tijdens het verblijf in het woonzorgcentrum willen we meer inzetten op de betrokkenheid en welbevinden van mantelzorgers. Indien dit voor hen een meerwaarde is, dan vinden we het evident dat ze niet enkel betrokken zijn in het wonen en leven van hun familielid met dementie, maar evenzeer dat ze iets kunnen betekenen voor de andere personen waarmee ze op een woning een huishouden vormen.

Een verhuis naar het woonzorgcentrum hoeft geen abrupt einde te betekenen van het leven dat mantelzorgers en de (jonge) persoon met dementie samen hebben. Mantelzorgers behouden hun rol: een partner in de zoektocht naar zinvolle dagbesteding alsook in het opnemen van zorgtaken. We willen mensen met dementie op jonge leeftijd samen met mantelzorgers begeleiden om hun leven vorm te geven. Dankzij meer inspraak en samenwerking tussen mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers zien we dit te realiseren.

We spreken van betrokken mantelzorgers als deze door de medewerkers gezien worden als bondgenoten en als de experts in de zorg voor hun familielid. Rechtstreekse dialoog tussen mantelzorgers, persoon met dementie en de medewerkers verdient meer aandacht. Deze dialoog zal medewerkers helpen om zich meer te kunnen inleven in hoe mantelzorgers de verhuis hebben ervaren en om een manier te vinden om met hen samen te werken. Bij meningsverschillen is dialoog dé oplossing.

### *Het beginpunt*

Het organiseren van wonen voor mensen met dementie op jonge leeftijd brengt heel wat uitdagingen met zich mee. De Korenbloem merkt op, mede dankzij de ervaringen die we hadden in CDV het Portiek, dat hun mantelzorgers andere verwachtingen hebben van het wonen in een woonzorgcentrum dan mantelzorgers van oudere personen.

Bij de start van het project waren de verwachtingen die de Korenbloem heeft van medewerkers t.a.v. mantelzorgers niet duidelijk geformuleerd. We zagen de visie niet vertaald in de dagelijkse werking. Hierdoor was het zowel voor medewerkers als voor de mantelzorgers en de gebruikers niet duidelijk welke rol zij kunnen opnemen.

een familieraad



Gestructureerde momenten van overleg met mantelzorgers (‘familieraden’) zijn er altijd al geweest op de woningen met oudere personen met dementie. In de opstartfase van het Portiek, waar jonge mensen met dementie wonen, bestonden deze familieraden nog niet.

We merkten op dat er op de meeste woningen, voor oudere personen, weinig familieleden aansloten op de familieraad. Zowel voor medewerkers als voor mantelzorgers was het immers niet duidelijk wat het opzet was. In het verleden werden familieraden eerder gebruikt om familie te informeren en niet als inspraakorgaan. Er bestonden ook vooroordelen bij medewerkers over de reden van minimale participatie. Op één van de woningen voor ouderen is de familieraad wel een succes. De mantelzorgers zelf zijn initiatiefnemer, wat een duidelijke drijfveer is voor andere mantelzorgers om aan te sluiten.

*Dankzij dit project startten we met een familieraad per woning voor mensen met dementie op jonge leeftijd. We geven er samen het wonen en leven op de woning vorm.*

Door in gesprek te gaan met de mantelzorgers van bezoekers van CDV het Portiek werd duidelijk dat ook zij vragende partij waren voor een inspraakorgaan.

## *Onze nieuwe aanpak*

In de eerste fase gingen we in gesprek met mantelzorgers en medewerkers van zowel het centrum voor dagverzorging als het woonzorgcentrum. Dit via individuele gesprekken, een gebruikersraad met mantelzorgers en een teamoverleg met medewerkers. Ook opmerkingen vanuit het managementteam werden meegenomen. We brachten de bezorgdheden en positieve ervaringen van mantelzorgers samen, wat zorgde voor een realistisch beeld van de huidige situatie en de knelpunten.

In dit piloottraject hebben we daarom de volgende interventie gedaan: we startten met een *familieraad per woning in WZC het Portiek*, waar jonge mensen met dementie wonen.

Samen met het veranderteam formuleerden we de twee doelstellingen van een familieraad: mantelzorgers algemene informatie verlenen én samen met hen het wonen en leven op een woning vorm geven. Dat laatste was in het verleden niet helder noch evident.

De twee vooropgestelde doelstellingen bepalen de opbouw van de familieraad. We kozen voor twee luiken: eerst een plenair stuk waarin alle algemene informatie wordt meegedeeld aan alle mantelzorgers. Zo krijgt iedereen op hetzelfde moment correcte informatie, zoals over het nieuwe organigram. Tijdens het tweede deel gaan wooncoaches, ondersteund door de leden van het veranderteam, in gesprek met mantelzorgers.

De definiëring en doelstellingen van een familieraad werden door het veranderteam voorgesteld aan de wooncoaches van woonzorgcentrum het Portiek. Vanaf dat moment nodigden we ook de wooncoaches uit op het veranderteam. Dit zorgde ervoor dat zij vroeg in de verandering betrokken werden en onder begeleiding van het veranderteam een familieraad konden organiseren. De doelstellingen mogen dan wel duidelijk zijn, toch heeft iedere wooncoach zelf ondersteuning nodig vanuit het veranderteam om de familieraad van/met zijn eigen woning vorm te geven.

Het veranderteam dacht ook na over een optimale communicatievorm om de opkomst van mantelzorgers voor een familieraad op alle leefgroepen te vergroten. We maakten een flyer waarin we het doel van de familieraad verduidelijkten. De flyer is een weerspiegeling van onze visie op wonen en zorg met sprekende sfeerbeelden. Om mantelzorgers te motiveren om te komen, spelen ook alle medewerkers een belangrijke rol. Daarom stelden we de flyer voor in alle teamvergaderingen, zodat zij die kunnen gebruiken als een geheugensteuntje wanneer ze een familielid uitnodigen naar de familieraad. Met deze warme insteek en duidelijke doelstellingen zagen we het aantal inschrijvingen stijgen.

Iedere woning krijgt de opdracht om de ruimte waarin het gesprek plaatsvindt zo gezellig mogelijk aan te kleden. We komen bij voorkeur niet bijeen rond een vergadertafel. Misschien kan het zelfs in de eigen living van de woning? Het team beslist welk drankje of hapje wordt aangeboden, al dan niet bereid door de woning.

Na de eerste familieraad waren de reacties van de familieleden positief!

> *'Op deze avond tonen jullie echt dat jullie doen wat jullie zeggen. Jullie staan voor jullie visie, het zijn geen loze woorden.'*
>
> *'Ondanks dat we nog steeds zoeken naar hoe we het beste samenwerken mogen jullie er niet aan twijfelen dat ik nog steeds ervan overtuigd ben dat het Portiek de beste plek is waar mijn partner nu kan wonen.'*

De medewerkers bepalen hoe het gesprek vorm krijgt en ze krijgen hierbij ondersteuning van het veranderteam. Ook ondersteunden we de wooncoaches in het terugkoppelen van de familieraad naar het volledige team. *Waar staat mijn team t.a.v. het werken met mantelzorgers? Welke weg hebben we nog af te leggen? Hoe geef ik een antwoord op vragen van mantelzorgers zodat het past binnen de visie van kleinschalig genormaliseerd wonen? Hoe breng ik verslag uit van de familieraad naar de andere leden van mijn team? Hoe ga ik om met bezorgdheden van mantelzorgers?*

Bij een eerste evaluatie van de familieraad, door het veranderteam en de wooncoaches, kwam naar voor dat het noch voor de medewerkers, noch voor de mantelzorgers duidelijk was welke plaats mantelzorgers in onze organisatie kunnen/mogen hebben. Op heel eenvoudige en praktische vragen bestond nog geen eenduidig antwoord: kunnen mantelzorgers helpen in de zorg? Mogen ze ook met andere mensen van de leefgroep gaan wandelen? Kunnen mantelzorgers blijven eten? Of zelfs blijven slapen? …

Mantelzorgers geven tijdens dagelijkse gesprekken aan dat ze verschillen zien tussen voor en na het project *deMENS in de zorg*. Op een volgende familieraad evalueerden we samen met hen het initiatief en vroegen hen of en welke veranderingen ze al zien en welke er nog gewenst waren.

## *De resultaten*

Na de eerste familieraden waren we allemaal overtuigd van de meerwaarde ervan. Daarom vindt dit vanaf nu voor elke woning en voor elk centrum voor dagverzorging halfjaarlijks plaats. Het veranderteam stelde een draaiboek op dat medewerkers ondersteunt bij het organiseren ervan. Het draaiboek helpt hen zowel in de praktische organisatie, logistieke ondersteuning als in de opbouw van het gesprek met de mantelzorgers.
Hierdoor kon de organisatie van de familieraad verschuiven van het veranderteam naar de medewerkers van de woningen zelf. Het is de bedoeling dat de familieraad verder blijft groeien en dat ook mantelzorgers betrokken zijn bij de organisatie of uitvoering hiervan.
*'De familieraad legde de basis van een beter en nauwer contact tussen medewerkers en mantelzorgers, het heeft verbindend gewerkt en vooroordelen die leefden verdwenen als sneeuw voor de zon.'*
Daar zijn we trots op! We voelen dat het bereiken van onze doelstelling binnen handbereik ligt, mits blijvende aandacht voor dit aspect.

*Het resultaat waar we het meeste trots op zijn is dat de dialoog met mantelzorgers ervoor zorgde dat medewerkers anders kijken naar betrokken mantelzorgers. Ook voor hen is de Korenbloem een thuis.*

Opmerkelijk is dat we nu in staat zijn om de bezorgdheden, voorstellen en initiatieven van mantelzorgers sneller en efficiënter te bespreken. We zagen ook hoe de voorstellen van de eerste familieraad meteen vertaald werden in de praktijk: de acties waren zichtbaar. Er zijn woningen die – in overleg met de mantelzorgers – een nieuwsbrief versturen via mail, andere hangen een bord met de wekelijks geplande activiteiten uit. Zo weten mantelzorgers beter wat er allemaal georganiseerd wordt en krijgen zij de kans om ook deel te nemen of om hun eigen initiatieven in te plannen.
Ook in de overkoepelende werkgroep Zinvolle Dagbesteding denken we nu na waar mantelzorgers een meerwaarde kunnen betekenen. Het aanbod van overkoepelende activiteiten wordt hierdoor beter afgestemd op de wensen van personen met dementie en de mantelzorgers. Er wordt ook sneller hulp gevraagd aan mantelzorgers.

Het organiseren van de familieraad maakt duidelijk dat de medewerkers van de woningen extra coaching nodig hebben in het vertalen van de visie van kleinschalig genormaliseerd wonen naar het dagelijks wonen en leven. Deze taak wordt opgenomen door de woonadviseur. Zij ondersteunt de teams tijdens hun maandelijks teamoverleg en de teamcoach ondersteunt de individuele medewerkers.

Het resultaat waar we als veranderteam het meeste trots op zijn is dat de dialoog met mantelzorgers ervoor zorgde dat medewerkers anders kijken naar *betrokken* mantelzorgers. Zij worden als het ware deel van de woning en doen voorstellen of begeleiden zelfs in de dagbesteding.

## Onze plannen voor de toekomst

Het einde van het project *deMENS in de zorg* betekent voor de Korenbloem niet dat we eindigen met onze kritische blik op wonen en zorg. Het veranderteam blijft zolang als nodig maandelijks samenkomen. We zien immers nog steeds mogelijkheden om het wonen en de zorg te verbeteren. In de eerste plaats vinden we het een blijvende uitdaging om de doorgevoerde veranderingen te blijven volgen. Door *evaluatie en bijscholing* van de medewerkers willen we de veranderingen borgen tot deze warme manier van werken deel uitmaakt van onze basiszorg. Ook nieuwe medewerkers willen we meenemen in ons verhaal. Deze evaluaties en bijscholingen worden door de woonadviseur, als lid van het managementteam, ingepland in het VTO-beleid.

Met de *individuele coaching* van medewerkers willen we hen laten groeien naar collega's die zelfstandig kunnen handelen. De warme zorg die we voor ogen hebben moet door iedere medewerker kunnen worden geboden, ongeacht zijn functie. Hierbij denken we ook aan onderhouds- en keukenmedewerkers.

Nog een realisatie waar het veranderteam trots op is, is de oprichting van een *werkgroep dementie*. Deze werkgroep stelde op vraag van alle medewerkers een bijscholing samen over dementie. Het werd een bijscholing voor en door medewerkers, wat zorgde voor meer inleving in personen met dementie en hun mantelzorgers. Het volgende agendapunt is het opstellen van een procedure rond intimiteits- en seksualiteitsbeleving.

Het project *deMENS in de zorg* zorgde ervoor dat we meer met mantelzorgers en personen met dementie in gesprek gingen. Het werd pijnlijk duidelijk dat er nog hiaten zijn in de ondersteuningsmogelijkheden tussen de diagnose dementie en de verhuis naar een woonzorgcentrum. Op het volgende veranderteam zijn personen met dementie en mantelzorgers die thuis wonen onze extra gasten. Samen met hen willen we hun reeds afgelegde weg bekijken en zoeken wat we voor hen, en nog vele anderen, kunnen betekenen.

## Tips en aanbevelingen

**De samenstelling van je veranderteam doet ertoe!**
Denk in de eerste plaats na over welke leden je in het veranderteam wil. De samenstelling van de groep, rekening houdend met hun bevoegdheden, bepaalt de snelheid waarmee veranderingen kunnen worden doorgevoerd. Het zijn de leden van het veranderteam die de veranderingen moeten kunnen motiveren naar de groep waar zij leidinggevende voor zijn of naar het managementteam. Denk tijdens het veranderteam ook na op welke manier je welke groepen in de organisatie kunt enthousiasmeren. De aanpak op beleidsniveau zal anders zijn dan hoe je een groep medewerkers overtuigt.

**Denk strategisch: niet voor alles zijn er pasklare antwoorden**
Bepaal met het veranderteam een strategie en blijf hierbij trouw aan de organisatiestructuur. Daarom koos het veranderteam van de Korenbloem er niet voor om pasklare antwoorden en afgewerkte producten af te leveren aan de medewerkers. Het veranderteam bepaalde de richting waarin we wilden vooruitgaan. Het resultaat werd vormgegeven door de input van mantelzorgers, personen met (jong) dementie en medewerkers. We zijn trots dat deze vorm van cocreatie geloond heeft.

**Veranderen kost tijd!**
Veranderingen komen niet vanzelf, investeer hier als organisatie tijd in. Plan niet enkel maandelijks een veranderteam maar zorg ook dat er tijd en ruimte is om agendapunten uit te werken tussen de veranderteams door. Geef veranderingen ook tijd. Alle medewerkers hebben tijd nodig om veranderin-

gen te verwerken, zodat ze deze samen kunnen dragen. Besef dat zelfs iedere kleine realisatie een stap vooruit is.

**De basis moet goed zitten: een wil tot verandering**

Probeer geen verandering door te voeren waar de organisatie nog niet klaar voor is. Als niet alle leden van het veranderteam op dezelfde golflengte zitten, laat de zaken dan even rusten. Naarmate jullie als veranderteam samen de weg verder afleggen zal je merken dat steeds meer neuzen in dezelfde richting zullen komen te staan. Ieder lid van het veranderteam heeft ook persoonlijk een weg af te leggen.

**SMART!**

Stel als veranderteam een realistisch stappenplan samen. Welke doelstellingen je voor ogen hebt, wordt aan het begin van het traject bepaald. Breng als veranderteam de weg ernaartoe in kaart. Daardoor krijg je zicht op welke veranderingen waar moeten worden afgetoetst en zie je niets of niemand over het hoofd en kan je ook rekening houden met andere projecten in de organisatie.

# Woonzorgcentrum Heilig Hart (Sint-Niklaas)

Auteurs: Bianca Verkeste, An De Clercq, Hilde Lahaye, Joost Van Driessche

SAMENwerkingsverband OUDERenzorg waasland



## Wie zijn wij?

Woonzorgcentrum Heilig Hart biedt woongelegenheid aan 164 bewoners in drie klassieke woningen (Magnolia, Dandelion en Primula), aan 15 bezoekers voor het centrum voor dagverzorging Jozemien, en aan bewoners in de dertig assistentiewoningen. Op Dandelion wonen mensen met dementie in een beschermde woning. Magnolia is een open woning en richt zich naar bewoners met een uitgebreide zorgnood. Op Primula wonen mensen die nog zelfstandig zijn en minimale zorg nodig hebben maar toch de omkadering van een woonzorgcentrum wensen. In dit verandertraject kozen we voor Dandelion om nieuwe zaken uit te proberen. Hier wonen 42 bewoners.

## *Onze droom: een woonomgeving waar mensen zich thuis voelen*

Het zorglandschap is continu in verandering. Nieuwe inzichten, nieuwe technologieën, nieuwe methodieken, nieuwe regelgeving ... komen aan hoge snelheid op ons af. In de lente 2020 kwam de coronacrisis hier bovenop, met grote gevolgen voor onder meer de ouderenzorg. Ook zorg voor mensen met dementie ontsnapt niet aan deze uitdagingen. Uitdagingen die we ook met het Heilig Hart willen opnemen.

*We creëren een structuur, een aanbod en de bewoners passen we hierin. Daar wilden we verandering in brengen.*

We kiezen ervoor om deze uitdagingen bewust aan te pakken en vertrekken vanuit de essentie: de bewoner en waar hij van droomt in de laatste levensjaren. Van die droom hebben we de onze gemaakt. We dromen van een woonomgeving waar mensen zich thuis voelen, waar mensen zichzelf kunnen zijn en een waarde(n)vol leven ervaren. Een huis waar het voor de bewoners goed leven is, voor de familie en vrienden aangenaam vertoeven is en waar mensen (medewerkers, vrijwilligers, mantelzorgers ...) met goesting aan de slag gaan.

Onze droom hebben we eigenlijk al even; het neerzetten van die droom blijkt echter minder evident of zelfs meer. We merken dat we in het organiseren en aanpakken van onze opdracht(en) niet altijd even succesvol zijn. Onze organisatie, met goede bedoelingen, maakten we door de jaren heen toch complex. Die complexiteit (samen met de diverse uitdagingen) bracht vervolgens een verschuiving mee

richting het gaan werken met meer regels, procedures en een vaste structuur. Een geruisloos proces, ontstaan vanuit een zoektocht naar houvast.

Vanuit een kritische kijk op onze werking erkennen we dat onze focus overwegend ligt op het kwalitatief uitvoeren van onze zorgtaken. We creëren een structuur, een aanbod en de bewoners passen we hierin. Deze structuur wordt o.a. gekenmerkt door het werken in hokjes en het opvoeren van de (werk) druk om de door onszelf opgelegde strakke timing te halen ('we moeten en willen alles op uur en tijd gedaan hebben'). Diezelfde kritische kijk doet ons inzien dat deze manier van werken en organiseren in schril contrast staat met onze droom.

Ook de grootschalige wooneenheden (groepen van 42 bewoners) lijken een hinderpaal in het realiseren van onze droom. De grote leefgroepen zijn onoverzichtelijk en maken een menselijke verbinding extra moeilijk. En is die verbinding nu net niet waarom we doen wat we doen? Het gebrek aan overzicht en de procedurele oplossingen die we er voor ogen hebben, doen medewerkers nog meer afhaken, met vaak de opmerking 'ik weet het niet' tot gevolg. We ervaren dat we te weinig verbonden zijn met mekaar, een verbondenheid die essentieel is voor het omgaan met uitdagingen. De mens komt onvoldoende in beeld en verdwijnt op de achtergrond. De zorg primeert op het wonen en leven.

*'Don't stop until you're proud.'*

Onze droom én het geloof dat het anders kan ('drang') en moet ('dwang') deed ons intekenen op twee projecten. Twee projecten die later één geheel bleken te zijn: het project *deMENS in de zorg* en het project *Innovatieve arbeidsorganisatie in woonzorgcentra* (IAO).

Binnen beide projecten konden we aan de slag. Twee mooie kansen, die eerder met gemengde gevoelens onthaald werden. In tijden van tekorten op onze werkvloer groeide in eerste instantie vooral het ongenoegen en vele twijfels of het verstandig was om met deze projecten aan de slag te gaan: *'twee projecten, laat staan dat we tijd hebben voor één project', 'het zoveelste project op rij', 'ik ben nodig op de werkvloer en niet in een veranderteam', ...*

*'Het is tegenwind die een vlieger doet stijgen.'*

Een extra inzicht dat we kregen in de begeleiding van het IAO-project is de kracht én het belang van taal. Deze echte eyeopener liet ons stilstaan bij de impact van onze woordkeuze. Welke woorden gebruiken we in dialoog met anderen? Ontmoedigende woorden zoals 'lastig', 'moeilijk', 'misschien', 'ja maar'... of krachtige woorden zoals 'spannend', 'uitdagend', 'kans', 'groei' ...? We ondervonden dat we aandacht en betrokkenheid kregen door bijvoorbeeld te zeggen: 'Dit zijn twee ideeën, wat is jullie mening hierover?'

## *Van A naar B door B te doen: veranderen doe je niet alleen!*

Uit voorgaande projecten leerden we dat de borging op langere termijn en dus de duurzaamheid van een project of realisatie een uitdaging is. We slagen er onvoldoende in om resultaten uit projecten te integreren in onze werking. We leerden dat borging start bij het begin van het traject. Als we willen dat meer medewerkers onze droom waarmaken (van A naar B gaan), dan doen we er goed aan om onmiddellijk onze medewerkers actief te betrekken (doe B).

Medewerkers werden uitgenodigd deel te nemen aan een relatief groot 25-koppig veranderteam. Een veranderteam waarin de verschillende functies, disciplines en afdelingen vertegenwoordigd zijn. Onze klassieke aanpak, een project met enkelingen, maakte plaats voor een project met ruimte om met zoveel mogelijk mensen, iedereen te betrekken vanuit diverse rollen. De leden van het veranderteam zijn:

- Pascal Cotton, kinesitherapeut
- Nele Barthier, ergotherapeut
- Imke Pots, ergotherapeut
- Erna Valepyn, begeleider wonen en leven
- Annie De Smedt, begeleider wonen en leven
- Kelly Strijbos, logopedist
- Tanja Verheyen, medewerker van het onderhoud
- Ilse Heirwegh, sociale dienst
- Ann Broeckaert, sociale dienst
- Nancy Braem, keukenmedewerker
- Sara Verhulst, zorgkundige Dandelion
- Agnieska Przydzial, verpleegkundige Dandelion
- Fanny Ndongola, zorgkundige Dandelion
- Hartwin Van Moeseke, zorgkundige Dandelion
- Christophe Van Osselaer, verpleegkundige Dandelion
- Christophe Raman, zorgkundige nacht
- Sissi Noyen, zorgkundige Magnolia
- Bryan Hilgert, verpleegkundige Magnolia
- Tina Cleys, afdelingsverantwoordelijke Dandelion
- Freddy Rotthier, afdelingsverantwoordelijke Magnolia
- Hilde Lahaye, psycholoog
- Ann Van Calenberge, dagelijks verantwoordelijke WZC Heilig Hart
- Bruno Van Dam, manager Zorg en Wonen vzw Woonzorg Samen Ouder
- Bianca Verkeste, hoofdverpleegkundige Dandelion
- An De Clercq, hoofdverpleegkundige Magnolia

*het veranderteam*



De samenhang tussen beide projecten hebben we voor onze medewerkers tevens gevisualiseerd in het opzetten van één veranderteam voor beide. Het veranderteam werkt als een open groep en afhankelijk van de agenda nodigen we verschillende belanghebbenden uit.

