



Vrije Universiteit Brussel  
Faculteit Geneeskunde en Farmacie  
Afdeling Gerontologie

# Ontspoorde zorg bij dementerende ouderen binnen de RVT's.

Eindverhandeling tot het behalen van  
de graad van Licentiaat in de Gerontologie

Promotor: Prof. Dr. Ponjaert – Kristoffersen  
Co-promotor: Mw. Messelis

Daisy Thys

Academiejaar 2003 - 2004

## Samenvatting

Ouderenmishandeling wordt de laatste jaren erkend als een ernstig sociaal probleem. Toch blijft het een uiterst gevoelig onderwerp. De Wereldgezondheidsorganisatie bracht in 2002 o.a. de problematiek rond ouderenmishandeling onder de aandacht ( via World Report on Violence and Health, Geneva). De belangrijkste reden om hiervan een aandachtspunt te maken, is het feit dat ouderen een bijzonder kwetsbare groep vormen.

De term 'ouderenmishandeling' is een beladen begrip. Van de Ven (1997) maakt een opdeling in twee grote deelgebieden: de grove, strafrechterlijke vormen van ouderenmishandeling (bijvoorbeeld slaan, verkrachting, geld verduisteren enz.) en de subtiele, minder spectaculaire vormen zoals overdreven infantiliseren, vrijheidsbeperking, geen privacy op toilet,... Deze laatste vorm wordt door Bakker e.a. (2000) ook 'ontspoorde zorg' genoemd en wordt beschouwd als een onopzettelijke grensoverschrijding, terwijl de term mishandeling eerder een moedwillige daad veronderstelt. De term 'ontspoorde zorg' wordt meestal gebruikt wanneer het om ongewenst gedrag van mantelzorgers gaat. Men wil hiermee aantonen dat de 'daders' eveneens als 'slachtoffers' kunnen beschouwd worden (Pot, 2000). Wij vermoeden dat ontspoorde zorg niet enkel voorkomt in de thuissituatie maar eveneens bestaat binnen de intramurale zorgverlening.

Vandaar dat wij dit onderzoek interessant achten voor een licentiaatverhandeling. We willen dus nagaan of ontspoorde zorg in de intramurale zorgverlening bestaat en dan wel bij dementerende ouderen. Dementerenden worden immers beschouwd als mensen met een groot risico op mishandeling en/of ontspoorde zorg. De afhankelijkheid van hun verzorgers neemt toe naarmate hun cognitieve achteruitgang stijgt. Bijkomende fysieke problemen en gedragsstoornissen maken dat zorgen voor dementerende bewoners extra belastend kan worden ( Cooney e.a., 1995 ).

Allereerst trachten we een theoretisch kader op te stellen voor het begrip ontspoorde zorg en de contexten waarbinnen dit kan ontstaan. We doen dit aan de hand van een literatuurstudie, zowel over de ouderenmishandeling in de extramurale zorgverlening als in de intramurale zorgverlening. Om tot een begripsomschrijving te komen, proberen we ontspoorde zorg te nuanceren van ouderenmishandeling en doen dit aan de hand van de typologie waarin beiden voorkomen. We nemen het theoretisch verklaringsmodel van Bakker e.a. (2000) (ontstaansmechanisme ontspoorde zorg in de thuiszorg) over en vullen dit aan met

componenten uit het model van Pillemer (1988), wat het ontstaansmechanisme van ouderen mishandeling in de intramurale zorgverlening beschrijft.

De onderzoeksvraag en doelstelling van dit onderzoek bepalen in grote mate de keuze van de onderzoeksmethode. Er wordt dan ook geopteerd voor een kwalitatief, explorerend onderzoek. We kiezen voor een eerder specifieke vorm van dataverzameling, de focusgroep. De motivatie hiertoe is dat het een geschikt medium lijkt om de realiteit vanuit de respondenten weer te geven over dit eerder gevoelige onderwerp. Ook de groepsdynamiek die in dergelijke discussies kan ontstaan, ondersteunt de keuze. We werken met homogene, doelgericht samengestelde groepen van vier tot zeven verpleegkundigen. Er worden vier groepen samengesteld om zo te komen tot saturatie van gegevens.

Uit de resultaten trekken we de volgende conclusies. Ontspoorde zorg is een begrip dat moeilijk te omschrijven valt. De verpleegkundigen verstaan hieronder het niet leveren van kwalitatieve zorg, het té routinematig werken en té erg gefixeerd zijn op technisch-verpleegkundige taken. Ontspoorde zorg kan volgens hen in drie deelgebieden voorkomen: op lichamelijk vlak, op psychisch vlak en schending van rechten.