*'Alleen ga je sneller, samen kom je verder.'*
(oud Afrikaans gezegde)

## Thema 1: ik, jij, samen MENS in een innovatieve arbeidsorganisatie (begeleid door Joost Van Driessche – Wilde Zwanen)

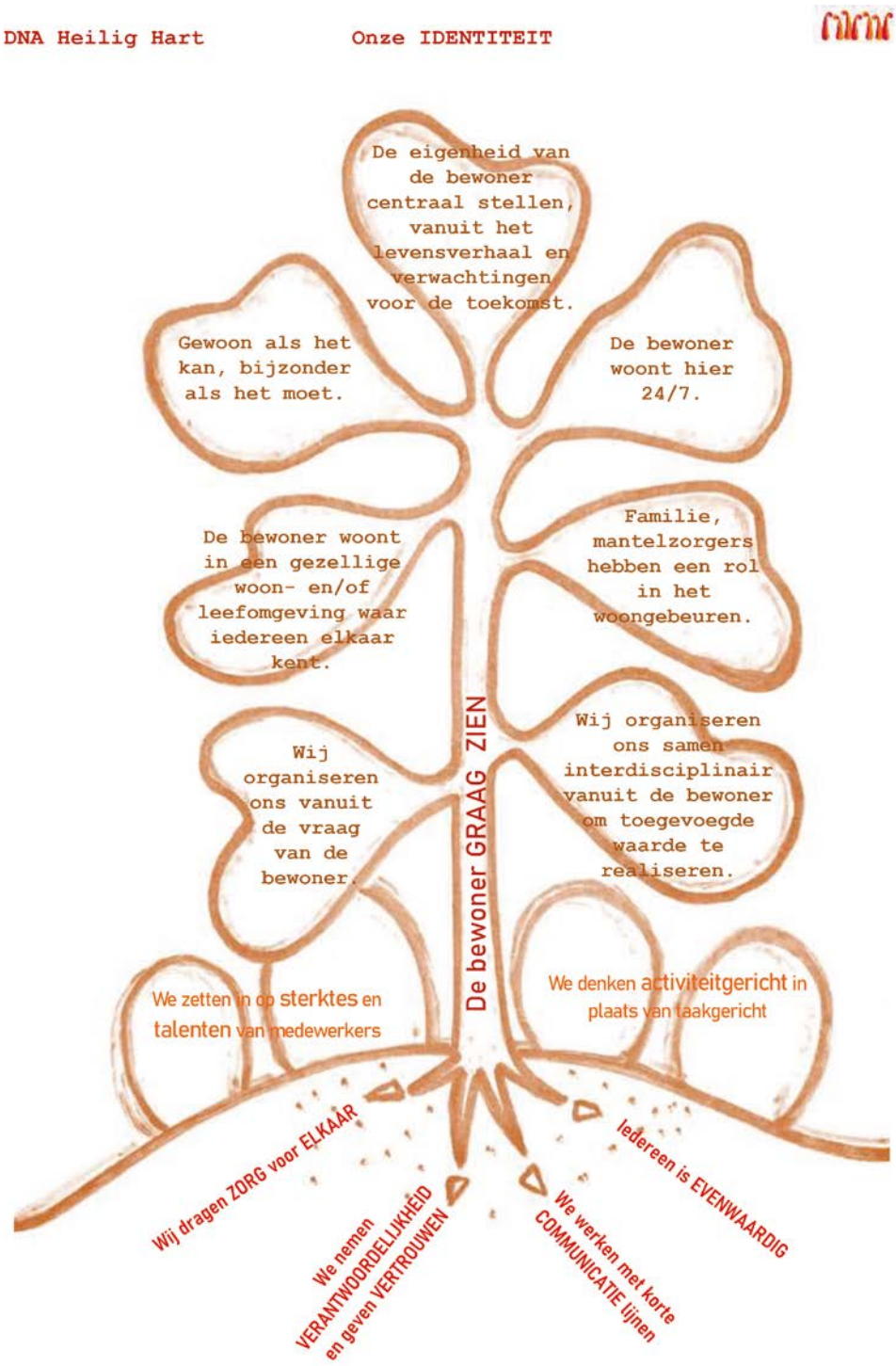
Voor de zorg voor mensen met dementie lieten we ons inspireren door het referentiekader dementie. Bij de start van het project werd onmiddellijk duidelijk dat de impact hiervan op onze visie, op de manier waarop we willen omgaan met bewoners, onlosmakelijk verbonden is met de manier waarop we ons werken organiseren. Cultuur en structuur gaan hand in hand.
De innovatie arbeidsorganisatie (IAO) benadrukt integraal nadenken over organiseren aan de hand van acht bouwstenen gebundeld in twee bewegingen: hoe mobiliseren we onze medewerkers of werken aan cultuur (visie, leiderschap, team, individu) en hoe richten we onze organisatie in of werken we aan structuur (processen, macrostructuur, microstructuur, systemen). De kunst is om een woonzorgcentrum zo te ontwerpen dat medewerkers maximaal in staat worden gesteld om hun visie te realiseren.
Hieronder zie je het canvas met acht bouwstenen dat binnen IAO gebruikt wordt (uit een presentatie van onze externe begeleider Joost Van Driessche).




### *We werken samen vanuit een gedragen richting*

Als we op reis gaan, weten we waar naar toe. Het aanscherpen (operationeel maken) van onze visie werd onze eerste realisatie. Verder bouwend op de visie van onze koepel vzw Woonzorg Samen Ouder werkten we onze visie en missie verder uit in een bruikbaar handvat.

Dit handvat werd na een participatief proces met onze medewerkers vastgelegd in onze boom, naar analogie met de leefplezierboom, waarin 14 leidende principes werden verwerkt die samen ons organisatie-DNA vormen. 'Je bent thuis. Alles past hier in elkaar' werd onze overkoepelende slogan. Onze droom verdwijnt soms naar de achtergrond en gaat verloren achter een systeemwereld, een woud van opgelegde structuren, timemanagement, regels, prestatie-indicatoren … De 14 principes ondersteunen en vertalen onze droom naar de praktijk. Ze brengen een kader en ondersteunen medewerkers bij het maken van keuzes. Op die manier creëren we een context en een dynamiek die mensen uitdagen om verantwoordelijkheid te nemen.




Ook hier gingen we van A naar B, door B te doen. Het participatief opbouwen en doorspreken van onze principes zorgt voor een grotere gedragenheid.

*'Alles begint bij een gedragen visie.'*

Eens scherp, start de grootste uitdaging: onze principes zichtbaar, hoorbaar en voelbaar laten leven in alles wat we doen. We beseffen goed dat we hier eigenlijk nooit klaar mee zijn; 'éénmalig de kussens opschudden heeft geen zin'.

Dialoog en verhalen blijken de ingrediënten te zijn om met visie en principes aan de slag te gaan. Elke dag, elk moment, elke handeling heeft het potentieel om afgetoetst te worden aan onze principes en de manier waarop we ze in onze organisatie invullen. In dialoog gaan met elkaar over hoe we omgaan met bewoners en ons werk, zijn kansen om principes levend te maken en aan te scherpen.

Onze complexe context zorgt voor kleine en grote dilemma's. Dilemma's waarvoor er meerdere antwoorden zijn. Dialoog zorgt ervoor dat we tot antwoorden komen. Onze principes geven richting aan onze antwoorden waar we de mens centraal zetten. De 'mens' de bewoner, maar ook de 'mens' de medewerker, de mantelzorger. We zoeken naar mogelijkheden om tot betere oplossingen te komen voor die ene situatie of voor die ene mens.

> *'Veel opwaaiend stof en een eindeloze discussie over een bewoner die een stoffen zetel op haar kamer wenst. Vele pro's en contra's, elk met zijn gelijk. En ineens… voelbare rust als we onze principes in beeld brachten…'*

> *'Een bewoner wil niet in bad. In plaats van vast te houden (bewoner moet in bad) of los te laten (ik geef een andere bewoner een bad) ga ik naast de bewoner zitten en maak ik tijd voor zijn verhaal. Ik durf af te wijken van een vaste gewoonte (vasthouden of loslaten)... en ontdek hierdoor andere mogelijkheden voor die ene bewoner. Ik durf het bijna niet luidop zeggen, maar ik ben zo fier op wat ik gedaan heb...'*

Visueel werken is een ander ingrediënt uit onze aanpak. We visualiseren onze principes in onze boom. Deze boom hangen we op verschillende plaatsen in het huis én gebruiken we actief tijdens overlegmomenten. Onze principes helpen om in discussies persoonlijke meningen om te buigen naar een gezamenlijke mening; 'Als we vanuit onze principes kijken naar de uitdaging en de voorstellen, welke keuze past dan echt bij onze organisatie?'. Vanuit IAO hebben we ook geleerd om aandacht te hebben voor structuur. Zo helpt het ons om tijdens overlegmomenten een kritische vriend aan te duiden, iemand die waakt over onze principes én als een kanarie fluit als we afwijken.

We laten onze visie en principes leven op verschillende manieren en plaatsen (in de liften, toiletten, kleedkamers …). Soms zelfs wat uitdagend, zo was 'De bewoner woont hier 24/7. Hoelang was jij hier vandaag?' een van onze teasers. We zoeken continu naar eenvoudige, creatieve en opvallende invalshoeken om de visie tot leven te brengen.

Naast gezamenlijke taal, integraal organiseren (aandacht voor cultuur en structuur), leerden we tijdens het project ook delen. Delen van mooie én spannende momenten met elkaar is heel leerrijk. Hier hebben we nog groeipotentieel, vooral om onze 'klaagmodus uit'-knop ingedrukt te houden.

7 januari 2020 is een voorbeeld van zo een deelmoment. Via een tentoonstelling met alle medewerkers, vrijwilligers en studenten werden onze principes, elk op een zeer creatieve manier en met trots, voorgesteld. Er werd in dialoog gegaan en getoost op onze principes. Getoost want we zien het afkloppen van onze principes als een succes, een gezamenlijk resultaat en dat mag gevierd worden. Vieren creëert verbinding en brandstof voor verdere stappen.

Hieronder zie je de poster van dit event.




## *Geborgen en huiselijk wonen en leven*

Vanuit onze droom willen we een geborgen en huiselijke omgeving creëren voor onze bewoners.

## *Een nieuwe bril: de proces-kijk*

Het project reikte ons een heel nieuwe kijk aan; de proces-kijk. We werden uitgedaagd om drie kernprocessen in kaart te brengen; '24 uur in het leven van de bewoner', 'Van eerste contact tot eerste dag in het woonzorgcentrum' en 'De eerste week in het woonzorgcentrum'. Een lean-tool werd aangereikt om deze processen in kaart te brengen én we werden uitgedaagd om na te gaan hoe consequent onze principes werden vertaald in onze processen.



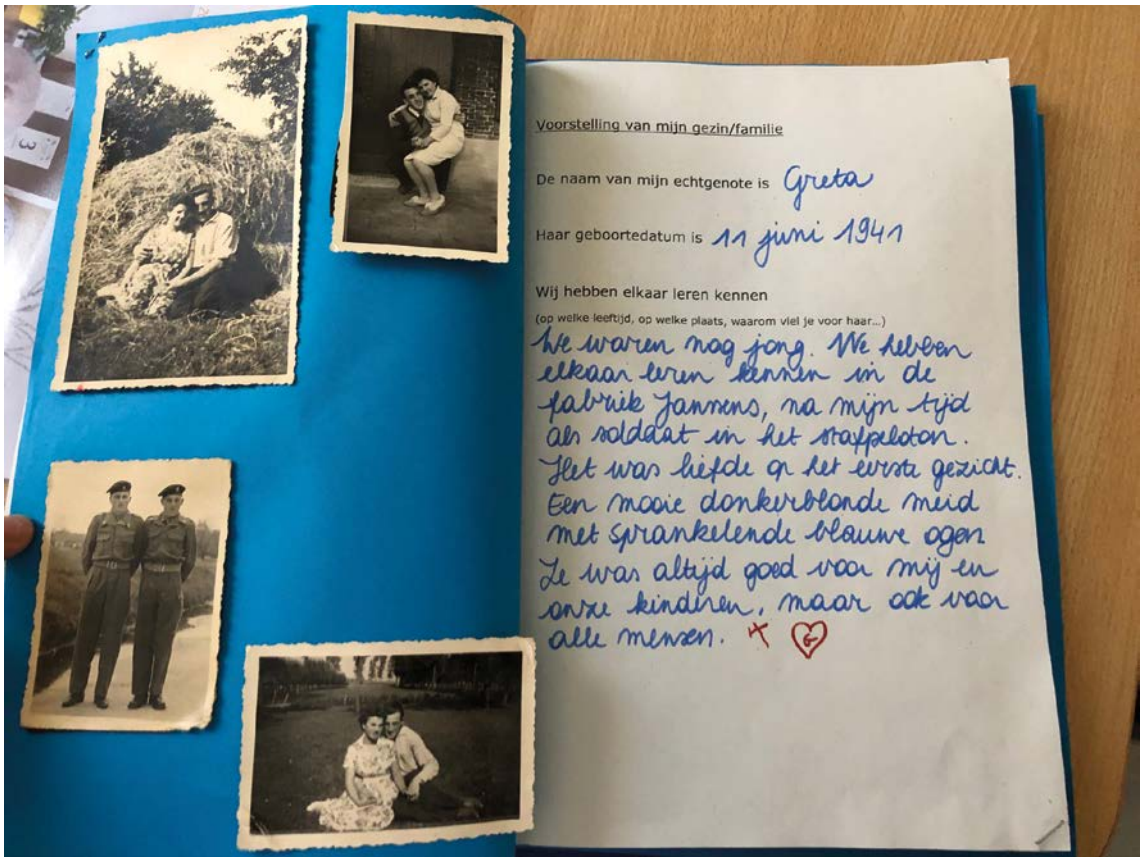

*'Kijken vanuit processen zorgt steeds voor echte eyeopeners'*, getuigt externe begeleider Joost Van Driessche (Organisatie-architect bij Wilde Zwanen BV). *'Binnen zorg zijn we niet gewoon om de proces-bril op te zetten en te visualiseren. De proceskijk helpt om de*

*verbinding te maken tussen onze principes en de manier waarop we onze opdrachten uitvoeren',* voegt Joost toe. *'Tijdens de workshops ontstonden heel relevante vragen zoals; "Klopt het met onze gedroomde huiselijkheid dat we 's morgens met zoveel collega's bij onze bewoner op de kamer komen, of dat we iemand steeds op het vaste uur uit bed halen? Klopt het dat we als team pas de eerste keer contact hebben met een bewoner als hij op zijn kamer is? Klopt het dat we in de eerste week onze bewoner met goede bedoelingen overstelpen met tal van praktische informatie en vragen?" Een hele waaier van inzichten en opportuniteiten kwam visueel naar boven, vaak confronterend, maar met heel wat stof om samen in dialoog te gaan én de opportuniteit om ons consequenter te organiseren volgens de gekozen visie.'*

*Onze woongroepen van 42 bewoners splitsen we op in drie, op basis van criteria zoals zorgbehoefte, bestaande verbinding tussen bewoners en de gevoeligheid voor prikkels.*

## *Over structuur en infrastructuur*

Hoe realistisch is het om geborgenheid en huiselijkheid te creëren in woongroepen van 42 bewoners? 'Helemaal niet' was ons antwoord en we vormden één grote woongroep om naar drie woongroepen. Woongroepen werden bewust opgebouwd aan de hand van een aantal criteria zoals zorgbehoefte (mix van weinig tot veel ondersteuning), bestaande verbinding ('klik') tussen de bewoners en



de gevoeligheid voor prikkels. De kleinste woongroep (tien bewoners) zijn prikkelgevoelige bewoners die vooral gebaat zijn bij rust. We kozen voor een snelle opstart om niet te veel in theorie te blijven hangen én in beleving te gaan, nog steeds de beste manier van leren. Bouwtechnisch zoeken we verder naar mogelijkheden en halen inspiratie uit het boek *Architectonica. Een thuis voor mensen met dementie*. Een sloophamer kunnen we niet gebruiken, wel een thuis creëren door bijvoorbeeld in te zetten op zintuigelijk comfort, op herkenbaarheid van de functie van de verschillende ruimten, op prikkels die aanzetten tot een zinvolle tijdsbesteding en op de afwezigheid van institutionele elementen.

Ondertussen ervaarden we dat bij de koffie (de informele contacten) familieleden en bewoners hun mening gaven en reflecteerden over het gebeuren, de veranderingen. Dit gegeven gebruikten we en we lanceerden een koffiemoment om samen in dialoog te gaan. Ondertussen is de kracht van koffie voelbaar in het volledige huis en is er in elke woning een maandelijks koffiemoment.

De eerste positieve effecten bij bewoners, familie en medewerkers kwamen snel. De aangewakkerde geborgenheid en huiselijkheid zorgen voor een hechtere relatie tussen bewoners en tussen bewoners, medewerkers en mantelzorgers.

> *'We staan dichter bij de bewoners.'*
> *'Ik leer de bewoner beter kennen, wat er voor hem echt toe doet.'*
> *'Ik ervaar minder drukte in mijn hoofd omdat we met minder mensen aan de ontbijttafel zitten. Het lukt me nu om een praatje te maken met mijn buur aan de tafel.'*
> *'Als ik bij mijn moeder op bezoek kom, voel ik minder spanning. Gejaagdheid maakte meer plaats voor rust, tijd om in dialoog te gaan. De koffiemomenten zet ik met stip in mijn agenda. Het geeft me zoveel vreugde om samen (bewoners, familie, medewerkers…) koffie te drinken en te praten over dagelijkse dingen. Ik leer medewerkers, andere bewoners… als mens kennen.'*

Ontstaan vanuit visie, ervaarden we aan den lijve wat integraal organiseren betekent. Onze bewoners hadden we ingedeeld in kleinere woongroepen, de organisatie van onze medewerkers hadden we echter niet aangepast. Op vlak van organisatiestructuur werkten we nog steeds functioneel én ook onze omgeving (infrastructuur) diende aangepast te worden aan onze visie.

De positieve ervaring met het pilootproject en onze dromen geven ons het draagvlak om hier verder stappen te nemen. De vraag die momenteel voorligt is 'hoe kunnen we multidisciplinaire teams creëren rond onze woongroepen'?

## *Veranderen is een proces waarover je communiceert*

> *'Change is not an event, it's a process.'*

We hebben veel aandacht voor visualiseren, laten leven en communiceren. Enerzijds zorgden we via verschillende wegen voor een stroom van communicatie. Anderzijds appelleerden we aan het eigenaarschap van medewerkers bij de communicatie over onze projecten (veranderingen). Het is ook de verantwoordelijkheid van de ander om bij de gedachte 'ik weet van niks' vragen te stellen en op zoek te gaan naar antwoorden. Een uitdagende evenwichtsoefening. Concrete voorbeelden van onze initiatieven zijn: een veranderlijke communicatiemuur, bezoek en ervaringsuitwisseling met andere woonzorgcentra, terugkoppelen van stand van zaken tijdens onze normale overlegmomenten …

*We dromen van een huis waar de bewoner zich thuis voelt en zichzelf kan zijn.*

## Thema 2: de bewoner als mens leren kennen (begeleid door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen)

We dromen van een huis waar de bewoner zich thuis voelt, waar de bewoner zichzelf kan zijn, waar je een enorme intensiteit van leven en wonen treft, waar het werken met het levensverhaal centraal staat en waar warme ontmoetingen hoogtij vieren.

Met andere woorden: een huis waar we inzetten op fundament vier uit het referentiekader dementie: 'afgestemde zorg'. Een huis waar de zorgverlener de persoon met dementie in de eerste plaats als MENS ziet en waar we verder groeien van taakgericht naar persoonsgericht werken.

*'Ik mens, jij mens, samen mens.'*
We vroegen ons af: hoe en waar kunnen we onze zorg en begeleiding nog beter laten aansluiten op wie de mens met dementie is? We leren de bewoner als mens kennen door middel van een warm onthaal, door meer zicht te krijgen op het levensverhaal en de gewoontes van de nieuwe bewoner en door de structuur van de bewonersbesprekingen.

### *Een warm onthaal*

We startten bij het proces van opname. Een verhuis naar een andere woonomgeving is ingrijpend en vraagt van de persoon en zijn naasten veel aanpassingsvermogen. Het achterlaten van de eigen woning kan gepaard gaan met mogelijke verlieservaringen (van dierbaren, van controle ...). Wat betekent het voor de bewoner om afscheid te nemen, een vertrouwde deur te sluiten en een andere te openen?

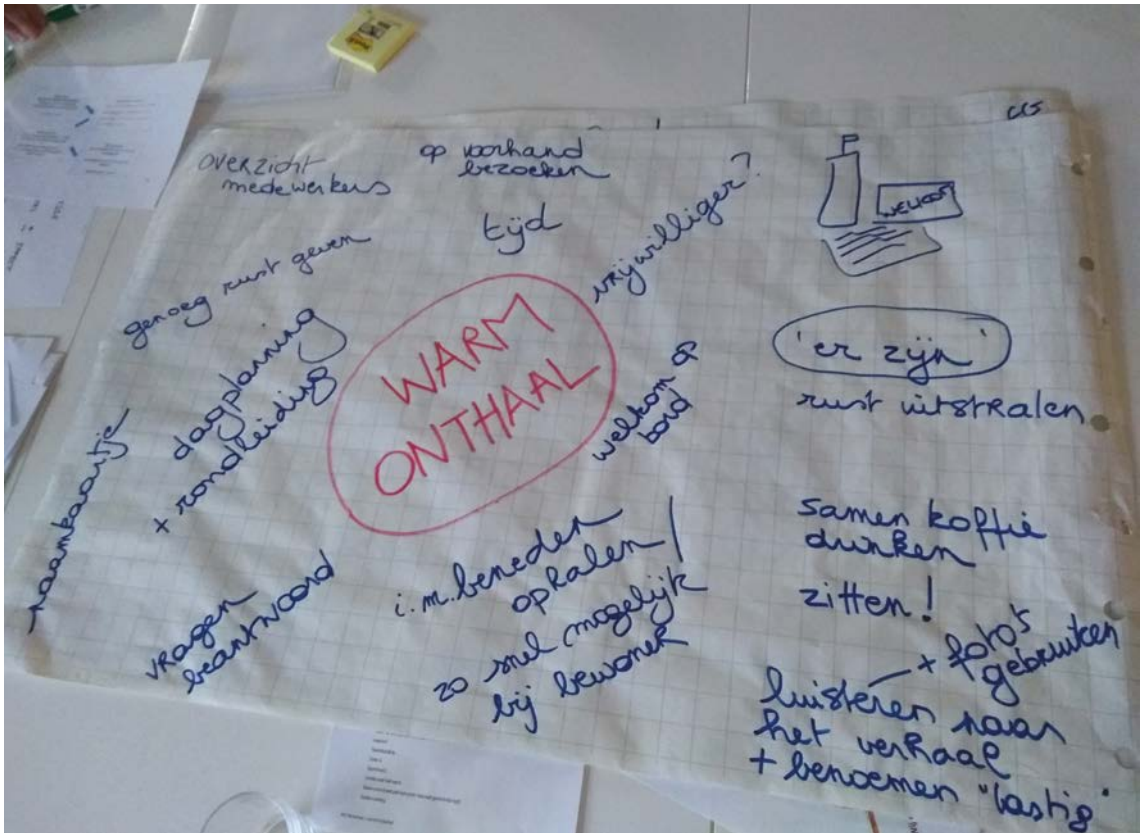
> *'Ik herinner me nog goed toen ik hier kwam wonen. Het kon niet anders. En toch voelde ik me vreemd en alleen. Alsof ik een stuk van mijn leven had achtergelaten.'*

Het in kaart brengen (visueel zichtbaar maken) van het opnameproces gaf zicht op een aantal uitdagingen:

- Een zeer beperkte betrokkenheid van de bewoner bij de voorbereiding van de verhuis. Hiervoor zijn verschillende redenen: niet weten hoe je een persoon met dementie kan voorbereiden, angst voor weerstand, verdriet en boosheid, het emotionele proces van de mantelzorger, een crisisopname ...
- De afwezigheid van een onthaal (onthaalmedewerker) in de inkomhal. De eerste stap in het woonzorgcentrum is soms op een brancard. Het gemis van een direct aanspreekpunt versterkt stress en onzekerheid.
- 'Ik heb geen tijd' zorgt ervoor dat de nieuwe bewoner moet wachten op een eerste contact en/of dat het contact beperkt blijft tot het hoogst noodzakelijke aan basisinformatie.
- Onzekerheid bij medewerkers: 'Kan ik dit wel?', 'Wat zijn de verwachtingen?'.
- Onthaal nieuwe bewoner = vooral een activiteit van de verpleegkundige.

Onze eigen voordeur, het onthaal van een nieuwe bewoner, was het vertrekpunt. We dachten in eerste instantie na over de mogelijke betekenissen van een warm onthaal voor de bewoner, de mantelzorger en de medewerker.

Essentiële elementen van een warm onthaal: nabijheid en het meebewegen met de bewoner zodat hij het gevoel heeft er niet alleen voor te staan. Een warm onthaal betekent in eerste instantie in relatie treden met de mens, het betekent vooral een houding. Hieronder zie je een foto van de brainstorm over het warm onthaal.




Uit de analyse van het opnameproces bleek dat sommige medewerkers nood hadden aan een houvast zodat ze met meer vertrouwen een nieuwe bewoner warm onthalen. We concretiseerden de verwachtingen (wat wensen we van elkaar te zien bij een warm onthaal?). Enkele voorbeelden: starten met jezelf de vraag te stellen: hoe wil jij graag onthaald worden in een nieuwe omgeving, iets aanbieden om te drinken, tijd maken voor het verhaal van de bewoner en de mantelzorgers … In de praktijk blijft het een evenwichtsoefening. Enerzijds kunnen we een warm onthaal concretiseren en anderzijds vormt de beleving van de bewoner het uitgangspunt. Wat beleeft de bewoner en wat is zinvol voor hem op dit moment? Of met andere woorden, een warm onthaal is vooral ook zoeken naar afstemming (fundament vier). We merkten dat afstemming vaak in kleine dingen zit, samen een kopje koffie drinken, een persoonlijk kaartje op de kamer …

Het warm onthaal is een activiteit van het team geworden. Discipline-overschrijdend nemen we verantwoordelijkheid op en geven we elkaar het mandaat. Hier zijn we fier op. Belangrijke stappen in dit proces waren de bewustwording van het belang van een warm onthaal (verhuis: ingrijpende verandering) en het maken van tijd door medewerkers in eerste instantie vrij te roosteren voor een warm onthaal (een ingepland mandaat: *tussen 10 uur en 11 uur geeft je collega prioriteit aan een warm onthaal omdat een verhuis gepaard gaat met emoties en ondersteuning ongelooflijk belangrijk is*). In de dagen voor de komst van de nieuwe bewoner is het warm onthaal een terugkerend onderwerp op de briefings. Verschillende vragen komen aan bod: ‘Wie wil het onthaal verzorgen?’, ‘Wat betekent een warm onthaal voor deze bewoner?’, ‘Wat weten we uit het intakegesprek?’, ‘Wat heeft de medewerker nodig om een warm onthaal te kunnen geven?’ … We ondersteunen elkaar in het opnemen van een warm onthaal. Medewerkers kunnen een beroep doen op een buddy (een collega als brug naar het durven opnemen van activiteiten) en kunnen met hun vragen steeds terecht bij de medewerkers van de sociale dienst. We groeien en merken een groot verschil door de ontvangen waardering van bewoners en familieleden.

*'Ik herinner me nog goed mijn eerste dag. Ik had het ongelooflijk moeilijk. Het achterlaten van mijn huis ('thuis') waar ik meer dan veertig jaar heb gewoond, vond ik verschrikkelijk. Maar ik herinner me ook een persoon die hier werkt, iemand die naast me kwam zitten, tijd maakte en me liet huilen. Dat was voor mij een grote steun.'*

*'De verhuis van ons vader naar een woonzorgcentrum was tot nog toe onze moeilijkste beslissing. Het was zo fijn om in de eerste uren een aanspreekpunt te hebben. Dit gaf zoveel vertrouwen.'*

Dit motiveert om het thema vast te houden, zelfs onder de hectiek van corona.

*'Ik herinner me een crisisopname voor een man van wie de echtgenote in het ziekenhuis was opgenomen. Het echtpaar had geen kinderen en de zorg werd opgenomen door hun neven en nichten. Die dag waren de dagelijks verantwoordelijke en de medewerkers van de sociale dienst buitenshuis. Maar wat me vooral is bijgebleven… alle inspanningen die geleverd zijn, het out-of-the-box denken en het uit de hokjes stappen om de bewoner een warm onthaal te geven. We probeerden een verschil te maken in kleine dingen. We zorgden voor een tv en een zetel (waarvan de beensteun omhoog kan zonder dat de rugsteun mee naar achter kantelt) op de kamer omdat we wisten dat dit voor de bewoner heel belangrijk was. De waardering achteraf van de bewoner en de familie deed enorm veel deugd.'*

*In dit project integreerden we verschillende documenten en brachten over de disciplines heen de mens in beeld.*

We dromen verder en we willen de persoon met dementie meer betrekken bij de voorbereidingen van de verhuis. De bewoner ook een stem geven zodat we voor hem een thuis kunnen creëren. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door met de bewoner te bespreken welke spullen voor hem emotionele waarde hebben en wat zeker mee moet verhuizen. Nu gebeurt de inrichting vooral door de familieleden.

## *Meer zicht krijgen op het levensverhaal en de gewoontes van de nieuwe bewoner*

Bij afgestemde zorg ontmoet je de persoon met dementie waar hij zich op dat moment bevindt. Soms wegen aspecten uit het verleden door, soms staat het heden op de voorgrond of een combinatie van beide (fundament vier). Afstemming ontstaat door verwondering over het unieke levensverhaal van de bewoner. Het verleden versterkt de identiteit van de bewoner, zorgt voor verbinding, laat krachten en mogelijkheden zien, geeft erkenning voor het leven, inspireert voor een zinvolle dagbesteding … laat de mens zien.
Om het levensverhaal en de gewoontes van de nieuwe bewoner beter te leren kennen, gebruiken we verschillende waardevolle documenten. Door in het veranderteam de verschillende documenten naast elkaar te leggen, merkten we een overlap en werd duidelijk dat we elk vanuit ons hokje zicht proberen krijgen op het levensverhaal. Onze uitdaging: de verschillende documenten integreren en samen (over de disciplines heen) de mens in beeld brengen.
De documenten zijn geïntegreerd tot één document *SAMEN de MENS zien*. Het document bestaat uit drie onderdelen:

- Wat doet er echt toe voor de bewoner? Hiervoor gebruiken we de leefplezierboom als kapstok en brengen we wensen, behoeften, gewoontes in kaart op zeven levensgebieden (relaties en contacten, jezelf zijn, woonplek, actief zijn, rusten, jezelf redden en eten).

- Bondige biografie: betekenisvolle informatie uit het vroegere (bv. eigen gezin en beroep) en het verdere (bv. ouderlijk gezin en schooltijd) leven van de bewoner.
- Wat maakt de bewoner kwetsbaar? Wat zorgt voor angst, pijn ...? Wat biedt veiligheid?

Het document beweegt mee met het wel en wee van de bewoner. Wat gisteren belangrijk was, is misschien vandaag niet meer belangrijk omwille van bijvoorbeeld veranderingen in gezondheid, sociale omgeving ...

Het document *SAMEN de MENS zien* is een voorstel. Een nog te nemen stap: feedbackmomenten organiseren om gedragenheid te creëren, te faciliteren en het levensverhaal te verankeren in onze dagdagelijkse zorg.

### *De structuur van de bewonersbesprekingen*

Door het project groeiden we van 'we hebben nu geen tijd voor een bewonersbespreking' naar een tweewekelijkse bewonersbespreking. Ook de bewonersbesprekingen zijn een gezamenlijke activiteit geworden. Zorgkundigen, verpleegkundigen, therapeuten, medewerkers van keuken en onderhoud ... nemen deel. We konden dit realiseren door de bewonersbesprekingen voor de middag te plannen en enigszins te beperken in tijd (dertig minuten met aandacht voor één bewoner, maximum twee bewoners). Nieuwe bewoners worden besproken. Bij nieuwe bewoners merken we dat de aandacht voor de huidige beleving ('hoe voelt de bewoner zich?') en belangrijke facetten uit het levensverhaal een vanzelfsprekendheid is. Daar verschuiven we onze aandacht automatisch van feitelijke informatie naar verhalende informatie. Op de vraag hoe dit komt, hebben we tot nog toe geen antwoord. De uitdaging ligt nog in het structureren van het automatisme zodat we het automatisme kunnen borgen.

## Tips naar andere zorgvoorzieningen

- Wees aandachtig hoe je communiceert over de stappen die je wenst te zetten. Trap niet in de valkuil van de 'nieuwe' projecten. Een nieuw project creëren op zich creëert weerstand bij de medewerkers.

- Ga van A naar B door B te doen.

- Zet in op het creëren van gezamenlijke taal. Neem tijd om aan iedereen uit te leggen wat je gaat doen, wat je wil bereiken, kies bewust voor taal en de invulling die we geven aan begrippen.

- Neem de stem van iedereen mee, het volume van elke stem mag verschillend zijn. Dit kan via veranderteam, werkgroepen, infomomenten of workshops.

- Hou aandacht voor communicatie. Jezelf verplichten om te visualiseren dwingt ook om na te denken over duidelijke en eenvoudige communicatie.

- Kies voor een gezamenlijk proces. Durf samen op pad gaan, heb het lef om uit te proberen en te beleven. Durf 'ik weet het ook nog niet helemaal' te benoemen.

- Organiseren is een iteratief proces. Probeer uit, beleef, stuur bij, ga voor quick wins steeds in lijn met de organisatiedroom.

- Wees trots en vier successen. Hoe klein ook.

- Kijken met de procesbril is een echte objectieve eyeopener en wakkert draagvlak tot verandering aan.
- Externe expertise en begeleiding zijn een meerwaarde.
- Neem alle leidinggevenden mee in het proces.
- Zorg voor veiligheid en vertrouwen in elkaar. Vorige tips ondersteunen dit. Voorbeeldgedrag van directie, leidinggevenden, veranderteam … is cruciaal.

*Wees trots en vier successen. Hoe klein ook.*

## Tot slot

Ook corona had invloed op de projecten. Elke medewerker zette zich in, met hart en ziel, om bewoners op een veilige en menswaardige manier door deze crisis te loodsen. De crisis laat ons enerzijds botsen op grenzen en anderzijds groeit verbondenheid en het besef dat verbinding ons hoogste goed is. Ik, jij,… samen mens.
We zijn ongelooflijk dankbaar voor het mogen deelnemen aan dit project. Zoals Bram Vermeulen zingt … We hebben samen een steen verlegd in onze weg naar ‘Je bent thuis. Alles past hier in elkaar’. Samen staat voor heel wat mensen. We gaven ook inhoud en kleur aan het project door in dialoog te gaan met onze externe begeleider Herlinde en door diverse andere ontmoetingen (bv. tijdens het tweedaags werkveldbezoek). Al deze ontmoetingen zorgden steevast voor energie en stof tot nadenken. Er ligt een schat aan inspiratie buiten de muren van het eigen woonzorgcentrum.
Of anders gezegd…

*‘A simple hello could lead to a million things.’*

# Woonzorgcentrum Lindelo vzw (Lille)

Auteurs: Kris Breugelmans, Elke Keepers, Linda Moonen

## Wie zijn wij?

Woonzorgcentrum Lindelo is gelegen in de Antwerpse Kempen. De voorziening telt 155 woongelegenheden en de infrastructuur is optimaal afgestemd op de doelgroep personen met dementie: een volledig gelijkvloers gebouw met diverse afgesloten buitentuinen, livings voor vijftien personen en wandelstraten met ingerichte zithoeken. De 200 medewerkers trachten in samenspraak met de familieleden en een 70-tal vrijwilligers de beste begeleiding te geven.
Lille is een dementievriendelijke gemeente en Lindelo neemt een centrale rol op in deze werking. Tevens wenst men een regionale rol op te nemen ten aanzien van de doelgroep 'personen met dementie'.
In onze visie staat de beleving van de bewoner centraal:
In Lindelo zijn we best wel trots op onze persoonsgerichte aanpak en huiselijke omgeving. Toch dienden we een dossier in bij de oproep *deMENS in de zorg*, omdat we nog meer willen inzetten op normalisatie, afgestemde zorg en een huiselijkere woonomgeving.

## *Onze deelname aan het project*

Woonzorgcentra zijn sterk georganiseerd: er wordt nog te vaak geredeneerd vanuit organisatorisch standpunt, waardoor veel zaken rigide afgelijnd en afgebakend zijn. Dit bespreekbaar stellen ten aanzien van zorgmedewerkers leidt meestal tot verontwaardiging en heftige reacties, zoals '*Doen wij het dan niet goed?' – 'Dat is praktisch niet te regelen!' – 'Kom het dan zelf maar eens doen!*'.

*De drie prioriteiten? De inrichting, de interne informatiedoorstroming en het multidisciplinair overleg.*

***Woonzorgcentrum Lindelo v.z.w. staat voor:***
*KWA**L**ITEITSVOLLE*
*en BELEV**I**NGSGERICHTE*
*BEGELEIDI**N**G van senioren*
*met AAN**D**ACHT voor*
*WON**E**N,*
***L**EVEN*
*en Z**O**RG*

Het referentiekader dementie biedt een mooi kader om zorgmedewerkers te triggeren. We vinden het als directie onze plicht om medewerkers aan te sturen en te ondersteunen bij de integratie van de krijtlijnen van het referentiekader in de dagelijkse werking. Daarom creëerden we het WOP-project: het Waarderend Ondersteunend Partnerschap. In het WOP-project gaan we met basismedewerkers aan de slag rond de fundamenten van het referentiekader dementie. Doelstelling is om 'doorheen het project' te komen tot de essentie van onze opdracht, nl. maximaal ten dienste staan van personen met dementie én hun naasten. Meer dan tevoren dient aan de familie gesteld dat zij een actieve rol kunnen blijven opnemen, ook al verblijft hun geliefde in een woonzorgcentrum.

Wat ons aansprak in het referentiekader? Wat er voor ons uitsprong, is de ‘normalisatie-gedachte’. In het verleden zijn we, steeds met de beste bedoelingen, teveel bezig geweest met ‘Hoe pakken we de ochtendzorg aan?’ - ‘Welke activiteiten gaan we volgende week organiseren? - ‘Vanaf welk uur gaan we de bewoners te slapen leggen? - … Het ideale scenario vertrekt niet vanuit een vaste structuur, maar vanuit de aanwezige noden en behoeften. Zorgmedewerkers moeten, in samenspraak met familieleden, mantelzorgers én vrijwilligers hier zo gepast mogelijk op inspelen.

## *Samenstelling van het veranderteam*

In plaats van ‘veranderteam’ kozen wij voor de naam *WOP-team*: Waarderend Ondersteunend Partnerschap. We opteerden voor een gevarieerde vertegenwoordiging in functie van een optimale betrokkenheid. Hierbij is uitgegaan van diverse zorgfuncties en een vertegenwoordiging van alle leefafdelingen. Enerzijds bekwamen we hierdoor een brede input, anderzijds konden bestaande structuren en communicatielijnen gebruikt worden in functie van terugkoppeling en feedback vanuit het veranderteam. De leden van het WOP-team zijn:

- Els Bydekerke, hoofd bewonerszorgen
- Wencke Cornelis, woonleef-assistent
- Goedele Dries, interieurmedewerker
- Lilianna Ibran, zorgkundige
- Allison Ives, zorgkundige nachtteam
- Ellen Kinnaer, ergotherapeut
- Elke Keepers, referentiepersoon dementie
- Linda Moonen, kwaliteitscoördinator
- Sylvie Mostmans, zorgkundige
- Ann Swinnen, huismoeder
- Machteld Wuyts, sociale dienst
- Kris Breugelmans, algemeen directeur
- Liesbeth Van Eynde, regionaal expertisecentrum dementie Tandem

Verder willen we ook uitdrukkelijk alle medewerkers van de pilootwoning bedanken!

Als organisatie wilden we vooral inzetten op communicatie met zowel medewerkers, bewoners als familie. Op regelmatige tijdstippen brachten wij daarom een nieuwskrantje uit waar de stappen in het project werden toegelicht, aangevuld met foto’s.

*het WOP-team*



## *Onze prioriteiten*

Vanuit het veranderteam selecteerden we drie prioritaire thema's: de inrichting, interne informatiedoorstroming en multidisciplinair overleg. Achteraf bekeken is het een traject geworden met vallen en opstaan, met succesbeleving en soms wel wat tegenkantingen.

*Thema 1: huiselijke inrichting:* er is een dynamiek op gang gekomen én er zijn herinrichtingen gerealiseerd, die we op voorhand niet hadden durven dromen. De 'functionele visie' werd verlaten en het aandachtspunt 'leven en wonen' kreeg de bovenhand. Het voordeel voor de bewoners overwon het van het organisatorisch gemak. Anderzijds moesten de trekkers van het verhaal soms regelrecht ingaan tegen gemaakte opmerkingen van zorgmedewerkers. Waarom moet dit nu zo per se? Hebben wij het tot op vandaag dan altijd fout gedaan? We voelden duidelijk *weerstand tegen verandering*. Nochtans profileerden we ons sterk vanuit een persoonsgerichte visie. Vanuit deze visie vond het uiteindelijk z'n voedingsbodem / draagvlak.

*Thema 2: interne informatiedoorstroming:* dit is een succesverhaal. Elke opname verloopt vanaf heden uniform, overlap van vraagstelling wordt zoveel als mogelijk weggenomen, de juiste focus wordt gelegd: bewoner en naasten worden beluisterd én er wordt meer gekeken naar de toekomst dan naar het verleden.

*Thema 3: multidisciplinair overleg (MDO):* de noodzakelijke accentverschuivingen én uniformiteit zijn bekomen.
Samengevat: Dankzij het WOP-project is er een 'eerste steen verlegd in onze rivier'!

In dit traject werkten we met één pilootafdeling, van waaruit we langzaam initiatieven lieten overvloeien naar de andere leefafdelingen.

Tijdens de observatie van de Dementia Care Mapping, aan het begin van ons traject, zijn onze sterktes en zwaktes duidelijk aan bod gekomen. Niet enkel werd onze reeds goede aanwezige werking bevestigd, ook was er plaats voor een kritische blik en werkpunten. Deze punten kwamen achteraf gezien overeen met de actiepunten waar we als veranderteam aan wilden werken en dit gaf ons hoop op een goede afloop.
Als organisatie heeft ons dit veel geleerd en de observatiegegevens die de Dementia Care Mapping opleverde, hebben ons gedurende het hele project geholpen om onze duidelijke doelstelling na te streven. Een werkpunt was het aanbieden van prikkels. Door de concrete voorbeelden in de resultaten van de Dementia Care Mapping konden we steeds hiernaar verwijzen en hebben we hier dan ook volop op ingezet.

## Thema 1: persoonsgerichte intake: levensverhaal, vroegtijdige zorgplanning en multidisciplinair overleg

In veel zorgsituaties komt er een moment dat de familie niet langer de zorg kan bieden die de zorgvrager nodig heeft. De beslissing tot een definitieve verhuis naar een residentiële setting wordt vaak als een eindpunt gezien en is een beslissing die niet over één nacht ijs genomen wordt. De meeste families ervaren dit als één van de zwaarste en moeilijkste beslissingen uit hun leven.
Daarom is bij een verhuis naar het woonzorgcentrum een goede anamnese van de bewoner van groot belang en tegelijkertijd de inbreng van de mantelzorgers van essentiële waarde. Indien je als organisatie oog hebt voor de noden en de beleving van de mantelzorgers, verloopt de opname doorgaans een stuk aangenamer. Zowel bewoner als mantelzorgers voelen zich erkend en kunnen zelf aangeven bij welke aspecten van de zorg men liever betrokken blijft of net afstand doet.

**Onze doelstellingen**

| Knelpunten | Doelstellingen |
|---|---|
| Bij verhuis naar het woonzorgcentrum was er een overvloed aan informatie/vragen voor bewoners en mantelzorgers | We geven gedoseerde info aan bewoner en mantelzorgers |
| Vaak dezelfde bevragingen door sociale medewerkers, zorgmedewerkers … | Er zijn duidelijke afspraken omtrent bevraging van bewoner/mantelzorgers |
| Infodoorstroming bij nieuwe opname bereikte niet alle medewerkers | Alle medewerkers krijgen info over de bewoners, ook onderhoudspersoneel |
| Bij een multidisciplinair overleg was er te weinig inspraak van bewoner en mantelzorgers, betrokkenheid van mantelzorger werd niet bevraagd | Er is duidelijkheid naar inhoud en verwachtingen multidisciplinair overleg |
| Bewoner en familie waren onvoldoende op de hoogte over de inhoud van MDO | Er is een open rondetafelgesprek met maximale inspraak van bewoner en mantelzorgers |
| Enkel een zorgplan werd opgemaakt | We stellen een woonzorgleefplan op met maximale betrokkenheid van de mantelzorger |

Samengevat willen we bij dit thema het volgende bereiken:
Ten eerste dat de bewoner en mantelzorgers voldoende en duidelijke informatie krijgen en ten tweede dat de familie niet overstelpt wordt met informatie. We willen de info gedoseerd geven zodat men de tijd heeft om de informatie te verwerken.

*De mantelzorgers zijn partners in de zorg. We werken actief samen, stemmen verwachtingen op elkaar af, leren hen zorgvaardigheden aan en wisselen kennis en ervaring uit.*

Bij de brainstorm in het WOP-team stelden we vast dat de bevragingen aan bewoner en familie voor en tijdens de opname vaak overlappend of dubbel waren. De bevraging van eetgewoontes, slaapgewoontes en dagdagelijkse bezigheden gebeurde zo vaak dat dit geen geruststellend en veilig gevoel gaf aan de bewoner en zijn mantelzorger. Daarom zijn we in het WOP-team van start gegaan met een oplijsting van de essentiële informatie bij een eerste kennismaking, een definitieve opname en een kennismaking met de woonafdeling.