De verpleegkundigen kennen zowel interne als externe attributies toe aan ontspoorde zorg. Deze attributies worden aan elkaar gekoppeld en we kunnen concluderen dat er meer gebruik wordt gemaakt van externe dan van interne attributies.

Zo spreken de verpleegkundigen over ontspoorde zorg die kan ontstaan in situaties waar zij zich machteloos voelen. Dergelijke situaties zijn voornamelijk te wijten aan personeelstekort en het gedrag van de dementerenden. Ook ervaren zij een zekere machteloosheid ten opzichte van organisatorische regels. Verder zijn ze van mening dat zij beschikken over te weinig kennis betreffende veroudering en het omgaan met dementerenden, wat zij toekennen aan een gebrek in hun opleiding. Ook het feit dat verpleegkundigen geen bezinning doen over hun handelingen kan volgens hen leiden tot ontspoorde zorg.

De verpleegkundigen beschouwen het werken met dementerenden als psychisch zwaar belastend. Wanneer zij zelf teveel te kampen hebben met privé-problemen en bovendien geen ondersteuning ervaren vanuit directie en collega's, is het risico groot dat ontspoorde zorg ontstaat. Bovendien zijn ze van mening dat familie van de dementerende extra werkdruk teweeg brengen.

## Voorwoord

Toen ik aan deze eindverhandeling begon, wist ik dat het niet gemakkelijk ging zijn. Ik koos immers een onderwerp dat bij vele mensen zeer gevoelig ligt. Ik kon niet voorspellen hoe het zou lopen of wat het ging worden. Het werd een moeizame tocht, met vele zijwegen en haltes. Toch waren er steeds mensen die me terug op de hoofdweg brachten. Daarvoor wil ik hen dan ook bedanken.

“BEDANKT” Prof. Dr. Ponjaert – Kristofferson en Mw. Messelis voor de vakkundige begeleiding en het kritische oog dat u ter beschikking stelde.

“BEDANKT” Prof. Dr. Verrycken voor het leerzame gesprek.

“BEDANKT” Dhr. Peeraer en Dhr. Van Ryckeghem voor de start en de praktische tips.

“BEDANKT” Mw. De Wintere voor de taalkundige correcties.

“BEDANKT” aan de expertisecentra dementie Orion en Paradox voor de nuttige literatuur en de hulp bij de respondentenwerving.

“BEDANKT” Prof. Verté voor het vrijmaken van lesuren.

“BEDANKT” Mw. De Coster voor de gebruiksvriendelijke uitleg over het Atlas-ti programma.

“BEDANKT” aan de 22 verpleegkundigen die mij een rijkdom aan informatie verschaften.

“BEDANKT” Wieze om er te zijn wanneer ik je nodig had!

“BEDANKT” Marc voor je luisterend oor, je keurende ogen, je steunende schouders en moedgevende woorden.

Maar vooral

“BEDANKT” bewoners van de tweede verdieping van RVT De Wijtshage, die me alle dagen opnieuw leren om respectvol met hen om te gaan.

Edegem, 5 mei 2004

Daisy Thys

# Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1: Theoretische uitgangspunten .....	7
Inleiding.....	7
1.2. Van ouderenmishandeling tot ontspoorde zorg in de extramurale zorgverlening .....	8
1.2.1. Algemene definitie van ouderenmishandeling .....	8
1.2.2. Vormen van ouderenmishandeling en hun verband met ontspoorde.....	9
zorg .....	9
1.2.2.1. Fysieke of lichamelijke mishandeling.....	9
1.2.2.2. Psychische mishandeling.....	9
1.2.2.3. Seksuele mishandeling .....	10
1.2.2.4. Financiële mishandeling.....	10
1.2.2.5. Verwaarlozing.....	10
1.2.2.6. Schending van rechten.....	10
1.2.3. Het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg.....	11
1.3. Van ouderenmishandeling tot ontspoorde zorg in de .....	13
intramurale zorgverlening.....	13
1.3.1. Definiëring en typologie .....	13
1.3.1.1. Algemene definitie van ouderenmishandeling binnen de intramurale	
zorgverlening.....	14
1.3.1.2. De definitie van Carl Pillemer .....	15
1.3.1.3. Het institutioneel geweld.....	17
1.3.2. De grijze zone tussen ontspoorde zorg en ouderenmishandeling binnen de	
intramurale zorgverlening.....	19
1.4. Het theoretisch kader .....	20
1.4.1. De kenmerken en definitie van ontspoorde zorg binnen de intramurale	
zorgverlening.....	21
1.4.2. De context van ontspoorde zorg binnen het theoretisch model van Carl Pillemer.	23
1.4.2.1.Externe factoren .....	24
1.4.2.2. Kenmerken van de instelling .....	25
1.4.2.3. Kenmerken van het personeel.....	27
1.4.2.4. De kenmerken van de oudere .....	29
1.4.2.5. Valkuilen bij het werken met dementerende bewoners .....	30
1.4.2.6. Besluit: de complexiteit van een verklaringsmodel voor ontspoorde zorg bij	
dementerende ouderen binnen de intramurale zorgverlening .....	32
1.5. Samenvatting.....	33
Hoofdstuk 2: De onderzoeksmethode .....	34
2.1. Inleiding .....	34
2.2. Onderzoeksvragen en doelstelling van het onderzoek.....	34
2.3. Kwalitatief onderzoek.....	35
2.3.1. Definitie en kenmerken van kwalitatief onderzoek .....	35
2.3.2. Doelstelling van het kwalitatief onderzoek.....	36
2.3.3. De dataverzameling .....	37