**Hoe hebben we hierop ingezet?**
Vanuit deze verzamelde info ontwikkelden we drie nieuwe brochures die aansluiten bij de behoeften van nieuwe bewoners en mantelzorgers.

Enerzijds is er een algemene infobrochure die potentiële bewoners de info geeft die men nodig heeft bij de keuze van een woonzorgcentrum, anderzijds zijn er twee brochures die info geven bij het intakegesprek op de sociale dienst en bij definitieve opname op de wooneenheid.

Elk zijn ze uniek en geven voldoende informatie aan bewoners of mantelzorgers. De brochures volgen eenzelfde structuur voor alle afdelingen zodat we zekerheid hebben dat alle bewoners en mantelzor-

gers dezelfde type informatie krijgen. De folders en brochures stellen we graag ter beschikking als voorbeeld voor andere settings.





Een tweede luik was de informatiedoorstroming van een nieuwe bewoner aan alle medewerkers. Vóór het verandertraject hadden we nooit stilgestaan bij de informatiedoorstroming naar de medewerkers van interieurzorg. Nu leek ons dit essentieel omdat interieurzorg een belangrijke groep van medewerkers is die vaak een nauwe band ontwikkelt met bewoner en familie. We hebben ook gemerkt dat medewerkers met een parttime betrekking minder op de hoogte waren van de essentiële info dan medewerkers die fulltime werken.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij was: op welke manier krijgen we de noodzakelijke info van de bewoner verzameld en hoe krijgen we deze info bij alle medewerkers?

Onze eerste aanpak was het *persoonsgericht multidisciplinair overleg (MDO)*
Onze MDO-gesprekken vertrokken in het verleden vanuit de opmaak van een belevingsdiagnose van de bewoner met dementie. Iedere discipline werd uitgenodigd om de bewonersobservaties door te geven. De individuele begeleider van de bewoner deed op voorhand een gesprek met bewoner of familie om het levensverhaal op te tekenen. Kort na opname werden bewoner en mantelzorger uitgenodigd voor een multidisciplinair gesprek waarin de bevindingen van de alle zorgmedewerkers werden overlopen en het zorgplan werd toegelicht. Het MDO was dus voornamelijk eenrichtingsverkeer.

*In het multidisciplinair overleg maken we nu echt tijd voor de noden en beleving van de nieuwe bewoner en de mantelzorgers. Wonen en welzijn staan nu voorop.*

Hoe verloopt een MDO nu? In samenspraak met het veranderteam hebben we een nieuwe structuur ingevoerd, met meer aandacht voor de beleving, de wensen en de bezorgdheden van de bewoner en de familie. In samenspraak met het veranderteam hebben we een manier gezocht om in de weken voor het MDO zoveel mogelijk informatie te verzamelen van de bewoner, dit door

- De opmaak van een levensverhaal, waarin de persoonlijke levensgeschiedenis verteld wordt door de bewoner of iemand uit zijn directe omgeving. Het verleden, maar ook het heden en de toekomst kunnen hierin aan bod komen. Iemand van het WOP-team stelde zich kandidaat als ‘meter’, zodat ze collega’s kan helpen die hierrond vragen hebben.
- Het voeren van vroegtijdige zorggesprekken
- Het verzamelen van zoveel mogelijk interdisciplinaire informatie.

Op het MDO bespreken we dan kort het levensverhaal, praten over vroegtijdige zorgplanning, we bevragen wat voor de nieuwe bewoner en mantelzorgers belangrijk is, we delen interdisciplinaire informatie … We spraken een minimumduur af voor elk gesprek en spraken af dat de bewoner vanaf nu standaard bij het gesprek aanwezig is, tenzij er een gegronde reden is om het niet te doen. Enkel die disciplines die van toepassing zijn op deze bewoner, zijn nog aanwezig op het MDO.

Ons doel is om samen met de bewoner een woonzorgleefplan op te stellen waar de nadruk niet ligt op verpleegd en behandeld worden, maar op wonen en welzijn. We willen de bewoners ondersteunen het leven te leiden dat zij gewend zijn, het prettig en zinvol te vinden.

Uiteraard hebben bewoners wel degelijk medische en verpleegkundige zorg nodig wanneer zij ziek zijn. Maar altijd, ook als de bewoner verpleegkundige zorg ondergaat, horen verzorgenden en verpleegkundigen dat te doen vanuit de vraag: Hoe ondersteun ik de kwaliteit van leven van deze bewoner?

We willen er ook op toezien dat ook de mantelzorgers geen toeziende familie worden, maar een partner in de zorg, mantelzorgers kunnen hierbij verschillende rollen opnemen. We denken hierbij aan de rol als partner, expert of als naaste. Dit betekent concreet dat we actief samenwerken, verwachtingen op elkaar afstemmen, elkaar in de zorg betrekken, zorgvaardigheden aanleren en kennis en ervaring uitwisselen. Daarbij hebben we altijd oog voor de nauwe band tussen de mantelzorger en de bewoner.

Met een nieuwe uitnodigingsfolder geven we de bewoner of mantelzorger informatie over het multidisciplinair overleg en met een aantal gerichte vragen geven we een aanzet tot deelname aan het gesprek. Zo kan de familie op voorhand al even nadenken over de levensdoelen van de bewoner, de zaken die bijdragen tot zijn levenskwaliteit ... Het gaat hierbij niet enkel om het verleden, maar ook over heden en toekomst. De uitnodigingsfolder:

Getuigenis van VC, familielid van LP:

> *'Toen wij de uitnodiging voor het multidisciplinair overleg ontvingen, hadden we geen flauw idee wat de inhoud hiervan was, maar de folder maakte dit al snel duidelijk. De folder verduidelijkt de doelstelling en op welke manier een multidisciplinair overleg plaatsvindt. Zelf ben ik iemand die vaak over levensvragen filosofeert, maar de voorbereidende vragen op de folder waren voor mij toch een goede leidraad voor een gesprek. Ik had het gevoel dat we samen tot een goed en kwaliteitsvol levensplan gekomen zijn, dat vertrekt van respect voor elkaar en waar er plaats was voor een kritische vraag of bemerking.'*

## Thema 2: inrichting en dagbesteding

Naar aanleiding van het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg kregen we als organisatie de kans om te werken rond onze afgestemde en persoonsgerichte zorg. We vroegen ons het volgende af:

- Wat maakt dat iemand zich thuis voelt?
- Worden onze bewoners voldoende geprikkeld of is er eerder sprake van onderprikkeling?
- Hoe normaal is het leven na een verhuis naar het woonzorgcentrum?
- Hoe 'GE-WOON' is onze zorg?
- Kunnen keuzes gemaakt worden en is er sprake van een 'genormaliseerde activatie'?
- Kunnen we het woon-leef aspect even belangrijk krijgen als een zorgrelatie?
- Hoe kunnen bewoners de eigen regie in handen nemen en medezeggenschap hebben in onze dagdagelijkse werking?

> *'Ik zie deze mensen graag en daarom wil ik enkel het beste.'*
> Medewerkster Ann



## *De inrichting*



Een eerste doelstelling binnen het fundament normalisatie was het creëren van een huiselijkere inrichting.
We zijn gestart met het bevragen van bewoners, familieleden, personeelsleden en vrijwilligers wat betreft onze huiselijke inrichting. Via een zelf opgestelde enquête hebben we getracht om zoveel mogelijk informatie te bekomen. Een huiselijke inrichting hebben wij ruim bekeken. Niet enkel hebben we ons gefocust op het mooie, herkenbare en gezellige. We zijn ook gaan nadenken wat van een huis een echte thuis maakt. Welke prikkels en activiteiten zijn hiervoor nodig? Wij zijn namelijk van mening dat een woonruimte zonder activiteit of dynamiek geen huiselijke setting is.
Aan de hand van de talrijke reacties via deze enquête hebben we enkele zaken gekozen om aan te werken:

- Creëren van kleine gezellige zithoekjes in het grote geheel
- Afstappen van vaste plaatsen in de living
- Inzetten op toegankelijker drankgebruik gedurende de dag
- Persoonlijke en herkenbare decoratie in de gemeenschappelijke living
- Doorbreken van lange, kale gangen door het hangen van muurstickers
- Het maken van (actieve) belevingshoeken




GANZENBORD

- Het creëren van rust- en herkenningspunten
- Herkenbaarheid van de persoonlijke kamers + een herkenbare invulling
- Meer activatie gedurende de dag door prikkelmanden en doe-materialen

> *'J. heeft rustig aan tafel gezeten en zich geamuseerd met de mandjes die in de living stonden. Ze heeft zich beziggehouden met de kleurpotloden en papier. Fijn om te zien!'*
> Medewerkster Martine

Al snel werd duidelijk dat verandering op sommige woningen weerstand bracht. De snelle win-win bleef uit. Waar we een snelle reactie verwachtten, zagen we verschillende meningen en opvattingen, vooral afkomstig vanuit een gevoel van bekommerd zijn en ongerustheid.

| **Blik vanuit sommige medewerkers:** | **Blik vanuit WOP-team en pilootafdeling:** |
|---|---|
| Doe-dingen brengen chaos en onrust<br>'Rommel' brengt onrust | Zichtbaarheid van materialen is belangrijk (niet zichtbaar stimuleert niet) |
| Materialen dienen vastgemaakt te worden zodat deze niet kunnen verdwijnen | Materialen die niet gebruikt mogen worden en vaststaan, werken verzet in de hand |
| Iedereen heeft een vaste plaats nodig om structuur te brengen | Verschillende bewoners geven aan om graag op een andere plaats, naast andere bewoners, een babbel te doen |
| Stickers op de muren met spreuken doen te hard verlangen naar het 'oude thuis' | Spreuken leiden tot meer verpozing en mogelijkheden tot communicatie |

Ondanks dat men ervan uitgaat dat stappen worden opgevolgd en de nieuwe informatie door iedereen wordt opgenomen, blijkt dat herhaling, informatie, communicatie en een grote portie motivatie enorm belangrijk zijn om een project te laten slagen. Maar het grote struikelblok van deze grote portie motivatie is dat we met verschillende snelheden te werk gaan. Grote teams met verschillende persoonlijkheden en verschillende meningen maken dat samenwerken allesbehalve evident is. Waar de ene collega al graag wat rommel op de salontafel heeft, bestempelt de andere dit als chaos en onrust. Wij hebben geleerd dat regelmatig achteruit kijken en voldoende communicatie en overleg van essentiële waarde zijn. Ook is het belangrijk om in deze discussie te allen tijde de beleving van de bewoners en de familieleden voorop te stellen. Dit konden we doen dankzij de uitgebreide bevraging die plaatsgevonden had.

Tijd is ook een belangrijk aspect. Na enkele maanden zien we dat verschillende medewerkers doorheen het hele woonzorgcentrum pogingen ondernemen en nadenken over de huiselijke inrichting. Beetje bij beetje zien we het project leven doorheen ons volledige huis.



> *'M. en G. zijn samen in één van de kleine hoekjes van de living gaan zitten. Ze hebben er beiden van genoten om hier te mogen "keuvelen".'*
> Medewerkster Sylvia

Een andere uitdaging is het budget. Dankzij de handigheid van vrijwilligers en de talrijke schenkingen van families, hebben we op korte tijd veel kunnen realiseren. We publiceerden een kookboek met recepten afkomstig van bewoners, vrijwilligers en medewerkers. De opbrengst van dit kookboek (250 verkochte exemplaren!) ging integraal naar ons WOP-project.

*Huiselijk of rommelig? De medewerkers hadden verschillende meningen. We hebben geleerd te allen tijde te vertrekken vanuit de beleving van de bewoners en de familieleden.*

Een tweede punt in onze afgestemde en genormaliseerde zorg is het aanbieden van activiteiten. Vaak liggen activiteiten voor het grijpen maar zijn we ons hiervan niet bewust. Het verloop van onze dag moet aansluiten bij het leven van onze bewoners met dementie. Dit maakt dat er enige flexibiliteit nodig is van onze zorgmedewerkers en dat we moeten durven afwijken van ons vast (zorg)pakket. Want waar loopt het ontbijt niet tot een bepaald uur? Of wordt een voormiddag onderbroken door een mictietraining?

> *'M. was vandaag tijdens het in bed leggen erg emotioneel. Ze had echt nood aan een babbel. Op haar kamer lag een boek met foto's van de familie. Samen hebben we hier doorgebladerd en M. werd terug rustig. Een kleine lach kwam tevoorschijn. Als we haar hiermee kunnen geruststellen...'* medewerkster Silke

We zijn gestart met het opmaken van een huishoudelijke weekplanning. Verschillende huishoudelijke taken dienden samen met bewoners gedurende een week tot een goed einde gebracht te worden. Alle collega's, ook de medewerkers van de poets, werden meegenomen in deze oefening en uitvoering.

| **Zo werkten we bij aanvang van het project:** | **We willen evolueren naar:** |
|---|---|
| *Georganiseerde zorg* | *De keuzes van de bewoners en hun autonomie wordt gerespecteerd* |
| De tafel is gedekt | Bewoners bieden hulp bij huishoudelijke taken |
| De afwas wordt gedaan | Bewoners poetsen samen met medewerkers hun kamer |
| De kamer wordt gepoetst | Bewoners dekken de tafels |
| De aardappelen zijn geschild | Bewoners worden gestimuleerd om hun eigen bed op te maken |
| De was is geplooid | Er is ruimte om de tuin te onderhouden |
| De tuin wordt onderhouden | ... |
| ... | |



> *'J. heeft geholpen met de kookactiviteit. Nadien is ze uit eigen beweging een keerborstel komen halen om de living uit te keren. Ze heeft een aantal keer aangehaald dat ze graag meer zou doen, actiever zou zijn. Achteraf heeft ze mee afgewassen, de tafels gedekt en nadien de tafels afgeruimd en afgekuist. Ze was zo blij om bezig te zijn.'* Medewerkster Elke

Onze bevindingen hieromtrent zijn positief. Bewoners fleuren op en geven blijk van zich goed te voelen. De rolinvulling geeft een belangrijke betekenis aan het leven. Eveneens hebben we gemerkt dat vele voor-oordelen komen vanuit een oprechte bezorgdheid. Er wordt vaak gegrepen naar het aspect veiligheid want 'wat als er iets gebeurt'? Of 'wat als bewoners dit niet

kunnen, dat is toch een erg gevoel'. Toch hebben we gemerkt dat deze overbezorgdheid vaak ongegrond is en dat bewoners tot meer in staat zijn dan we aanvankelijk denken.

*'C. kwam net voor het avondeten vertellen dat hij zich verveelde. Samen hebben we de tafels gedekt voor het avondmaal. C genoot hier zichtbaar van, voelde zich nuttig en was blij dat hij kon helpen. Dit moeten we hem zeker meer aanbieden!!'* Medewerkster Joyce

*afstoffen*



Het project moet leven! Dingen zien prikkelt bewoners en zorgmedewerkers om zelf meer actie te ondernemen. Zorgmedewerkers zijn benieuwd naar hoe iets loopt, komen kijken tijdens het aanbieden van de huishoudelijke taken en hebben het hier onderling over. Het is vooral een andere visie en andere werkwijze. De volgende stap is nagaan hoe we deze aanpak en visie toekomstgericht kunnen inburgeren. Zoals eerder vermeld, brengt verandering weerstand. Angst voor nieuwe dingen en het oude loslaten, angst voor een verzwaring van het takenpakket, angst voor reacties van anderen ... Belangrijk is om toekomstgericht te gaan werken met interne intervisies en casussen. Door coaching en praatsessies, door het delen van ervaringen en door samen op zoek te gaan naar oplossingen hopen we om geleidelijk aan van onze nieuwe aanpak een nieuwe gewoonte te maken.

*'B. is de kar mee naar de keuken gaan brengen, een welgekomen afwisseling voor haar.'*
Medewerkster Judith

## Onze toekomstdromen?

Tijdens het pilootproject trok een kleine groep mensen aan de kar van vernieuwing. Toch is het nodig om geleidelijk aan meer en meer zorgmedewerkers mee te krijgen in onze nieuwe visie zodat we onze nieuwe werking verder kunnen uitrollen zodat de positieve effecten van de afgestemde zorg, de bewoners centraal zetten, voor iedereen duidelijk worden.

*Bewoners fleuren op en geven blijk van zich goed te voelen. De rolinvulling geeft een belangrijke betekenis aan hun leven.*

We doorzwommen vele waters. We zijn trots op wat we bereikt hebben! Toch zal het uitvoeren van onze nieuwe werkwijze door al onze collega's de grootste uitdaging worden. Een uitdaging die we ten volle willen aangaan omdat we gemerkt hebben dat de afgestemde zorg een absolute meerwaarde is voor de kwaliteit van wonen, leven en zelfs werken van onze bewoners en de medewerkers.

Vanuit het WOP-project zijn er initiatieven opgezet, soms klein – soms groter, waar de normalisatie en huiselijkheid nog zichtbaarder worden. Het belangrijkste hierbij is dat alle betrokkenen aan den lijve ondervinden dat dergelijke acties leven brengen, voldoening geven, inspelen op concrete behoeften én geen extra tijd of belasting met zich meebrengen.

In september 2020 stopt ons WOP-project, maar we verankeren de dynamiek. Een vertegenwoordiging van bewoners, familieleden/mantelzorgers en medewerkers zal, in het licht van de resultaten van de tevredenheidsmeting bij bewoners en familieleden, de doelen van het WOP-project centraal blijven stellen. Door middel van concrete verbeteracties hopen we het échte thuisgevoel voor alle betrokkenen nog beter te benaderen.

# Deel 2: beschouwing bij de pilootprojecten persoonsgerichte zorg

Auteur: Herlinde Dely, Expertisecentrum Dementie Vlaanderen

**In dit hoofdstuk blikken we terug op een jaar trajectbegeleiding in zes organisaties. Een jaar is lang en kort tegelijkertijd, zeker als op het einde corona nog eens de agenda gaat domineren.**

**Elke laureaat werkte rond 'persoonsgerichte zorg', vanuit een of meerdere fundamenten uit het referentiekader dementie. Aangezien elk fundament op zich een verandertraject zou kunnen zijn, bekeken we samen met de projecten waar hun prioriteiten lagen. Dat betekent dat zij gedurende twaalf maanden focusten op bepaalde deelaspecten van persoonsgerichte zorg. In elk project gingen we op zoek naar creatieve oplossingen en stootten we op onverwachte hindernissen.**

## Beschouwingen per fundament uit het referentiekader dementie

Het referentiekader dementie bevat zes fundamenten van kwaliteit van leven, wonen en zorg. Deze fundamenten kwamen tot stand op basis van wetenschappelijk onderzoek, observaties, focusgroepen en interviews met het werkveld, met mensen met dementie en hun familieleden ...

**Het betreft**

1. **Een genuanceerde beeldvorming over dementie**
2. **Normalisatie**
3. **Autonomie in geborgenheid**
4. **Afgestemde zorg**
5. **Mantelzorgers en naasten**
6. **Een warm team van professionele zorgverleners en vrijwilligers**

Vanuit de kernwaarden van een team en van de organisatie streeft elke medewerker ernaar om deze zes fundamenten in de zorgrelatie vorm te geven. Wat vind jij op dit moment belangrijk? Hoe kan ik dit mogelijk maken? Hoe kunnen wij dit als team en als organisatie vormgeven?

Bijna twee jaar na publicatie van het referentiekader dementie en na afronding van de zes pilootprojecten, geven we hieronder een aantal inzichten en beschouwingen mee als aanvulling op het oorspronkelijke werk.



Foto: Leo De Bock

## 1. Een genuanceerde beeldvorming

*'Ik ben meer dan mijn aandoening'*
*'Ik ben geen meubelstuk of een nummer'*
*'Ik hoop dat zorgverleners mij als MENS zien, ook als ik zelf niet meer weet wie ik ben'*

### *Welke bril zet je op?*

Na de publicatie van het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg zijn we er meer dan ooit van overtuigd dat het de juiste keuze was om het fundament 'genuanceerde beeldvorming' als eerste van de zes fundamenten op te nemen. Binnen de samenleving, een zorgvoorziening, een team of in het hoofd van de medewerker staat of valt alles immers met de manier waarop men naar iemand met dementie kijkt. Eenmaal naasten en/of medewerkers de klik maken van 'de dementerende patiënt' naar 'de persoon met dementie', in woorden maar vooral in houding, zie je in hun manier van spreken, in hun handelen, in hun taalgebruik, in hun inbreng op een teamvergadering … een verschuiving van 180 graden gebeuren. De afstandelijkheid vermindert. Er is oprechte betrokkenheid, inleving in de situatie van de ander, kritische vragen worden gesteld … Hoe zou het zijn voor die persoon om hier te wonen/verblijven? Hoe zou de mantelzorger dit beleven? Hoe zou het voor mijzelf zijn om de regie in zo'n situatie te moeten afgeven?

Doorheen de pilootprojecten en tijdens vormingen hoorden we soms de opmerking: '*Daar had ik nog niet bij stilgestaan. Waarom doen wij dit al jaren zo?*'. Routines, kleine gewoontes … sluipen doorheen de jaren de werking van een team binnen. Bestaande structuren en termen worden vaak niet meer in vraag gesteld. Dit merkten we in verschillende pilootprojecten op, bijvoorbeeld toen iemand van het veranderteam plots de bedenking maakte dat de woorden die de organisatie gebruikt de visie op persoonsgerichte zorg niet weerspiegelen.

*'We willen huiselijkheid in het woonzorgcentrum. Waarom spreken we dan over afdelingen in plaats van woningen?'*

*'De dementerenden… euh… de personen met dementie!'*, wordt gevolgd door een schuldige blik naar de begeleider van het expertisecentrum dementie en gegniffel bij de andere leden van het veranderteam. Ook een verandering in taalgebruik gebeurt langzaam en maakt deel uit van de cultuuromslag. We zijn blij te lezen dat de pilootprojecten niet (langer) spreken van een opname in een woonzorgcen-

trum, maar van een verhuis naar… Niet om de ingrijpende levenswending te verbloemen, wel om recht te doen aan een nieuwe realiteit van leven, wonen en zorg. In die volgorde.

Foto: Leo De Bock



## *Aandacht voor leven, wonen en zorg*

Een verandering in de manier waarop we kijken naar iemand met dementie komt er ook door de manier waarop een overdracht, een cliënten-, bewoners- of patiëntenbespreking qua structuur opgebouwd is. Enkele pilootprojecten merkten op dat een bespreking meestal enkel over de medische of somatische problemen gaat: het slaappatroon, de incontinentie, de wondzorg … Kwaliteit van leven, het welbevinden, gelukkig zijn, zinvolle dagbesteding, de mantelzorgers …, kortom het psychosociale aspect, komen vaak niet aan bod. Op die manier wordt het beeld dat de medewerker heeft van de bewoner verengd tot de zorg, tot de aandoening. De persoon, zijn naasten, het wonen en leven verdwijnen naar de achtergrond of worden als de taak van de *huismoeder*, de begeleider wonen en leven, de ergotherapeut, … beschouwd.

**Bij een genuanceerde beeldvorming is het cruciaal…**

- … dat er op regelmatige basis een cliënten-, bewoners- of patiëntenbespreking plaatsvindt
- … dat ook de persoon en zijn sociale omgeving aan bod komen en niet alleen de aandoening
- … dat daarbij consequent elementen van kwaliteit van zorg, leven en wonen besproken worden.

Verschillende pilootprojecten werkten dan ook aan de opbouw van een nieuwe structuur voor hun dossier, de overdrachten, de patiëntenbesprekingen of het ‘zorggesprek’ met de nieuwe bewoner en de familie. De interesse verbreedt zich van een interesse in het medische, het somatische … naar een brede interesse in wie die persoon met dementie als mens is en wat betekenisvol is voor hem.
Dit hangt uiteraard samen met de *info die het team verzamelt* bij de start van het contact of overgedragen krijgt van eerdere hulpverleners. Hier bleken groeimogelijkheden in elk pilootproject. Ook het intersectoraal delen van die persoonsgerichte info, mits toestemming van de persoon met dementie en/of zijn mantelzorgers, bleek een aandachtspunt.
Je leest hierover meer bij het fundament ‘afgestemde zorg’.

## 2. Normalisatie

Huiselijkheid, herkenbaarheid, je gewoontes kunnen behouden, jezelf kunnen zijn … dat is waar normalisatie in essentie over gaat. De ene persoon staat graag vroeg op, de andere houdt van lekker uitslapen. De ene persoon kijkt graag televisie, de andere geeft de voorkeur aan muziek beluisteren. Dat is zo in het gewone leven en is niet anders bij personen met dementie. In het referentiekader dementie benadrukten we dat dit zowel in de thuiszorg, in de residentiële zorg als in ziekenhuizen in meer of mindere mate mogelijk is.
Normalisatie gaat o.a. over het zoveel mogelijk doortrekken van 'het gewone leven' naar de zorgsituatie en dat krijgt vorm in de architectuur en inrichting, de zinvolle dagbesteding, in het (niet) dragen van beroepskledij, in de maatschappelijke participatie, in contacten houden met het sociale netwerk, betrokkenheid bij de buurt …
We leerden uit de pilootprojecten dat genormaliseerd werken iets is dat logisch lijkt, als je er even bij stilstaat met het veranderteam. Waarom zou iemand bijvoorbeeld niet mogen uitslapen of wat langer opblijven? In de praktijk bleek het grootste obstakel echter de cultuur en de zelfopgelegde regels van een team te zijn, niet wat de organisatie de medewerkers oplegt. Flexibiliteit vraagt een mindshift: van denken vanuit je eigen perspectief naar denken vanuit het perspectief van de zorgvrager.
*'Als iemand tot 10 uur slaapt, dan klopt mijn ochtendschema niet meer.'*

### *De inrichting*

Verschillende pilootprojecten werkten rond dit fundament door kleine of grote zaken in de inrichting te veranderen. In de ziekenhuizen ging het hier voornamelijk over de aankleding van de dagzaal (d.i. de gemeenschappelijke ruimte) en de gangen. In woonzorgcentra ging het over de volledige woning: de leefruimte, de gangen, de kamers en zithoeken. Bij de thuiszorgvoorzieningen kwam dit onderdeel niet aan bod.

In de woonzorgcentra waar het veranderteam 'inrichting' als prioritair op de agenda gezet had, merkten we dat die plannen en de bijhorende signalen geleid hebben tot ongerustheid bij sommige medewerkers.

*'Het is hier toch al gezellig genoeg?'*
*'Die rommel zal leiden tot onrust bij de bewoners.'*
*'Ik voorspel het: de pionnen van het gezelschapsspel zullen binnen de week verdwenen zijn.'*
*'Ik vrees voor meer poetswerk voor de logistiek medewerkers.'*
*'Een tweepersoonszetel i.p.v. een éénzit? Dat zal leiden tot meer rugproblemen bij de poetsploeg.'*

Niet alleen binnen de grote groep medewerkers, maar ook binnen de veranderteams waren er steeds enkele medewerkers met bedenkingen bij het project 'inrichting'. Soms vanuit een terechte vrees; soms echter vanuit de angst om de controle los te laten en om vanuit het perspectief van de bewoners te denken. Wat als-gedachten kwamen vaak om de hoek kijken. Wat als… elke bewoner een fotokader op de kast wil plaatsen? Wat als… elke bewoner zelf eten uit de ijskast neemt? Gelukkig bevatte elk veranderteam een aantal enthousiaste en moedige medewerkers die deze wat-als-gedachten van tafel veegden. *'Laat het ons gewoon uitproberen in* één pilootwoning en kijken wat er gebeurt!*'* Met succes. De meeste angsten bleken ongegrond.

### *Draagvlak voor verandering, ook bij quick wins*

De veranderingstrajecten leerden ons dat het cruciaal is om een draagvlak te creëren voor elk onderdeel van het traject. Ook voor een 'quick win' zoals de inrichting aanpassen. Waar de verandering

succesvol verliep, gingen leden van het veranderteam stelselmatig in gesprek met hun team. Ze duidden de reden achter de veranderingen (‘het huiselijker maken van een woning is een manier om hier een thuisgevoel te creëren’) en benadrukten daarbij het belang om dit in cocreatie te doen: met de medewerkers, met de mensen met dementie en met de betrokken mantelzorgers. De beleving van de patiënten, cliënten of bewoners staat daarbij te allen tijde voorop. In een van de woonzorgcentra heeft men alle families en bewoners van de pilootwoning bevraagd. Dit hielp bij het creëren van gedragenheid en goesting. De bevraging schiep verwachting en reeds na een tweetal maanden werden de eerste veranderingen zichtbaar. Deze visuele veranderingen gaven het team van de pilootafdeling ook zin om hierin verder te gaan. Ze zagen concrete veranderingen binnen het project *deMENS in de zorg*, waardoor het geloof groeide dat verandering echt mogelijk was. Ook in andere pilootprojecten merkten we dat het soms een tijdje duurde vooraleer de afwachtende houding van een team veranderde in een enthousiaste houding. Quick wins, zoals een opvallende verandering in het interieur, kunnen daarbij helpend zijn. Ook de enthousiaste reacties van familieleden en bewoners zelf zijn een drijfveer om de ingezette weg verder te zetten. Het vergroot bovendien het wij-gevoel: samen maken wij er een thuis van.

## *De boekenkast*

Het werken aan een huiselijke inrichting kan de springplank zijn om ook het thema ‘zinvolle dagbesteding’ op de agenda van een team te zetten. Hoe kan de inrichting mensen uitnodigen en prikkelen tot activiteit in de breedste zin van het woord? In sommige pilootprojecten leidde de aanpassing van de inrichting tot een grotere bewustwording bij het team dat elke persoon met dementie andere interesses en talenten heeft. We zagen een boekenkast verschijnen, een veegborstel in de hoek van de keuken, een tafel met water en glazen, een kapstok voor het bezoek, dekens, kussens, gezelschapspellen, een keukendoek op de tafel, een stapel borden in plaats van een vooraf gedekte tafel … Het samen leven kreeg de bovenhand.

*WZC Lindelo*






*ZNA Hoge Beuken*

Uiteraard gaat dit niet vanzelf. Je hebt enkele enthousiaste collega's en leidinggevenden nodig die het thema warm houden en het keer op keer op de agenda blijven zetten. Mensen die zaken kritisch in vraag durven stellen en kleine successen vieren met het team.

Huiselijkheid, gezelligheid en geborgenheid zijn belangrijke thema's in het referentiekader dementie. Maar ook vanuit andere hoeken merken we een steeds grotere aandacht voor het gewone, huiselijke leven.

Zo veranderde in woonzorgcentra de naam van de 'animator' enkele jaren geleden naar 'begeleider wonen en leven*', een term die de lading beter dekt. Een begeleider wonen en leven doet immers

* www.woonleefwijzer.be

meer dan enkel het animeren van ouderen. Hij is een mentor op cliëntniveau, een livingbegeleider, een activiteitenbegeleider, cultuurcoach, buurtbetrekker en een referentiepersoon voor het leven en wonen. Een spilfiguur dus voor het hele woonleefgebeuren binnen de woonzorgcentra. De begeleider wonen en leven is de ideale tandem-partner voor de referentiepersoon dementie om, samen met alle medewerkers en gesteund door de directie, een beleid rond kwaliteitsvol wonen, leven en zorgen uit te bouwen.

### *Een thuisgevoel*

Een andere interessante insteek is het *Sense of Home**-concept van de AP Hogeschool in Antwerpen. Docente Maite Mallentjer onderzocht er met haar team hoe *a sense of home* te introduceren als werkbaar ortho-agogisch concept voor kwaliteit van leven, wonen en zorg in het woonzorgcentrum. Hoe slagen ouderen er in om in het woonzorgcentrum voor zichzelf een thuis te creëren? Het antwoord bleek een combinatie van het behoud van autonomie, verbondenheid en sociale inclusie. Hoe? Door bijvoorbeeld voldoende aandacht te besteden aan de verhuis naar een woonzorgcentrum en doorheen het verblijf een luisterend oor te bieden. Zorgverleners kunnen de oudere helpen in zijn verwerkingsproces, in het onderhouden van contacten, het behouden van de regie over zijn leven en om zich als persoon uniek en verbonden met het universum te voelen. Het gaat er dus in essentie om iemand te zien als persoon/mens. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners iemands identiteit versterken. Dat kan door in te spelen op de ondersteuningsvragen die verscholen zitten achter de vijf stemmen van de oudere, die de auteur in haar boek bespreekt.

## 3. Autonomie in geborgenheid

Autonomie stimuleren én tegelijkertijd geborgenheid en veiligheid bieden wanneer de kwetsbaarheid toeneemt. Het is een grote uitdaging voor zorgvoorzieningen: het vraagt immers veel reflectie en communicatie met alle betrokken partijen. Zowel op vlak van autonomie als op vlak van geborgenheid kunnen we dankzij de piloottrajecten enkele extra aanbevelingen doen.

### *Autonomie voor personen met dementie*

Elke zorgvoorziening is ervan overtuigd dat het belangrijk is om de inspraak en de autonomie van mensen met dementie te stimuleren. En toch is het bijna overal een werkpunt. Soms ontbreekt het medewerkers aan de vaardigheden of het zelfvertrouwen om met de persoon met dementie in gesprek te gaan. *Tot wanneer laat ik iemand met dementie aansluiten op een zorggesprek? Welke thema's bespreek ik best apart met de mantelzorger? Moet ik mijn manier van spreken aanpassen? Wat als iemand ontremd gedrag stelt?* In een van de pilootprojecten worstelden de medewerkers duidelijk met deze vragen. Daarom organiseerden we er een vorming over autonomie stimuleren voor alle teamleden. De medewerkers dachten na over het belang van zelfregie en ze kregen concrete communicatietips, zoals op ooghoogte zitten, voldoende tijd nemen en de verbale boodschap schriftelijk ondersteunen. Ook konden ze hun bezorgdheden en vragen met elkaar delen. In de maanden na de vorming kwam dit thema nog regelmatig op tafel tijdens de intervisiemomenten binnen de organisatie.

In verschillende pilootprojecten merkten we op dat de mantelzorgers uitgenodigd werden op de multidisciplinaire zorggesprekken, maar niet de persoon met dementie. Uit de beschrijving bleek bovendien dat het vooral eenrichtingsverkeer is: de medewerkers vertellen hun observaties en lichten hun multidisciplinair zorgplan toe, het levensverhaal wordt voorgelezen, iemand licht de aanpak van vroegtijdige

* Mallentjer, M. (2018). A sense of home. Samen bouwen aan een nieuwe thuis.
http://senseofhome.ap.be/
https://sociaal.net/achtergrond/woonzorgcentrum-creeert-thuisgevoel/

zorgplanning toe … *'Waar staat de persoon met dementie als mens in dit verhaal? Hoe kan de mantelzorger in dit overleg zijn rol opnemen?'*, vroegen de veranderteams zich kritisch af. In verschillende pilootprojecten zagen we zowel qua inhoud als praktisch een omslag plaatsvinden. De persoon met dementie is vanaf nu in deze organisaties standaard aanwezig op het zorgoverleg, tenzij het team een duidelijke reden heeft om het niet te doen. De inhoud is nu veranderd, waardoor de focus meer ligt op kwaliteit van leven en wonen en op de rollen van de mantelzorgers.

## *Autonomie voor de mantelzorgers*

Het stimuleren van de autonomie, de regie over het eigen leven behouden … betreft niet enkel de persoon met dementie, maar ook zijn mantelzorgers. Ook zij staan immers mee aan het roer van het zorgtraject. Deze dubbele focus, zowel op de persoon met dementie als op de mantelzorgers, zagen we heel mooi in de intersectorale piloottrajecten. 'Autonomie in geborgenheid' betekent ook de mantelzorgers en mensen met dementie zelf versterken zodat zij kunnen opkomen voor hun mening. Het betekent dat je samen met hen het denkwerk doet, als voorbereiding op een opname in het ziekenhuis of de verhuis naar het woonzorgcentrum. Het betekent dat je de mantelzorgers wijst op het belang van opkomen voor jezelf en voor de persoon met dementie, wanneer hij dit niet meer zelf kan. De regie zo lang mogelijk houden bij diegenen die leven met dementie.

Een tip? Verwijs mantelzorgers door naar het Dementie en n**u**-traject in je regio. Deze vorm van psycho-educatie werd ontwikkeld door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen in samenwerking met de Alzheimer Liga Vlaanderen, en wordt georganiseerd door de ziekenfondsen, ziekenhuizen, woonzorgcentra … Alle info vind je op www.dementieennu.info en bij het regionaal expertisecentrum dementie.

## *Geborgenheid*

Ook op vlak van geborgenheid zagen we mooie initiatieven in de pilootprojecten. Geborgenheid betekent méér dan enkel iemands veiligheid garanderen en ongelukken voorkomen. Het betekent ook dat mensen zich veilig voelen in een vaste groep, met vaste medewerkers. Een vast gezicht bij de dienst maatschappelijk werk, een vaste logistiek medewerker in de dagzaal van het ziekenhuis, een vast team zorgverleners in het woonzorgcentrum. In verschillende pilootprojecten zagen we deze ontwikkeling plaatsvinden. Die geborgenheid is er ook tussen mantelzorgers en zorgverleners.

In een van de pilootprojecten zagen we hoe de zorgvoorziening door het organogram vlakker te maken, de communicatie tussen familieleden en medewerkers wou verkorten. Geen klachten melden via de sociale dienst of de directie, maar rechtstreeks in gesprek gaan met de medewerkers van de woning. Op die manier wisten beide partijen duidelijk waar ze stonden en wat de ander verwachtte, hoopte of voelde. Beide partijen leerden elkaar hierdoor ook beter kennen, waardoor er een wij-gevoel ontstond.

Geborgenheid betekent ook dat je er als persoon met dementie op kan vertrouwen dat mensen je door en door kennen, zodat zij in een latere fase een beslissing in jouw naam kunnen nemen. De mantelzorgers zijn hierin de sleutelfiguren. Thuis, in het ziekenhuis of in het woonzorgcentrum nemen zij het woord in situaties waarin de persoon met dementie het niet meer kan. In het pilootproject van de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds zette men bewust in op het voorbereiden van de mantelzorgers op die rol. Samen vult men nu een levensverhaal en een gewoontendocument in. Men bereidt de mantelzorgers voor op contact met diensten en voorzieningen, zodat zij zich gesterkt voelen om de spreekbuis van de persoon met dementie te zijn. Tegelijkertijd blijven zij aanwezig als vangnet. De mantelzorgers staan er niet alleen voor, ook niet wanneer de persoon met dementie niet langer thuis woont. Een mooi voorbeeld van autonomie in geborgenheid.

Eind 2018 zag de eerste Vlaamse werkgroep voor mensen met dementie het licht. Deze werkgroep wil mensen met dementie en hun naasten een krachtige stem geven en de Vlaamse samenleving aanmoedigen om hun autonomie te versterken. De werkgroep schreef 'Hand in Hand', een manifest waarin ze tien cruciale punten voor een dementievriendelijke samenleving voorstellen. Een stem krijgen en de regie over het leven behouden zijn daarbij twee speerpunten.




De leden van de werkgroep vertellen je graag hoe zij zelf hun dementie ervaren. Lees hun verhalen op https://onthoumens.be/onze-stem

## 4. Afgestemde zorg

Zorg en begeleiding die afgestemd is op de cliënt, patiënt of bewoner, dat is waar elke zorgvoorziening in Vlaanderen voor gaat. Doorheen de pilootprojecten zagen we alvast één grote voorwaarde om dit te kunnen bereiken, namelijk met de juiste bril naar de persoon met dementie kijken. Als je enkel iemands pathologieën kent, dan kan je hem of haar onmogelijk als mens tot zijn recht laten komen. Daarom kozen bijna alle pilootprojecten ervoor om hun intake- of aanmeldingsprocedure onder de loep te nemen. Welke informatie verzamelen we van onze nieuwe cliënt, bewoner of patiënt? Wie betrekken we daarbij? Wat doen we met de verzamelde info? ...

### *Persoonsgerichte info: van verzamelen tot toepassen*




### *Stap 1: wie is de zorgvrager?*

Om persoonsgerichte zorg te kunnen geven, moet je weten wie je cliënt, bewoner of patiënt is. Waar hecht iemand waarde aan? Hoe staat/stond hij in het leven en hoe komt dat? Waar droomt hij nog van? Waar geniet hij van?
De pilootprojecten en de vele vormingen over het referentiekader dementie bevestigden dat minimaal drie aspecten belangrijk zijn om te bevragen: het verleden, het heden en de toekomst.
Let wel: het gaat hier niet om een verplichting, maar wel om een vriendelijke uitnodiging aan het adres van de persoon met dementie en zijn mantelzorgers om persoonlijke info te delen.

*Het verleden*
Het levensverhaal: in de vorm van een fotoboek, een ingevulde bundel, een gedrukt boekje, steekkaarten, een reiskoffer of een collage aan de muur. De afgelopen twee jaar zagen we vele creatieve voorbeelden.

*Het heden*
Even belangrijk als het verleden is het heden. Wie is de persoon met dementie op dit moment? In de verschillende pilootprojecten gingen we met de veranderteams rond 'het heden' aan de slag. Welke informatie uit het heden is belangrijk om afgestemde zorg en kwaliteit van leven en wonen te kunnen geven? Al gauw kwamen de teams op de volgende thema's:

- de huidige gewoontes rond opstaan, gaan slapen, maaltijden ...
- de belangrijkste personen op dit moment. Dit kunnen evenwel overleden personen zijn
- de muziekvoorkeur
- de maaltijdvoorkeuren
- de persoonlijkheid
- de interesses en talenten. Deze info kan aanleiding geven tot een nieuwe dagbesteding waar mensen in hun verleden niet mee vertrouwd waren, zoals een kunstatelier of zingen.
- ...

*Woonzorgzone Curando Noord, Herinneringskoffer*

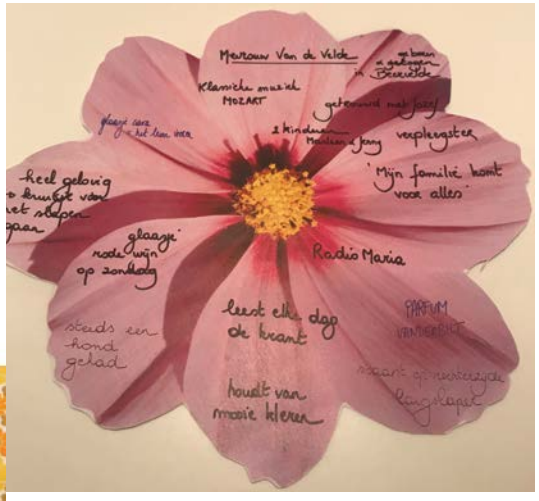









*De Schat van je Leven (Dely, 2015)*




*WZC Ter Engelen, Lokeren*

*Foto: Leentje Vandermiepen*

Geïnspireerd door verschillende werkveldbezoeken, waaronder die aan het UZ Gent waar ze het moodboard leerden kennen, ontwikkelden verschillende pilootprojecten een *'gewoontendocument'* of moodboard. Zowel in ZNA Hoge Beuken als in het AZ Sint-Maarten bleek dit een grote meerwaarde te zijn. Een ziekenhuisteam heeft immers slechts enkele dagen of weken tijd om een nieuwe patiënt te leren kennen. Dankzij het moodboard weet het team heel snel wat essentiële informatie is in de benadering van de patiënt. Waar wordt de patiënt blij of onrustig van? Hoe kunnen wij geborgenheid bieden bij angst of overprikkeling? Het moodboard helpt zorgverleners bovendien om continuïteit te geven in bepaalde gewoontes, waardoor de patiënt minder moeilijk hanteerbaar gedrag stelt. Het stelt de mantelzorger ook gerust dat hij de ruimte krijgt om de belangrijkste persoonsgerichte info te delen.

*De toekomst*

Ook mensen met dementie hebben wensen en verwachtingen voor de toekomst. Zowel in de thuiszorg, in de residentiële zorg als in het ziekenhuis dient dit luik dan aandacht te krijgen. In de verschillende pilootprojecten kreeg de toekomst een plaats: in het intakegesprek met de sociale dienst, in de gesprekken vroegtijdige zorgplanning, op het multidisciplinair overleg, in individuele gesprekken met de aandachtspersoon ...

We zagen een waaier aan tools: de doelzoeker* (Vlaams Patiëntenplatform), Voor ik het vergeet** (app vroegtijdige zorgplanning), een fotoalbum over vroegtijdige zorgplanning, een wensboom ...

## *Stap 2: het delen van de info met het team*

Doorheen de pilootprojecten leerden we dat het delen van persoonsgerichte info met alle teamleden van groot belang is. Op die manier leert het team de nieuwe cliënt, bewoner of patiënt als mens kennen. Zeker in woonzorgcentra, waar mensen komen wonen, is het ondenkbaar dat het team geen weet heeft van wie iemand is en wat hij belangrijk vindt in het leven. Zeker bij grote leefgroepen (met soms wel meer dan dertig bewoners) is het voor medewerkers zeer moeilijk om elke bewoner en zijn familieleden persoonlijk te kennen. Alleen al daarom pleiten we voor kleinere leefgroepen met vaste medewerkers.

In de praktijk bleek het delen van de persoonsgerichte informatie geen vanzelfsprekendheid. De rigide digitale dossiers, de vele shifts en parttime medewerkers, te weinig multidisciplinair overleg ... stonden dit vaak in de weg. Ook waren er soms hevige discussies over welke disciplines toegang mogen hebben tot bepaalde informatie. Wat met de begeleider in de leefruimte? De logistiek medewerker? De vrijwilliger? ... Het antwoord vond het veranderteam doorgaans in de visie van de organisatie. Wil men een nieuwe thuis zijn voor de bewoner, dan is dit niet enkel de taak van de verpleegkundigen, zorgkundigen en de paramedici. Het voltallige team draagt hieraan bij. Daarom beslisten sommige zorgvoorzieningen om vanaf nu ook alle betrokken medewerkers inzage te geven in bepaalde persoonsgebonden informatie van een nieuwe bewoner. Ook op de multidisciplinaire vergaderingen krijgen die mensen vanaf nu een rol.

We benadrukken het belang van duidelijke documenten en vooraf opgezette communicatiestructuren binnen de organisatie.