2.3.4. Methodologische criteria.....	38
2.4. De focusgroep .....	38
2.4.1. Definitie en kenmerken van een focusgroep.....	38
2.4.2. De motivatie van onze keuze.....	39
2.4.3. De groepssamenstelling en het aantal groepen.....	40
2.4.4. De respondentenwerving.....	42
2.4.5. Het scenario van de focusgroep.....	43
2.4.5.1. Selectie van de thema's (operationalisering).....	43
2.4.5.2. Het opstellen van de vragenlijst.....	45
2.4.6. Transcriptie van de discussie.....	47
2.4.7. De analyse .....	48
2.4.8. De bijdrage van de computer in de kwalitatieve analyse.....	49
2.4.8.1. De basisprincipes van het computerprogramma Atlas-ti .....	50
2.4.8.2. De procedure van het analyseren .....	50
2.5. Samenvatting.....	52
Hoofdstuk 3: De resultaten .....	53
3.1. Inleiding .....	53
3.2. De respondenten.....	53
3.2.1. Een moeizame respondentenwerving .....	53
3.2.1.1. Respondentenwerving via de ledenlijst.....	54
3.2.1.2. Het aanschrijven van rust- en verzorgingstehuizen .....	54
3.2.1.3. De 'piggyback' methode .....	55
3.2.2. Een algemeen beeld van de respondenten.....	56
3.3. De onderzoeksresultaten .....	57
3.3.1. Omschrijving van ontspoorde zorg en vormen .....	57
3.3.1.1. Algemene omschrijving van ontspoorde zorg .....	57
A) Te sterke gerichtheid naar de huishoudelijke (technische) taken.....	58
B) Het routinematig en ondoordacht werken .....	58
C) Het slecht hanteren van de regels of het ritme van het huis .....	59
D) De vage grensoverschrijding .....	60
E) Gebrek aan kwaliteitszorg .....	61
F) Samenvatting.....	61
3.3.1.2. Vormen van ontspoorde zorg.....	62
A) Ontspoorde zorg op lichamelijk vlak.....	62
A1) Fixatie.....	62
A2) Slecht medicatiegebruik .....	62
A3) Niet alle zorgen toedienen.....	64
A4) Vlug of gejaagd werken .....	64
A5) Ruw handelen tijdens de verzorging.....	65
A6) Lange wachttijd.....	65
B) Ontspoorde zorg op psychisch vlak .....	66
B1) Onvriendelijk zijn.....	66
B2) Roepen.....	66
B3) Bedreigen.....	66
B4) Infantiliseren of betuttelend behandelen .....	66
B5) Negeren.....	67
B6) Geen respect hebben.....	67
B7) Verhuizen.....	67
B8) Slecht management bij dementie .....	68