- Er is een vast document waarlangs de persoonsgerichte info met het team wordt gedeeld. Dit maakt integraal deel uit van het (digitaal) dossier.
- Dit document wordt digitaal of op papier met alle betrokken teamleden gedeeld, ook als de persoon van de ene setting naar de andere verhuist.
- Elk teamlid engageert zich ertoe dit document grondig te lezen.

* http://vlaamspatientenplatform.be/themas/doelzoeker
** https://voorikhetvergeet.be/

- De verzamelde informatie en de belangrijkste aandachtspunten m.b.t. leven, wonen en zorg worden sowieso ook mondeling met het team besproken.
- De organisatie heeft vaste momenten, op regelmatige basis (!), waarop cliënten, bewoners of patienten besproken worden. Het gaat hier zowel om nieuwe als om bestaande cliënten.
- Het is duidelijk voor elke medewerker dat hij verwacht wordt op deze besprekingen.
- Voor elke bewoner, cliënt of patiënt bespreekt men de persoon als MENS. Dit betekent dat zijn welbevinden op somatisch, sociaal, psychologisch, zingevend … domein aan bod komt. Er komen duidelijke afspraken met de teamleden, die nadien goed opgevolgd worden.
- De zorgvoorziening roept het team ad hoc samen wanneer zich moeilijk hanteerbaar gedrag voordoet, wanneer de persoon met dementie zich ongelukkig voelt, wanneer een mantelzorger een probleem signaleert …

We merkten in verschillende pilootprojecten op dat al deze elementen noodzakelijke voorwaarden zijn om de persoonsgerichte aanpak te doen slagen.

## *Stap 3: het toepassen in de praktijk*

Het verzamelen en delen van persoonsgerichte info is één zaak. Het *toepassen* van de info in de zorg en benadering is een nog grotere uitdaging. Het vraagt binnen sommige teams om een cultuurverandering. Hoewel we van elke collega verwachten dat die gemotiveerd is en nieuwe afspraken opvolgt, blijkt het toch van groot belang dat leidinggevenden en teamleden elkaar voortdurend stimuleren tot het nieuwe gedrag goed ingeburgerd is. Dat betekent dat de leden van het veranderteam heel duidelijk uitleggen wat de bedoeling van de verandering is en dat ze samen met het team zoeken naar manieren om dit in de praktijk te brengen. Ze leggen uit welk effect de nieuwe werkwijze zal hebben op de personen met dementie, hun families en de medewerkers. De leden van het veranderteam coachen de collega's indien ze het moeilijk hebben én sturen bij indien ze merken dat het gewenste gedrag toch niet plaatsvond.

In de pilootprojecten zagen we enkele mooie voorbeelden van hoe men erin slaagde om het enthousiasme aan te wakkeren door een draagvlak te creëren. Veelvuldig communiceren stond daarin telkens centraal. Zo vroeg een van de pilootprojecten aan collega's om hun kleine successen te noteren in het digitale dagboek. Dit gaf anderen een positieve vibe om het ook te doen. In een ander pilootproject werkte men rond kernwaarden. Hier ontstond het idee om in de verpleegpost een bord uit te hangen met de drie kernwaarden van de afdeling en om collega's dagelijks complimentjes te geven bij een van de waarden. Bijvoorbeeld: Toewijding -> *'Charlotte, sterk hoe jij vandaag de tijd nam om mevr. Geelen tot rust te brengen, ondanks de drukte'.*

### *Werken met aandachtspersonen*

In verschillende woonzorgcentra werkt men met aandachtspersonen: medewerkers die extra aandacht geven aan bepaalde bewoners en hierbij de kwaliteit van leven steeds vooropstellen. Vaak zijn ze verantwoordelijk voor een warm welkom in de week van de verhuis, het verzamelen van de persoonsgerichte informatie, het contact met de mantelzorgers, het verdedigen van de belangen van de bewoner op de bewonersbespreking …

De piloottrajecten leerden ons dat dergelijke werking met aandachtspersonen zeker een meerwaarde heeft. Op voorwaarde dat de functie duidelijk is voor wie ze opneemt. Enkele succesfactoren:

- Het takenpakket van de aandachtspersoon is duidelijk afgebakend en is uitgeschreven. Het document is voor elke medewerker toegankelijk.
- Elke medewerker kent het takenpakket van een aandachtspersoon.
- In het inlooptraject voor nieuwe medewerkers wordt expliciet aandacht besteed aan de rol van aandachtspersoon.

- Een leidinggevende, collega of coördinator coacht de medewerkers in hun rol als aandachtspersoon. Hij geeft tips, bevraagt de collega's regelmatig hoe het gaat en spreekt hen aan wanneer zij hun taak onvoldoende opnemen.
- De leidinggevende bespreekt de rol van de aandachtspersoon tijdens het functioneringsgesprek.

### *Diagnosestelling: medische én zorgdiagnose*

In het referentiekader dementie (2018) benadrukten we in het hoofdstuk 'afgestemde zorg' hoe belangrijk het is dat mensen met dementie zowel een medische ziektediagnose als een zorgdiagnose krijgen en dit op het moment dat zij en hun naasten hier klaar voor zijn. De beide diagnoses moeten ook besproken worden met de patiënt en de familie, zodat ook zij weten waar ze voor staan.
In 2020 publiceerden het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en het Academisch centrum voor huisartsengeneeskunde (KU Leuven) de website www.huisartsendementie.be. Hier vindt de huisarts evidence-based aanbevelingen rond de ziekte- en zorgdiagnose, alsook heel wat tools voor de huisartsenpraktijk. Een interessante aanvulling op het referentiekader!

## 5. Mantelzorgers en naasten

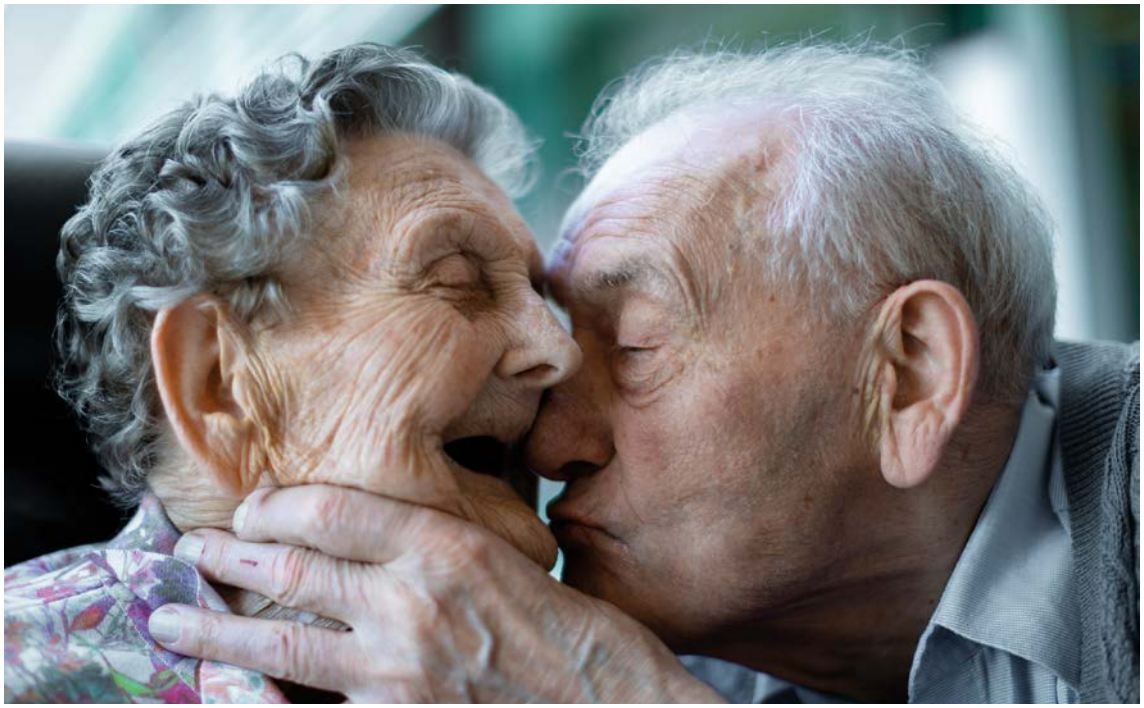


*Foto: Leo De Bock*

Mantelzorgers zijn voor professionele zorgverleners soms *medezorgverleners*, *medecliënten*, de *naasten* van de persoon met dementie en *experts* waar je kan van leren. Naargelang de rol of rollen die zij opnemen ondersteun je hen op een andere manier. Dat is het uitgangspunt van het *SOFA-model* dat we reeds uitvoerig beschreven in het referentiekader dementie.



In de pilootprojecten kwam het fundament mantelzorgers vaak aan bod. Regelmatig zagen we het besef groeien dat mantelzorgers niet zomaar toevallige aanwezigen zijn, maar een hoofdrol spelen in het verhaal, naast de persoon met dementie. De mantelzorger hebben ook hun eigen verwachtingen en noden over de zorg, de samenwerking en de communicatie. Wanneer die aspecten openlijk besproken worden, leg je de basis voor een stevige samenwerking in vertrouwen.
Dat merkten we ook in de pilootprojecten. Doorheen het verandertraject groeide bij de veranderteams in de thuiszorg en in woonzorgcentra het idee om de vier rollen van de mantelzorger openlijk te bespreken.
*'Je partner verhuist binnenkort naar het woonzorgcentrum…'*

OF

*'Je moeder kwam recent bij ons in het woonzorgcentrum wonen…'*
*'Welke info zou je de zorgverleners zeker willen meegeven? Hoe belangrijk is het voor jou om je ook hier nog partner te blijven voelen? Wat hebben jullie als koppel nodig om dat te realiseren? Welke zorgtaken geef je liever door aan een professionele zorgverlener? Welke taken blijf jij liefst uitvoeren? …'*
We hopen dat in de toekomst, meer dan nu, een transparant gesprek waarin alle partijen openlijk hun verwachtingen uitspreken, gevoerd wordt. Dat leidt tot vertrouwen in elkaar en tot kortere communicatielijnen bij spanning of problemen.

## *De mantelzorgers als medezorgverleners*

Het idee om de mantelzorgers als medezorgverleners hun rol te laten opnemen, is in de thuiszorg en in woonzorgcentra vrij goed ingeburgerd. In de ziekenhuizen ligt er echter nog een wereld aan mogelijkheden. De Britse *John's Campaign**, gestart door auteur Nicci Gerrard, legde daarbij de vinger op de wonde. Mantelzorgers van mensen met dementie ijveren voor dezelfde rechten als ouders van een kind op de pediatrie. Die golf van vernieuwing vindt ook langzaam zijn weg in Vlaanderen. Na een inspirerend bezoek in september 2019 aan het AZ Maria Middelares in Gent, gingen ook de twee pilootprojecten in ziekenhuizen rond dit thema aan de slag. In een daarvan staat men op het punt om de mantelzorgbadge te introduceren. Die badge geeft een mantelzorger de mogelijkheid om ook buiten de bezoekuren aanwezig te zijn en een taak als zorgverlener op te nemen. Dit kan gaan van maaltijdbegeleiding, wassen tot zorgzame aanwezigheid tijdens de nacht. Een mooi voorbeeld van cultuurverandering die voor alle partijen winst oplevert. We kijken er dan ook naar uit om de komende jaren in verschillende ziekenhuizen een dergelijke omslag te zien plaatsvinden.

## *De mantelzorgers ondersteunen als medecliënten*

Wanneer de mantelzorgers het zelf moeilijk hebben, een situatie met een zorgverlener willen bespreken of even willen ventileren dan nemen zij de rol van medecliënt op. Als zorgverlener help je hen op weg, luistert, je geeft een schouderklopje of een compliment.
In de pilootprojecten zagen we daar verschillende mooie voorbeelden van. Zo kwam men in een van de woonzorgcentra op het idee om de primaire mantelzorger de eerste ochtend na de verhuis op te bellen om te vragen hoe het gaat en om te vertellen hoe de nacht verlopen is. Op die manier geeft men erkenning aan de vele gevoelens waar de mantelzorgers wellicht mee zitten. De zorgverlener zet ook zelf de stap naar de familie toe, een belangrijk gebaar. In een ander pilootproject in de thuiszorg rees het idee om opnieuw psycho-educatie in de vorm van het 'dementie en n**u**'-pakket aan te bieden en om op regelmatige basis gesprekken met de mantelzorgers in te plannen om te horen hoe het met hen gaat.

## *De mantelzorgers faciliteren als naasten*

* Voor wie hierover graag meer leest: Gerrard, N. (2019). *Woorden schieten tekort*. Tielt: Lannoo.

De mantelzorger is altijd een partner, kind, vriend … van de persoon met dementie. Zowel in het ziekenhuis, de thuiszorg als de residentiële zorg liggen er mooie kansen om hierop in te zetten. Dit zagen we bijvoorbeeld gebeuren in de twee woonzorgcentra, waar gezellige hoeken gecreëerd werden. Die nodigen uit om er samen te zitten om te praten, naar muziek te luisteren, door boeken te bladeren, een spelletje te spelen … In een van de pilootprojecten startte men familieraden op per woning en per dagverzorgingscentrum. Op deze familieraden praten zorgverleners en mantelzorgers over hoe zij samen een thuis kunnen creëren voor de bezoekers/bewoners, over hoe de familie zich er ook thuis kan voelen, over de obstakels die er liggen en hoe die weg te werken. Een mooi initiatief dat opnieuw open communicatie stimuleert!

Ook de ziekenhuizen werken aan het faciliteren van de rol van naaste. Dit vaak door kleine ingrepen, zoals het plaatsen van een koffieapparaat voor de familie die op bezoek komt.

### *Afstemmen met de mantelzorgers in hun rol van expert*

Weken, maanden of jaren voor de zorgverlener de persoon met dementie leert kennen, staan mantelzorgers klaar om een pakket aan zorg- of coördinerende taken uit te voeren. Ze kennen de persoon met dementie vaak al lang voor de eerste symptomen verschenen. Ze kennen hem dus als mens met en zonder de dementie. Dat maakt hen een waardevolle bron van informatie voor het team van zorgverleners dat aan huis, in het ziekenhuis of in het woonzorgcentrum de zorg op zich neemt.

Doorheen de pilootprojecten zagen we verschillende initiatieven die de mantelzorgers erkennen in hun rol van expert. Zo is er bij de start van het contact (thuis, in het woonzorgcentrum of in het ziekenhuis) een gesprek met de mantelzorgers waarin zij persoonsgerichte informatie en concrete tips kunnen delen. Hoe uitgebreid dat gesprek is, hangt af van de setting. De pilootprojecten hopen op die manier een vertrouwensband te creëren met de mantelzorgers, waardoor die hun familielid met een geruster gevoel achterlaten. De eerste reacties uit de pilootprojecten zijn alvast heel positief! Ook de medewerkers voelden van bij de start de positieve impact. Zij weten namelijk al in de eerste week wat de nieuwe cliënt, patiënt of bewoner nodig heeft om zich gelukkig, minder angstig, geborgen … te voelen. Vaak gaat het hier over kleine rituelen of gewoontes, zoals iemand aanspreken met zijn roepnaam, iemand niet in bad stoppen, een specifieke sjaal laten dragen, muziek- of televisievoorkeuren …

## 6. Warm team professionele zorgverleners en vrijwilligers

In elke sector gaat men voor een warm team van professionele zorgverleners en vrijwilligers: enthousiast, authentiek, respectvol, kritisch, met kennis van dementie … In de verschillende pilootprojecten zagen we veel mooie voorbeelden van persoonsversterkend gedrag.

Toch blijkt uit de Dementia Care Mapping dat er ook hier, in elke voorziening, nog ruimte voor verbetering is. In de drukte van het alledaagse leven stellen medewerkers soms ook persoonsondermijnend gedrag. Een rolstoel wordt zonder aankondiging verplaatst, de medewerker spreekt tegen de ambulancier over het hoofd van de patiënt en zijn partner, iemand roept door de gang dat kamer 38 nog niet gedaan is, een bewoner klampt medewerkers aan maar wordt straal genegeerd. Medewerkers doen dit vaak niet bewust. Het effect is echter wel voelbaar bij de persoon met dementie: hij voelt zich niet gehoord, reageert onrustig of kwaad, wil naar huis … In een van de pilootprojecten deden we beroep op de collega's van het regionaal expertisecentrum dementie om het hele team een bad in 'omgaan met dementie' te geven bij de start van het traject. Idealiter is dit geen eenmalig gegeven, maar de start van een vormings- en intervisietraject. Dit was echter binnen de contouren van de pilootprojecten en gelet op de coronamaatregelen niet haalbaar.

In een ander pilootproject bundelde het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen de krachten met het regionaal expertisecentrum om een workshop over waarden en persoonsgerichte zorg te geven aan een team waarin de overtuiging leefde dat ze niet op dezelfde lijn zaten. Er was spanning over het feit dat niet elke medewerker zich geroepen voelde om met de nieuw ontwikkelde tool te werken. Een wij-zij-gevoel leefde. Hier waren we positief verrast van de impact van deze ene vorming. Achteraf hoorden we dat de vorming energie gegeven had. Ze zorgde voor een gevoel van verbondenheid. Iemand verwoordde het als: 'We werken inderdaad allemaal anders, maar we staan dichter bij elkaar dan we dachten. Eigenlijk willen we allemaal hetzelfde. We zijn verbonden via de waarden waar we als team voor staan.' In deze zorgvoorziening werkten we met de leidinggevenden een stappenplan uit om ook de komende maanden op de teamvergaderingen verder te werken rond de waarden van het team en hun psychologische basisbehoeften. Corona gooide helaas (voorlopig?) roet in het eten.
Wat leerden de pilootprojecten ons? Een vorming of workshop met het hele team kan een boost geven aan persoonsgericht werken, op voorwaarde dat dit ingebed zit in een heel traject van vormingen en intervisies. Een eenmalige injectie persoonsgerichtheid verdrinkt al gauw terug in de dagelijkse routine. Reik leidinggevenden of referentiepersonen dementie de tools aan waarmee zij de ingezette veranderingen kunnen warm houden.

Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen creëerde, samen met regionaal expertisecentrum dementie Sophia en met de steun van de Koning Boudewijnstichting, drie gratis e-learnings over dementie*.
Je vindt ze terug via https://www.dementie.be/themas/coronavirus-en-dementie/gratis-e-learnings-bij-covid-19/ of via onderstaande QR-codes.

## Sleutelfactoren voor verandertrajecten. Wat hebben we geleerd?

### De droom bepaalt de weg

*Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour expliquer chaque détail, pour leur dire où trouver chaque chose… Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer.*

Antoine de Saint-Exupéry

Waar wil je als organisatie over enkele jaren staan? Waar droom je van? Waar sta je voor? Waarom stappen we in in dit traject? Wat is de 'bedoeling'(Hart, 2012)? Wat is *jullie* verhaal? Zonder inspirerend en energiegevend antwoord op deze vragen is geen verandering mogelijk. Zo'n gedeeld beeld is

* Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen kreeg steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting, dat financiële middelen ter beschikking stelt van organisaties die onze woonzorgcentra helpen om een concreet antwoord te bieden op de vele uitdagingen waarmee zij door de COVID-19-crisis worden geconfronteerd.

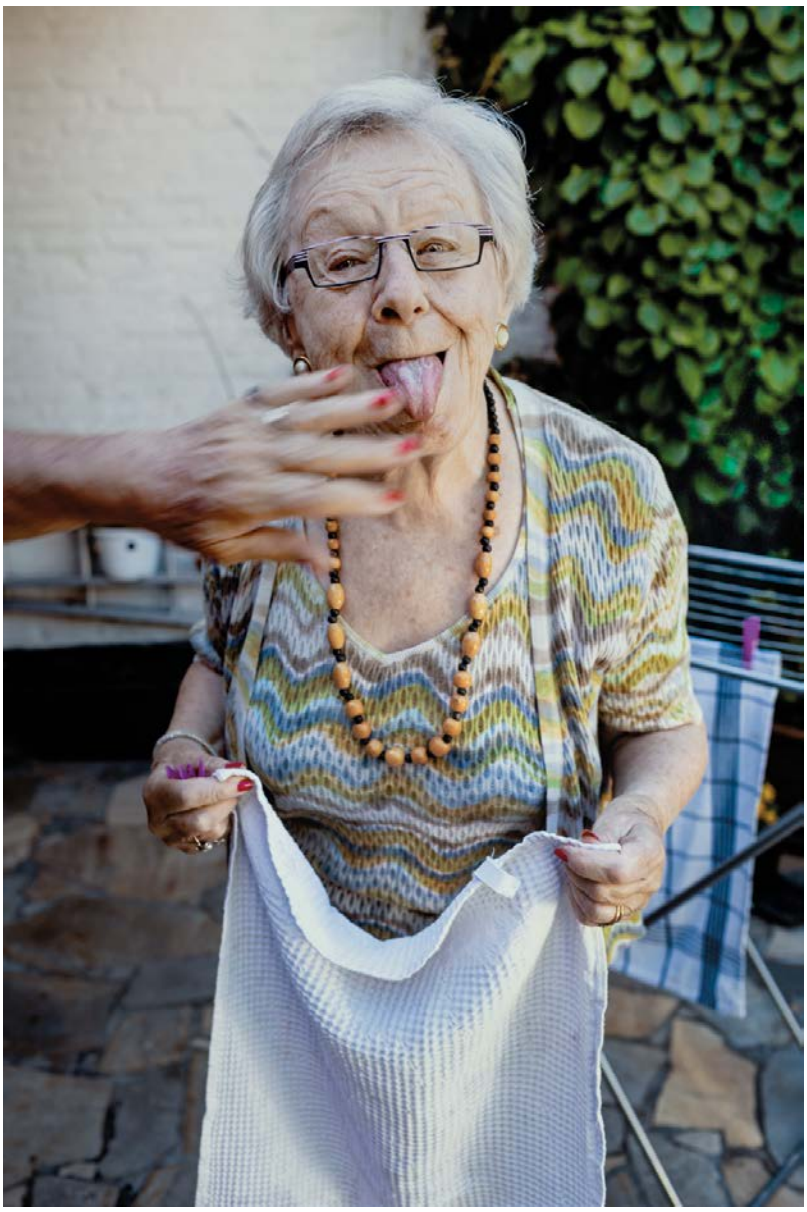


*Foto: Leo De Bock*

een voorwaarde om tot eigenaarschap te komen bij alle medewerkers (Ramsoekh-Mohanlan, 2019).

Een mogelijk vertrekpunt daarbij is de missie en visie van de organisatie. Die geeft antwoord op de volgende vragen: Waarom bestaan we? Waar gaan we naartoe? Wat zijn onze waarden? Wat is ons mensbeeld? (Van Gramberen, 2018). De visie is een inspirerende tekst. Hij is ambitieus, wervend en authentiek. Hij geeft de medewerkers goesting en maakt contact met de waarden vanwaaruit ze oorspronkelijk voor een zorgberoep kozen. Vaak wordt die visie echter niet helemaal gevoeld in de praktijk. Zo'n gedeelde en doorleefde visie is nochtans een essentiële eerste stap in een verandertraject.

In de pilootprojecten vertrokken we steeds vanuit de zes fundamenten van het referentiekader dementie. Omdat een jaar te kort is om elk fundament tot op het bot uit te pluizen, kozen de organisaties enkele prioriteiten binnen een, twee of drie fundamenten. Van hieruit vertrokken we met droomoefeningen per (sub)thema: wat zou je echt willen bereiken? Wanneer heb je hier de eindmeet gehaald? Wat zou je zien, voelen, ruiken … wanneer je in een ideale situatie de ruimte binnenkomt? Het gevolg van deze oefening is dat het doel begint te 'trekken'. Mensen krijgen zin om hun droom om te zetten naar de praktijk. Hoe scherper teamleden weten wat ze willen bereiken, hoe succesvoller ze zijn (Manley, Titchen, & McCormack, 2013).

Op bepaalde momenten leek het veranderteam geen consensus te bereiken. Zo lag in een pilootproject de vraag op tafel of ook logistiek medewerkers toegang mochten hebben tot persoonlijke informatie van de bewoners en of huismoeders (woningbegeleiders) aanwezig mochten zijn op de bewonersbespreking. Na een felle discussie in het veranderteam werd de knoop doorgehakt op basis van de visie van de organisatie. Verschillende meningen binnen het veranderteam en raak je er niet uit? Keer dan steeds terug naar de zes fundamenten van goede zorg waar je voor wil gaan. Dit is te allen tijde je kapstok.

Vanuit de visie kan je het verandertraject starten. Een interessant model voor verandering is dat van Kotter (1996), waarbij hij, dankzij jarenlange ervaring, de volgende acht stappen aanbeveelt:
1. Urgentie voor de verandering aantonen

2. Creëren van een leidende coalitie
3. Ontwikkelen van een visie en strategie
4. Communiceren van de visie
5. Zorgen dat iedereen kan bijdragen aan de verandering
6. Creëren van successen op korte termijn
7. Consolideren van successen en doorgaan met veranderen
8. Verankeren van de nieuwe aanpak in de cultuur

Uit de verandertrajecten in de zes organisaties leerden we hoe waardevol het is om bij het afronden van een bepaald thema of stappenplan de oorspronkelijke visie en de zes fundamenten van het referentiekader erbij te halen. Buig je met het (verander)team kritisch over een aantal vragen vooraleer je tot realisatie van je project overgaat. Enkele voorbeelden:

- Wat hopen we concreet anders te zien met deze manier van werken?
- Vergroten we de persoonsgerichtheid?
- Welke win verwachten we voor de persoon met dementie? Voor zijn mantelzorgers? Voor ons, als zorgverleners?
- Staat de mens centraal in deze nieuwe manier van werken?
- Hebben we meer zicht op iemands levensverhaal, gewoontes, wensen ...?
- Is de nieuwe aanpak verzoenbaar met de wetgeving?
- Op welke rollen van de mantelzorger zetten we hier in (medezorgverlener, medecliënt, naaste, expert)?
- ...

## Verandering is cocreatie: top-down én bottom-up tegelijkertijd

Wil je een verandering realiseren die duurzaam is, dan zijn samenwerking, inclusie en participatie sleutelbegrippen. Verandering is immers een verhaal dat je met mensen uit alle delen van de organisatie schrijft. Een aantal mensen zet de bakens van verandering uit en/of begeleidt het proces, maar er is veel ruimte voor medewerkers om de visie in de praktijk samen vorm te geven. In deze publicatie benoemen we het als een luik top-down en bottom-up. Beide elementen hebben we nodig (Ramsoekh-Mohanlan, 2019). Tegelijkertijd, in synergie met elkaar.

### Een stukje top-down

Aan de ene zijde heb je een aantal enthousiaste trekkers nodig die de koers van de verandering bepalen en de grote bakens van het traject uitzetten. Zo kan een organisatie ervoor kiezen om te kantelen naar een innovatieve arbeidsorganisatie, om een dementievriendelijke ziekenhuisafdeling of een dementiekundig thuiszorgteam te worden. De inspirator hiertoe kan iedereen zijn: de referentiepersoon dementie, een hoofdverpleegkundige, de sociale dienst, een zorgkundige ... Krijgen zij de volle steun van de directie en hun leidinggevenden en het mandaat van hun team, dan is het pad geëffend om de verandering in te zetten. Kiezen om te werken met de zes fundamenten uit het referentiekader dementie, is een voorbeeld van een beslissing die vaak door enkele trekkers en door de directie genomen wordt. Eenmaal de organisatie bijvoorbeeld beslist heeft om voor de volle 100 procent te gaan voor normalisatie of afgestemde zorg, is het belangrijk dat die fundamentele keuze niet voortdurend in twijfel getrokken wordt door medewerkers. Wel beslissen medewerkers uiteraard *hoe* die principes kunnen gerealiseerd worden binnen hun team of in hun relatie met de zorgvrager. Dat is de bottom-up-zijde van het verhaal.

De trekkers zetten dus de neuzen in dezelfde richting en vertrekken daarbij vanuit de visie van de organisatie. Ze zetten structuren op die de verandering zullen ondersteunen, bijvoorbeeld een maan-

delijks veranderteam plannen, een werkgroep dementie inschakelen, bewonersbesprekingen invoeren, teamvergaderingen agenderen … Ze brengen de juiste mensen samen, zorgen dat afspraken SMART* geformuleerd zijn, ze bewaken dat het veranderteam een communicatieplan heeft bij elke stap, ze volgen op of medewerkers hun engagement waarmaken, ze sturen bij, bevragen wat goed/minder goed loopt, ze organiseren intervisie om de eerste moeilijke maanden te overbruggen, ze bevragen de noden van de teams en organiseren indien nodig vorming … Kortom: ze initiëren het veranderingstraject, ze organiseren de praktische aspecten en houden de ingezette veranderingen warm.

In onze pilootprojecten hadden de trekkers heel verschillende profielen: de sociale dienst, de psychologen, de geriater, de ergotherapeut van de woning, de directeur en stafmedewerkers, de kwaliteitscoordinator, de referentiepersoon dementie …

In een aantal pilootprojecten zagen we hoe de trekkers ook actief inzetten op communicatie naar de hele organisatie toe. Dit via posters, nieuwsbrieven, flyers voor familie en bewoners …

Een groot stuk bottom-up

Voor een gedegen verandertraject heb je uiteraard ook vooral de medewerkers zelf nodig. Wie op de werkvloer staat, beslist mee over de veranderingen en geeft handen en voeten aan de visie en missie van de organisatie. Vanuit hun praktijkervaring kunnen zij waardevolle input geven over de manier waarop de doelen kunnen gerealiseerd worden. In sommige veranderteams maakten de medewerkers zelf deel uit van de groep. In andere veranderteams koos men ervoor om vooral leidinggevenden samen te brengen, die vervolgens tussen de veranderteams door met hun teams aan de slag gingen rond de gekozen thema's:

*Welke persoonsgerichte info missen we nog bij opname, het eerste contact of de verhuis? Op welke manier kan de mens centraler staan bij de overdracht? Wie vult het levensboek in en hoe delen we die info vervolgens met het team?*

Uit de pilootprojecten leerden we hoe belangrijk het is om het volledige team bij elke doelstelling te informeren, te bevragen en vervolgens met die nieuwe info terug aan de slag te gaan. Dit gebeurt best zo dicht mogelijk bij de werkvloer. Op deze manier voelen medewerkers zich erkend en gerespecteerd. Wie het gevoel heeft dat hem iets opgedrongen wordt van bovenaf, voelt weerstand. Betrek je medewerkers vanaf het begin, dan creëer je een bodem voor eigenaarschap en enthousiasme. Laat het team bijvoorbeeld zelf zoeken naar quick wins op de werkvloer, geef hen opdrachten in de praktijk waardoor ze onmiddellijk de potentiële meerwaarde voelen … De werkplek is een krachtige leeromgeving. Stimuleer mensen ook om te experimenteren en geef hiervoor ruimte. Wil de logistiek medewerker graag een cake bakken met de bewoners? Is de ergotherapeut enthousiast om te schilderen met een aantal patiënten? Wil de medewerker van de dienst maatschappelijk werk die ene vragenlijst voor overbelasting van de mantelzorger eens proberen? … Moedig dit dan aan, coach de medewerkers hierrond en koppel terug naar het team. *Wat heb je gemerkt? Wat ging goed? Wat ging minder goed dan verwacht? Welke impact had dit op de cliënt/bewoner/patiënt en zijn omgeving? Breiden we dit verder uit in de toekomst? Wat zijn de eerste stappen die we hierrond kunnen zetten? …*

Idealiter is er van bij aanvang van het traject enthousiasme op verschillende niveaus binnen de organisatie. Soms legt de directie vanuit een groot enthousiasme verandering op aan een niet-enthousiast team. Of omgekeerd: een enthousiast team vraagt een project aan zonder de steun van het management dat het project moet financieren en dat bepaalt binnen welk kader er in de organisatie gewerkt wordt. Ook dat is niet ideaal (Van Lieshout, Jacobs, & Cardiff, 2017).

* specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden

## Het profiel van het veranderteam is van groot belang

Een sterk team heeft de volgende kenmerken: een beperkte grootte, een helder gemeenschappelijk doel (zie punt 3), evaluatiecriteria, een goede taakverdeling, leiderschap en zelfsturing (Derksen, Hendrikse, Kaarsemaker, & Nooijen, 2018).

De meeste pilootprojecten namen onze term 'veranderteam' over. In één project verkoos men een eigen naam: het WOP-team, genoemd naar de naam van hun project: Waarderend Ondersteunend Partnerschap. Iemand merkte op dat het woord 'veranderteam' een negatieve connotatie heeft, aangezien het verwijst naar wat niet goed loopt.

### Size does matter

Hoe groter de omvang van het veranderteam, hoe complexer het werken is. Hoe meer mensen, hoe meer meningen er zijn, ondanks het feit dat eenieder dezelfde zes fundamenten van goede zorg voor ogen houdt. Op basis van literatuur én onze eigen ervaring raden we een veranderteam van 6 tot 8 personen aan. Op die manier kan je diversiteit aanbrengen én elk teamlid maximaal ruimte geven om zijn ervaring in te brengen (Belbin, 2011). Ook in grote ontwikkeltrajecten doet dit fenomeen van groter-is-niet-altijd-effectiever zich voor, en daar staat het bekend als de wet van Brooks, naar Fred Brooks die deadlines van een complex traject bij IBM verrassend genoeg slechts haalde door het projectteam fors te verkleinen (Brooks, 1975)!

In deze pilootprojecten lieten we de organisaties vrij in de samenstelling en de grootte van hun veranderteam. Op die manier konden wij zelf ook ervaren welke formule goed of minder goed werkt. Bij grotere veranderteams merk je wel eens het fenomeen 'sociale luiheid' op, met name het zich verstoppen achter de meer actieve teamleden. Hoe groter het team, hoe groter het rendementsverlies (Derksen et al., 2018). Zo'n groot veranderteam vraagt andere werkvormen dan een klein team. Werkvormen die het gewenste gedrag oproepen en zo de beoogde verandering onbewust al inzetten (Talen, Dirkse, Kester, Lems, & Boer, 2018). Hier splitsten we vaker op in kleine groepen, waarna plenair teruggekoppeld werd. Het voordeel van een groot veranderteam is dat meer medewerkers in elke fase betrokken zijn. Het nadeel is dat deze veranderteams minder wendbaar zijn en ook meer sturing van de externe coach lijken te vragen. Kies je toch voor een groot team, maak dan bij aanvang tijd vrij om duidelijk het belang van ieders bijdrage te benadrukken en om daar ook als team concrete afspraken rond te maken. Deze kan je dan regelmatig als groep evalueren (Derksen et al., 2018).

Een klein veranderteam is sneller en meer to the point, maar staat voor de grote uitdaging om een grote achterban te bevragen en betrokken te krijgen. Dit vraagt dus om meer terugkoppeling buiten het veranderteam, alsook extra brainstorms en bevragingen bij de collega's om zo een gevoel van eigenaarschap te creëren bij wie geen deel uitmaakt van het veranderteam. Ook hier kunnen bepaalde werkvormen ingezet worden om dit te realiseren*.

### De samenstelling van het team

Uit eigen ondervinding bestaat het veranderteam idealiter uit een mix van leidinggevenden en mensen van de werkvloer. Hierbij is het wel belangrijk dat er een communicatiecultuur van openheid en respect

* Interessante literatuur hierrond is het Groot werkvormenboek (deel 1 en 2) van Dirkse en Talen en de bundel 'Goed in gesprek. Eenvoudige werkvormen voor reflecties binnen de langdurige zorg' van Vilans en Zorg voor Beter. https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Goedingesprek/Eenvoudige%20werkvormen%20voor%20reflectiemomenten%20zvb.pdf

is. Een medewerker mag geen schroom voelen om de leidinggevenden op pijnpunten te wijzen en vice versa. In de pilootprojecten waar we deze openheid zagen, gaf dit ruimte voor constructieve discussies en nieuwe ideeën. In de veranderteams waar wantrouwen heerste of waar oude conflicten onuitgesproken maar toch zeer sterk aanwezig waren, stond dit alle vooruitgang in de weg. Een veranderteam is immers – gezien de beperkte tijd van dit project – niet de plaats om aan teambuilding te doen of aan een cultuur van vertrouwen te werken.

De meeste veranderteams hadden een vaste samenstelling. In sommige pilootprojecten werden ook extra collega's gevraagd, naargelang het thema dat op de agenda stond.

En wat met de zogenoemde 'dwarsliggers', die soms bewust in een veranderteam geplaatst worden? Uit onze zes pilootprojecten leerden we dat veranderteams met non-believers trager vooruitgaan, tenzij deze kritische collega's plots ook begeesterd raken door de persoonsgerichte visie en zo een belangrijke motiverende rol kunnen spelen naar hun eigen collega's toe. Veranderteams met een aantal minder actieve of weinig gemotiveerde personen, vertragen het proces en kelderen ook het enthousiasme van de andere teamleden. Dit zouden we dus sterk afraden.

## Meten doet weten

Onderzoek toont aan dat het zowel belangrijk is om de impact van de verandering te evalueren, als van de samenwerking bij het veranderingstraject (Derksen et al., 2018). Voelt de werkvloer verandering na afloop van het traject? Heeft het traject een impact gehad op de zorgverleners, de zorgvragers en de mantelzorgers? In een succesvol verandertraject zijn de waarden en overtuigingen voelbaar op de werkvloer. Idealiter volgen we die impact dan ook op via bevragingen, observaties … voor en na het traject (Manley et al., 2013).

De resultaten van het veranderteam werden maandelijks opgevolgd door het puntsgewijs bespreken van de stand van zaken van de verschillende onderdelen. Wat goed liep, werd gecomplimenteerd. Het veranderteam deelde positieve ervaringen en anekdotes en benoemde expliciet de winst van de nieuwe aanpak voor de medewerkers, de personen met dementie en de familieleden. Een tekort in deze verandertrajecten is de objectieve impactmeting, door middel van een voor- en nameting. Hierdoor hebben we wel subjectieve evaluaties uit gesprekken met medewerkers, zorgvragers en mantelzorgers, maar geen 'harde' cijfers. In toekomstige verandertrajecten wordt impactmeting een vast onderdeel van het verandertraject.

## Een cultuur van waardering geeft dynamiek

In volle coronaperiode konden we er niet naast kijken: zorgverleners werden dagelijks overspoeld met lofbetuigingen. Spandoeken, witte vlaggen, postkaartjes, posts op sociale media, applaudisseren om 20u … #heldenindezorg.
Deze appreciatie voor het emotioneel en fysiek zware werk in de zorg doet deugd. Het geeft mensen energie en moed in moeilijke periodes. Maar ook buiten de coronacrisis is een cultuur van waardering binnen je organisatie iets om na te streven. Een cultuur van klagen of waarderen, dat bepaalt de werksfeer en de productiviteit. Het bepaalt o.a. hoe graag je uit je bed stapt en naar het werk vertrekt.

**Een tip? Geef je complimenten klein, concreet en continu (Clement, 2015).**

- Klein: benoem ook de kleine zaken die een medewerker of collega goed doet.
  *'Fijn dat je daarstraks bleef zoeken naar wat Maria je wou duidelijk maken.'*
- Concreet: complimenten over iemands karakter of vaardigheden kunnen natuurlijk, maar de kunst is om een compliment heel concreet te maken.

*'Bedankt om het valincident van dhr. Verschaeve zo helder in het dossier te schrijven.'*

- Continu: wees kwistig met je (welgemeende!) waardering. Het doet mensen groeien, dus wees er niet zuinig op. Voor elk punt van kritiek, geef je mensen zeker tien oprechte complimenten.

Om een positief waarderend klimaat mee op gang te trekken, ontwikkelde het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, samen met Cera, een aantal complimentenkaartjes voor de pilootprojecten.

Achterkant




Voorkant





In een aantal pilootprojecten, zoals in het AZ Sint-Maarten, werden de kaartjes gebruikt binnen een team. Wil jij ook graag een pakketje complimentenkaarten? Bestel ze via http://winkel.dementie.be.

## ‘Nothing about us, without us’: van papier naar praktijk

Participatie van mensen met dementie en mantelzorgers is een grote meerwaarde. Bij elk van de zes pilootprojecten benadrukte het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen van bij de aanvang hoe belangrijk het is om mensen die leven met dementie te betrekken. Niet als observator, maar als cocreator. De participatieladder leert ons dat er verschillende graden van participatie zijn: informeren – raadplegen – adviseren – coproductie – meebeslissen – zelfbestuur. In vrijwel alle zorgvoorzieningen worden mensen met dementie en familieleden geïnformeerd over wat er gaande is. Soms worden ze ook geraadpleegd, bijvoorbeeld in een bewonersraad. In dit pilootproject wilden we de organisaties uitdagen om (minimaal) tot echte cocreatie te komen. Dit bleek ook een van de grootste uitdagingen te zijn. We zien organisaties worstelen om de juiste werkvorm te vinden (in veranderteam, aparte focusgroepen, op een gebruikersraad …) en om hun angsten of vooroordelen te overwinnen. *Wat als de mantelzorger de vergadering domineert? Wat als zij ons aanvallen of veroordelen omdat we niet steeds ‘perfecte’ zorg kunnen bieden? Wat als de mantelzorgers enkel vanuit hun eigen verhaal vertellen en op die manier niet ‘de mantelzorger’ vertegenwoordigen? Kan iemand met dementie wel nog mee beslissen over veranderingstrajecten? …*

Een aantal pilootprojecten zette de stap en vond manieren om mensen met dementie en hun familieleden mee aan het roer te zetten. Voorzichtige stappen die snel loonden. In twee pilootprojecten maakte een mantelzorger deel uit van het vaste veranderteam. In een derde pilootproject organiseerde men focusgroepen met de familie over familieparticipatie en hoe die in de toekomst verder vorm te geven. In een vierde pilootproject heeft men alle familieleden d.m.v. een bevraging op papier én door individuele gesprekken bevraagd over de inrichting en huiselijkheid van de woningen. In twee pilootprojecten werden mantelzorgers niet betrokken, maar ging men voort op de informele feedback na veranderingen op de werkvloer.

Als coach van deze trajecten hadden we gehoopt dat alle pilootprojecten hierin grote stappen hadden gezet, omdat we geloven in de win-win-win van een cocreatieve aanpak.

Wat is de win voor de organisatie?
Wat is de win voor de mantelzorgers?
Wat is de win voor de personen met dementie?

## Piloteren op één woning, afdeling of team werkt

Vanuit onze bescheiden ervaring binnen de zes piloottrajecten kunnen we aanraden om de verandering te starten op één pilootafdeling, -woning of -team. Zo ontstaat een veilige, afgebakende plek waarbinnen een team kan experimenteren. De lessen uit die trajecten nemen we nadien mee naar de andere woningen. Wel zorgden we er overal voor dat mensen uit de hele organisatie van in het begin betrokken waren bij de veranderingen. Op die manier groeiden de betrokkenheid en de nieuwsgierigheid doorheen de hele organisatie. In sommige pilootprojecten volgden een tweede woning, afdeling, team … al snel na de eerste. In andere pilootprojecten staat dit op de agenda voor de komende maanden.

## Het veranderteam neemt de fakkel over van de externe coach

Vanuit het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen begeleidden we de zes pilootprojecten als externe coach. De eerste bijeenkomsten van het veranderteam werden overal door ons geleid. Na enkele maanden zagen we in verschillende veranderteams een kanteling: de trekkers brachten zelf nieuwe thema's in, leidden zelf een deel van de vergadering, stuurden op voorhand een agenda uit en zetten ook tussen de officiële veranderteams eigen werkgroepen op om verder te werken aan de thema's. Het gevoel van eigenaarschap groeide bij de trekkers en bij de veranderteams. De regie werd al snel een gedeelde regie en uiteindelijk hun regie. In deze organisaties geven we met een gerust gevoel de fakkel door aan de trekkers, want zij staan aan het roer van hun eigen veranderingsproces.

## Innovatieve Arbeidsorganisatie als katalysator van persoonsgerichte zorg

In Vlaanderen kantelen steeds meer organisaties van een functionele, complexe organisatie naar een slimme en goestinggevende organisatie: een Innovatieve Arbeidsorganisatie of IAO. In deze organisaties wordt de visie omgezet in de organisatie van het werk. In het traject naar een Innovatieve Arbeidsorganisatie werkt men aan acht bouwstenen. Vier daarvan hebben te maken met de cultuur: de visie, het leiderschap, de teams en het individu. Vier andere gaan over de structuur: het proces, de macrostructuur, de microstructuur en het systeem. Met de kernopdracht, het primaire proces van de organisatie, steeds voor ogen werken goestingarchitecten met de medewerkers aan een eenvoudigere organisatie. Ze delen het kernproces op in stromen. Elk team krijgen de gezamenlijke verantwoordelijkheid, de autoriteit om zelf het werkproces te sturen, waardoor er meer eigenaarschap is dan vroeger. In een traject rond persoonsgerichte zorg is dat eigenaarschap nu net waar we naar op zoek zijn. De manier waarop een organisatie kantelt binnen IAO en het werken aan persoonsgerichte zorg bij mensen met dementie is doorgaans zeer complementair.

Ook leiderschap krijgt binnen IAO een andere betekenis. Er is nood aan gedeeld leiderschap. Meer leiderschap voor elke medewerker, zodat hij zich proactief kan aanpassen aan veranderende omstandigheden en zodat hij zelf de verantwoordelijkheid en nodige autonomie heeft om beslissingen te nemen binnen de visie van de organisatie. Vooral hogerop in de organisatie is vernieuwd leiderschap nodig. De CEO, het management, de leidinggevenden … zetten de bakens van de organisatie uit, ze hebben een inspi-

rerende rol en moedigen team- en zelfontwikkeling aan. Ook leiden ze door zelf het voorbeeld te geven. Dat betekent ook dat ze minder taakgericht en operationeel werken, maar eerder extern gericht zijn: ze scannen de omgeving op opportuniteiten. Dat alles vraagt niet minder, maar juist méér leiderschap.

Interesse in Innovatieve Arbeidsorganisaties?
Maenen, S. (2018). *Van Babel tot ontwerp*. Antwerpen: Pelckmans Pro.
Van Gramberen, M. (2018). *Goestingarchitecten*. Leuven: LannooCampus.

## Zoek financiering en expertise

Het is altijd mooi meegenomen als je ook budget hebt om een verandertraject een duwtje in de rug te geven. Dat merkten we voornamelijk in de pilootprojecten die de inrichting dementievriendelijker maakten of nieuwe tools ontwikkelden. Een gespreksinstrument ontwerpen, een kast, behangpapier, dekentjes en fotokaders aankopen, het kost wel wat. In sommige projecten werd dit in 2019 nog snel op de begroting van 2020 geplaatst; in andere projecten ging men op zoek naar externe financiering. Wist je dat vzw's en feitelijke verenigingen financiële steun kunnen aanvragen via de regionale adviesraden van Cera? Drie keer per jaar vindt de besluitvorming van de regionale adviesraden plaats. Dossiers dien je in voor begin januari, begin april en begin september. Zie:
https://www.cera.coop/nl/Particulieren/Steun-aan-samenleving

Ben je op zoek naar expertise die je als manager een belangrijke injectie kan geven bij je veranderplannen? Dan kan je terecht bij Toolbox. Deze vzw heeft zich tot doel gesteld om het management van verenigingen die actief zijn in de Belgische sociale sector te verbeteren. Daartoe zet ze meer dan 150 experts in die hun expertise op vrijwillige basis ter beschikking te stellen van deze verenigingen.
www.toolbox.be

Bekijk hier het voorstellingsfilmpje van Toolbox:

# Omgaan met weerstand

Veel medewerkers zien verandering en vernieuwing liever komen dan gaan. '*We doen het toch goed?*' of '*Daar hebben we echt geen tijd voor*', zijn veelgehoorde opmerkingen. Er is weerstand en weinig enthousiasme voor vernieuwing. Wie weerstand voelt, ervaart in het begin soms gevoelens van shock, ontkenning en frustratie. Ze begrijpen niet dat verandering wenselijk is of proberen de nieuwe wind aan hen voorbij te laten gaan door onder de radar hun eigen ding te blijven doen. De Six Change Approaches van Kotter en Schlesinger legt ons uit waarom mensen soms in weerstand gaan.




*Foto: Leo De Bock*

**- Parochiaal eigenbelang**

> *'Als we niet meer met verzorgingslijsten werken, zal ik minder vroeg klaar zijn met mijn ronde en wellicht niet meer om 10.00 uur rustig een koffie kunnen drinken in de verpleegpost met mijn collega's.'*

Sommige mensen zijn vooral bezig met de impact van de verandering op zichzelf. Ze staan minder stil bij de gevolgen van de verandering voor de zorgvoorziening of de mensen die ze verzorgen/begeleiden.

**- Misverstand**

> *'Taakintegratie? Daar zit zeker een verborgen agenda achter. Wellicht moeten we vanaf nu onderbroken diensten doen.'*

Door communicatieproblemen, ontoereikende informatie en een wantrouwen tussen directies en medewerkers, gaan mensen in weerstand.

**- Lage tolerantie voor verandering**

> *'We doen het al 25 jaar op deze manier. Ik voel me daar goed bij en voel geen nood tot verandering.'*

Voor sommige medewerkers zijn stabiliteit en voorspelbaarheid heel belangrijk om een gevoel van veiligheid te ervaren. Verandering voelt voor hen dan ook als een bedreiging aan.

**- Verschillende beoordelingen van de situatie**

> *'De leefruimte meer huiselijk maken? Ik denk niet dat de bewoners dit willen. Ik ben zelf ook geen voorstander van rondslingerende boeken, kussens en gezelschapspellen.'*

Sommige werknemers zijn het niet eens met de veranderingen. Ze zien bijvoorbeeld meer nadelen dan voordelen, ze hebben bedenkingen bij de haalbaarheid … Van deze medewerkers kunnen we leren.

Hun bezorgdheden zijn immers soms terecht en worden zelden ingegeven door een gebrek aan betrokkenheid op goede zorg.

Kotter en Schlesinger beschrijven zes manieren om met weerstand bij veranderingstrajecten om te gaan. Ook tijdens de pilootprojecten konden we ervaren dat deze bijdroegen tot een kanteling naar enthousiasme.

**- Vorming en communicatie**

Informeer de collega's voor de start van het verandertraject over wat er te gebeuren staat. Waar wil de organisatie naartoe? Hoe zal men hieraan werken? Wie zal hierbij betrokken worden? Communicatie naar de medewerkers, gebruikers en familieleden is cruciaal. In de pilootprojecten zagen we hier mooie voorbeelden van: startvergaderingen, posters, een item in de nieuwsbrief, een agendapunt in verschillende werkgroepen, een bevraging ... Iedereen werd op de hoogte gebracht van het pilootproject bij het referentiekader dementie.

In elk van de pilootprojecten bleek deze communicatie een valkuil te zijn. Bij onvoldoende communicatie of onduidelijke instructies over een nieuwe aanpak, ontstond weerstand of verwarring bij bepaalde teamleden. Een duidelijk communicatieplan in elke fase van het traject is daarom sterk aan te raden. Zo ben je zeker dat elke medewerker de boodschap minstens één keer gehoord heeft. Beter over-communicatie dan onder-communicatie.

Aanvullende op de communicatie kan je medewerkers van een andere afdeling eens op bezoek laten komen op de pilootafdeling of bij het pilootteam. Op die manier ondervinden ze aan den lijve wat er veranderd is en horen ze reacties van collega's, mensen met dementie en familieleden.
Ook vorming kan een belangrijke functie hebben bij het enthousiast maken van de medewerkers. In sommige pilootprojecten gaf het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, samen met de collega's van de regionale expertisecentra dementie, een basisvorming: omgaan met dementie, de autonomie van mensen met dementie verhogen, waardengericht en persoonsgericht werken ... Telkens merkten we enthousiasme en betrokkenheid bij de groep. Wel ontdekten we het belang van het 'warm houden' van de gegeven inhoud. Dit wordt ook bevestigd in wetenschappelijk onderzoek: of een basistraining blijvend impact heeft, hangt af van de mate waarin medewerkers gecoacht en aangestuurd worden door een teamlid met expertise in dementie (Handley, Bunn, & Goodman, 2017). Daarom werkten we in verschillende pilootprojecten een stappenplan uit waarbij elementen uit de vorming a.h.v. intervisies of korte reflectiemomenten levend gehouden werden.

**- Participatie en betrokkenheid**

Wie betrokken wordt in een onderdeel van het verandertraject, zal minder weerstand voelen. Zeker wanneer die persoon de kans krijgt om zijn bedenkingen op tafel te leggen en zijn motivering hiertoe kan inbrengen. Medewerkers willen niet dat hun iets van hogerhand opgelegd wordt. Ze willen mee aan het roer staan wanneer de verandering ook impact heeft op hun manier van werken. Door de verandering mee vorm te geven, ontstaat een gevoel van eigenaarschap.
Hoe meer input van hoe meer mensen, hoe kwaliteitsvoller je veranderplan zal zijn. Wel is het belangrijk om hierbij steeds de visie van de organisatie en van de verandering voor ogen te blijven houden. Wie taakgerichtheid belangrijker vindt dan persoonsgerichtheid, past niet binnen het pad dat de organisatie ingeslagen is en moet daar ook op attent gemaakt worden.

Heb je als team een klein succes geboekt, vier het dan! Geef elkaar complimenten en denk samen na over hoe het nog meer of nog groter kan. Het zijn deze succesmomenten die de draagkracht van de verandering binnen het team vergroten. Wie nog twijfelt, verandert hierdoor misschien in een believer.

Let wel, na de eerste succeservaringen moet je doorzetten en het tempo opdrijven, zodat de verandering niet uitdooft.

**- Faciliteren en ondersteunen**

Bepaalde veranderingen vragen veel van je medewerkers. Hen op allerlei manieren ondersteunen, is dan ook de taak van de trekkers, de leidinggevenden, de managers binnen dit project. Medewerkers moeten de ruimte voelen om hun bezorgdheid of frustratie te uiten. Dit is een belangrijke manier van werken bij collega's die schrik hebben voor de verandering. Als trekker binnen een verandertraject ben je ook de coach van je team: je steunt je medewerkers en je bent er voor hen als ze het lastig hebben of om hun kleine successen te vieren. Je biedt hun mogelijkheden om zich bij te scholen in kennis en vaardigheden zodat ze zich zelfzekerder voelen.

**- Onderhandeling en overeenkomst**

In sommige verandertrajecten kan een compromis sluiten nodig zijn om medewerkers over de streep te krijgen om in te stappen in de verandering. In een van de pilootprojecten zullen logistiek medewerkers meewerken aan een warm onthaal, op voorwaarde dat de andere teamleden ook een deel van hun taken overnemen. Soms is een beloning op zijn plaats, bijvoorbeeld in de vorm van een attentie, een geschenkje of een 'bonus', al is dat in de zorgsector waar middelen schaars zijn, niet altijd te realiseren. Onderhandelen en belonen is een snelle en gemakkelijke manier om weerstand om te buigen, maar niet altijd een duurzame. Het gewenste gedrag kan snel terug wegebben als ook de beloning verdwijnt.

**- Manipulatie en samenwerking**

In sommige verandertrajecten gebruikt men manipulatie en mederegie als een manier om met weerstand om te gaan. Bij manipulatie gaat men meer nadruk leggen op bepaalde informatie, om zo een niet overtuigde collega over de streep te halen om toch zijn gedrag te veranderen. Wij zijn eerder voorstander van het tweede luik: de samenwerking en de mederegie stimuleren. Geef kritische collega's een belangrijke rol in het project. Zet ze mee aan het roer, maar zorg er uiteraard voor dat zij het verandertraject niet gaan domineren. In sommige pilootprojecten merkten we dat deze aanpak werkte. De felste criticus, een informele leider binnen zijn team, kantelde naar de meest bevlogen enthousiasteling, die zo ook zijn team mee kreeg. Dit lukte ons echter niet altijd. In een veranderteam stapte iemand op, omdat die zich echt niet kon vinden in de nieuwe visie waar de organisatie mee aan de slag ging.

**- Expliciete en impliciete dwang**

Iemand onder druk zetten is het allerlaatste redmiddel binnen een verandertraject. Het gaat hier bijvoorbeeld over dreigen met ontslag of een verplaatsing naar een andere werkomgeving. Het hoeft geen betoog dat dit de teamsfeer niet ten goede komt. We zijn dan ook heel blij dat niemand deze methode heeft moeten toepassen in de pilootprojecten. Wel is het mogelijk dat sommige medewerkers de komende maanden beseffen dat de nieuwe manier van werken minder goed bij hen past en dat zij verkiezen om andere horizonten te verkennen.

# Beleidsaanbevelingen en aanbevelingen voor het onderwijs

## Beleidsaanbevelingen

Na een tweedaags studiebezoek in de geest van het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie gaven de deelnemers ons hun aanbevelingen voor het beleid door. Een bloemlezing daaruit vind je hieronder.

- Er is nood aan een zorgmanager of casemanager dementie als antwoord op de nood aan individuele begeleiding na de diagnose. In Vlaanderen neemt de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds deze rol op zich. Doordat Vlaanderen echter een andere financiering van deze functie kent dan Nederland, kan men in Vlaanderen het casemanagement op een minder intensieve manier opnemen dan bij onze Nederlandse buren. Daar hebben de meeste gezinnen met dementie een casemanager, die nauw overlegt met de huisarts en de andere zorgactoren en zelfs dag en nacht bereikbaar is. Op die manier ondervangt de casemanager veel grote en kleine problemen waar gezinnen met dementie mee worstelen. Een goede praktijk is de thuisbegeleidingsdienst dementie van Foton in Brugge, de thuisbegeleiding jongdementie van het Ontmoetingshuis in Leuven en het OpMaatproject van Huis Perrekes in Geel. Het is van groot belang dat ondersteuning betaalbaar, toegankelijk en kwaliteitsvol gebeurt. De samenwerking vanuit de expertisecentra dementie dient hierin leidend te zijn. Ook de ziekenhuizen en woonzorgcentra zijn vragende partij voor een casemanager, zodat er betere aansluiting is bij de doelgroep en persoonsgerichte info efficiënter gedeeld wordt.

- Er is nood aan meer flexibiliteit in de regelgeving m.b.t. het profiel van medewerkers in woonzorgcentra. Een muziektherapeut, orthopedagogen, psychologen … zijn eerder uitzondering dan regel in Vlaanderen. We zien echter een interessant gegeven in de Scandinavische landen: de overheid legt er geen bestaffingsnorm op. Wel reikt de overheid kwaliteitsindicatoren aan: een bepaald niveau van kwaliteit van zorg moet bereikt worden. De zorginspectie gaat na of kwaliteit van zorg gegeven wordt. Hoe men dit realiseert, is echter de keuze van het woonzorgcentrum, dat gefinancierd wordt door de gemeente. Door die vrijheid kiezen veel organisaties hier voor ‘atypische’ profielen.
in Vlaanderen vragen veel woonzorgcentra meer flexibiliteit in de regelgeving m.b.t. huiselijkheid en normalisatie, zodat het leven en het wonen er echt centraal kunnen staan. Men vraagt regelgeving die vertrekt vanuit een leefgroepwerking en niet vanuit een medisch model. Ook de coronacrisis toonde aan dat werken in een strikt keurslijf geen virus kon overwinnen. Bewoners hebben recht op een menselijke benadering die afgestemd is op hun noden. Dat betekent flexibiliteit, ook qua normpersoneel.
- Ook in de ziekenhuizen botsen we op wetgeving die persoonsgerichte zorg in de weg staat. Door de strikte regels m.b.t. inrichting en voorwerpen in de gemeenschappelijke ruimtes is huiselijkheid er bijna onmogelijk. JCI- en NIAZ-accreditering en de privacywetgeving hebben ongetwijfeld hun waarde, maar staan soms loodrecht op een dementievriendelijke aanpak. Ziekenhuizen vragen ruimte om buiten de lijntjes te kleuren als dit ten goede komt van de patiënt, vanuit een persoonsgerichte benadering. Ze benadrukken het belang van niet-medische taken in de benadering van mensen met dementie. Die taken zoals troosten, geruststellen en begeleiding van zinvolle dagbesteding, maken integraal deel uit van het takenpakket van de zorgverlener.

Vanuit de ziekenhuizen verneemt het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen de vraag tot een kader/aanbeveling waarbinnen het geven van een zorgdiagnose voor mensen met dementie naast de medische diagnose verplicht is. Tot slot ijveren we als Expertisecentrum Dementie Vlaanderen voor een betere scholing van het zorgpersoneel m.b.t. dementie, alsook voor een verplichte aanwezigheid van een referentiepersoon dementie in het ziekenhuis, zeker op afdelingen waar mensen met dementie verblijven.

- Intersectorale samenwerking moet sterker uitgebouwd worden, zodat mensen met dementie continuïteit ervaren in hun begeleiding en zorg. Ook hier kan een casemanager dementie een sleutelrol vervullen.

## Verankering van een persoonsgerichte visie in zorgopleidingen

**Welke kennis, attitude, vaardigheden … zijn op vandaag onontbeerlijk in de zorgopleidingen?**

- Het besef dat de sleutel tot persoonsgerichte zorg ligt in het echt kennen van de persoon met dementie als mens
- Het kunnen omgaan met veranderend en moeilijk hanteerbaar gedrag bij personen met dementie
- Het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor mensen met dementie, als kapstok
- Het besef van de cruciale rol van mantelzorgers en naasten en de manieren waarop zij een stem krijgen in de zorg
- Het besef dat élk type medewerker binnen de organisatie een belangrijke rol speelt.

# Tot slot

## Contactgegevens van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen



*Foto: Leo De Bock*

Lokkaardstraat 8
2018 Antwerpen
www.dementie.be
www.jongdementie.info
www.onthoumens.be
info@dementie.be

## Contactgegevens van Cera

Met zo'n 400.000 vennoten is Cera de grootste coöperatie van België. Cera brengt mensen, middelen en organisaties samen, bundelt krachten, neemt initiatieven en realiseert waardevolle projecten met een duidelijk doel: samen investeren in welvaart en welzijn.
Ook jij kunt deel uitmaken van Cera! Check www.cera.coop

## Contactgegevens van de pilootprojecten

**AZ Sint-Maarten (Mechelen)**
Afdeling Het Anker
Liersesteenweg 435
2800 Mechelen
Contactpersoon: Dr. Catherine Van Dessel, geriater – catherine.van.dessel@emmaus.be

**Dienst Maatschappelijk Werk CM Limburg**
Prins-Bisschopssingel 75
3500 Hasselt
Contactpersoon: Sofie Vandebroek, sectormedewerker zorg en welzijn
– sofie.vandebroek@cm.be

**Het Portiek (de Korenbloem woon en zorg, Kortrijk)**
Pieter de Conincklaan 12
8500 Kortrijk
Contactpersoon: Nessie Holvoet, woonadviseur – holvoet.nessie@dekorenbloem.net

**WZC Heilig Hart (Sint-Niklaas)**
Tereken 14
9100 Sint-Niklaas
Contactpersoon: Bianca Verkeste, hoofdverpleegkundige – bianca.verkeste@hhart.be

**WZC Lindelo (Lille)**
Kerkplein 20
2275 Lille
Contactpersoon: Elke Keepers, ergotherapeut – elke.keepers@lindelo.be

**ZNA Hoge Beuken (Antwerpen, Hoboken)**
Afdeling neurologie
Cdt. Weynsstraat 165
2660 Antwerpen
https://www.zna.be/nl/zna-hoge-beuken
Contactpersoon: Nore Somers, psycholoog – nore.somers@zna.be

# Dankwoord

Met dank aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en zijn raadgevers Bernadette Van Den Heuvel en Ann Baeyens die in 2018 de basis legden voor dit traject. Dank ook aan minister Wouter Beke en raadgever Ellen Thielens voor de verdere opvolging van dit traject. Verder ook een woord van dank voor Wim Vleeshouwers en Christine Aspeele van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Bedankt aan Cera en in het bijzonder aan Stéphanie De Smet voor de bergen inspiratie, het hosten van het minisymposium en de financiële ondersteuning van dit project.

Bedankt aan de zes laureaten voor hun ongelofelijke inzet en enthousiasme!

Bedankt aan de onafhankelijke jury voor het selecteren van deze zes laureaten.

Bedankt aan de leden van de adviesgroep om dit project in elke fase mee op te volgen en waardevolle input te geven: Koen Geenen, Paul Goossens, Katelijne Lefevere, Nathalie Sluyts, Hanne Neyts, Justine Rooze, Inge Neyens, Aline Sevenants, Chantal Van Audenhove, Koen Nissen, Myriam Schautteet, Dimitri Heyndrickx, Nele Spruytte, Wim Vleeshouwers, Stéphanie De Smet, Filip Zutterman, Ann De Wit, Veerle Coupez, Stefaan Berteloot, Véronique De Schaepmeester, Daan Duppen, Peter Marquebreuck, Patrick Vyncke. Een bijzonder dank ook aan Kristine Kloeck voor haar rol als voorzitter van de adviesgroep.

Bedankt aan Dirk Van Herpe, voorzitter van de netwerkgroep Kleinschalig Genormaliseerd Wonen, voor de kritische blik en de opbouwende feedback in de stuurgroep.

Bedankt aan de regionale expertisecentra dementie voor het inhoudelijk mee opvolgen van de pilootprojecten in hun regio, voor de bijdrages op de minisymposia en voor het enthousiasme om een sterk team van coaches op te richten.

# Bibliografie

Belbin, R. M. (2011). Management teams: Why they succeed or fail. *Human Resource Management International Digest*.

Bronselaer, J., Vandezande, V., Vanden Boer, L., & Demeyer, B. (2016). *Sporen naar duurzame mantelzorg: hoe perspectief bieden aan mantelzorgers? Brussel: .* Retrieved from Brussel: https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/2016_Sporen_naar_duurzame_mantelzorg_DWVG_0.pdf

Brooks, F. (1975). *The Mythical Man-Month: Essays on Software Engineering*. Boston: Addison-Wesley.

Clement, J. (2015). *Inspirerend coachen. De kunst van dynamisch en uitdagend communiceren.* Leuven: Lannoo Campus.

Derksen, K., Hendrikse, J., Kaarsemaker, A., & Nooijen, M. (2018). Teams: de heilige huisjes in organisaties. *Opleiding en ontwikkeling, 31*(4), 17-22.

Handley, M., Bunn, F., & Goodman, C. (2017). Dementia-friendly interventions to improve the care of people living with dementia admitted to hospitals: a realist review. *BMJ open, 7*(7), e015257.

Hart, W. (2012). *Verdraaide organisaties*. Amsterdam: Boom.

Manley, K., Titchen, A., & McCormack, B. (2013). What is practice development and what are the starting points? In *Practice development in nursing and healthcare. Edition: 2nd* (pp. 45-65). Oxford: Wiley-Blackwell.

Ramsoekh-Mohanlan, A. (2019). Op weg naar zelfsturing. (G)een onmogelijke opgave? *Opleiding en ontwikkeling, 32*(4), 25-29.

Talen, A., Dirkse, S., Kester, M., Lems, M., & Boer, M. (2018). Werkvormen als vliegwiel voor verandering. *Opleiding en ontwikkeling, 31*(4), 30-34.

Van Gramberen, M. (2018). *Goestingarchitecten*. Tielt: Lannoo.

Van Lieshout, F., Jacobs, G., & Cardiff, S. (2017). *Actie-onderzoek. Principes voor verandering in zorg en welzijn*. Assen: Van Gorcum.



expertisecentrum
dementie
Vlaanderen



Foton
expertisecentrum
dementie



Paradox
expertisecentrum
dementie



Contact
expertisecentrum
dementie



Tandem vzw
expertisecentrum
dementie



Memo
expertisecentrum
dementie



Sophia
expertisecentrum
dementie



Orion ism PGN
expertisecentrum
dementie



brOes
expertisecentrum
dementie



Meander
expertisecentrum
dementie



Vlaanderen
is zorg



cera

Twee jaar na het boek 'Ik, jij, samen MENS. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie' blikken we terug op het afgelegde traject en kijken we vooruit naar de toekomst. Welke nieuwe inzichten verschenen er rond de zes fundamenten van goede zorg? Op welke manier gingen zorgvoorzieningen met het referentiekader dementie aan de slag?

Om de vertaling naar de praktijk een duwtje in de rug te geven, lanceerden de Vlaamse overheid, Cera en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen de projectoproep 'deMENS in de zorg' waarbij zorgvoorzieningen konden intekenen op een jaar begeleiding rond het referentiekader dementie. De nieuwe inzichten rond persoonsgerichte verandertrajecten en de ervaring van de zes pilootprojecten leest u in deze publicatie. Ter inspiratie voor andere organisaties en voor wie in samenwerking met de expertisecentra dementie een gelijkaardig traject wil opzetten.

## OVER DE REDACTEURS/AUTEURS

Herlinde Dely is stafmedewerker kwaliteit en zorg bij het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Ze is van opleiding gerontoloog en logopediste en publiceerde o.a. 'De schat van je leven, herinneringen ophalen met personen met dementie'. Momenteel begeleidt ze verschillende organisaties rond persoonsgericht werken.

Jurn Verschraegen is directeur van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en benoemd expert bij de Hoge Gezondheidsraad. Hij is ook voorzitter van de Vlaamse werkgroep jongdementie.

Jan Steyaert is socioloog van opleiding en is wetenschappelijk medewerker aan het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en gastprofessor aan de Universiteit Antwerpen, master sociaal werk. Hij is ook redactielid van Sociaal.Net en de canon sociaal werk.

ISBN 978-94 6267 265-9
9 789462 672659