B9) Isoleren .....	68
C) Schending van rechten .....	69
C1) Schending van privacy .....	69
C2) Beperkte vrijheid.....	70
C3) Geen recht op zelfbeschikking.....	71
D) Samenvatting .....	71
3.3.2. De contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan.....	72
3.3.2.1. De interne attributies .....	72
A) Onmacht .....	72
B) Onkunde .....	73
C) Onwetendheid.....	74
D) Problemen in de privé- situatie.....	75
E) De doelgroep ligt hen niet .....	75
F) Samenvatting.....	76
3.3.2.2. De externe attributies .....	77
A) De personeelsbezetting .....	77
A1) De onderbezetting .....	77
A2) Geen geschikt personeel.....	78
B) Gebrek aan ondersteuning .....	79
B1) Geen ondersteuning van directie e.a. ....	79
B2) Geen ondersteuning van collega's .....	80
B3) Geen ondersteuning van familie .....	81
C) De dementerende bewoner .....	82
D) De rusthuiscultuur.....	83
E) Samenvatting .....	84
3.4. Conclusies uit de resultaten.....	85
Hoofdstuk 4: De discussie .....	89
4.1. Inleiding .....	89
4.2. Vergelijking van de resultaten met de literatuur .....	89
4.2.1. Overeenkomsten met de literatuur.....	89
4.2.2. Aanvullingen op de literatuur.....	91
4.3. De onderzoeksmethode kritisch bekeken.....	92
4.4. Aanbevelingen.....	93
Literatuurlijst .....	94
Lijst van bijlagen.....	99
Bijlage I: uitnodiging voor deelname aan de focusgroep.....	100
Deelnameformulier Focusgroep “ontspoorde zorg” .....	101
Bijlage II: Bedanking en concrete afspraak voor de focusgroep .....	103
Bijlage III: Lijsten met vormen van mishandeling volgens typologie .....	104
Fysieke mishandeling .....	104
Psychische mishandeling .....	105
Schending van rechten.....	106
Bijlage IV: Scenario van het focusgroep interview .....	107

## Inleiding

Ouderenmishandeling wordt de laatste jaren erkend als een ernstig sociaal probleem. Toch blijft het een uiterst gevoelig onderwerp. Vele mensen, waaronder ook zorgverleners, hebben het moeilijk wanneer ze met ouderenmishandeling geconfronteerd worden omdat dit thema netelige vragen oproept over hun eigen handelen. Praten over ouderenmishandeling betekent complexe zaken zoals ethiek, ideologie en cultuurgebonden mentaliteit aanraken. Er bestaat dan ook enige weerstand om over dergelijk onderwerp te praten (Krug e.a., 2002; Bakker e.a., 2000).

De Wereldgezondheidsorganisatie bracht in 2002 o.a. de problematiek rond ouderenmishandeling onder de aandacht ( via World Report on Violence and Health, Geneva). De belangrijkste reden om hiervan een aandachtspunt te maken, is het feit dat ouderen een bijzonder kwetsbare groep vormen. Ouderen bevinden zich vaak in een zeer afhankelijke positie ten opzichte van hun verzorgers wanneer ze niet meer in staat zijn zelf de dagdagelijkse verzorging uit te voeren en dat creëert omstandigheden waarin mishandeling een kans krijgt (Krug e.a., 2002; Pot, 2000).

De term 'ouderenmishandeling' is een beladen begrip. Van de Ven (1997) maakt een opdeling in twee grote deelgebieden: de grove, strafrechterlijke vormen van ouderenmishandeling (bijvoorbeeld slaan, verkrachting, geld verduisteren enz.) en de subtiele, minder spectaculaire vormen zoals overdreven infantiliseren, vrijheidsbeperking, geen privacy op toilet,... Deze laatste vorm wordt door Bakker e.a. (2000) ook 'ontspoorde zorg' genoemd en wordt beschouwd als een onopzettelijke grensoverschrijding, terwijl de term mishandeling eerder een moedwillige daad veronderstelt. De term 'ontspoorde zorg' wordt meestal gebruikt wanneer het om ongewenst gedrag van mantelzorgers gaat. Men wil hiermee aantonen dat de 'daders' eveneens als 'slachtoffers' kunnen worden beschouwd (Pot, 2000).

Wij vermoeden dat ontspoorde zorg niet enkel voorkomt in de thuissituatie maar eveneens bestaat binnen de intramurale zorgverlening. In 2002 registreerde de Rusthuisinfofoon van de Vlaamse Overheid 446 klachten over rusthuizen en RVT's, waarvan ongeveer de helft als gegrond werd beoordeeld. Het zijn voornamelijk klachten over rechten en vrijheden, klachten over dienstverlening in het algemeen en over verpleging en verzorging in het bijzonder.

Of deze klachten moeten beschouwd worden als ontspoorde zorg of als ouderenmishandeling kan uit dergelijk jaarverslag niet worden opgemaakt.



We sluiten ons dan ook aan bij de mening van Pot (2000), die stelt dat ontspoorde zorg van professionele hulpverleners binnen de woon- en zorgcentra onderbelicht is.

In België is de aandacht van onderzoekers voor ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening tot hiertoe beperkt gebleven tot de intentionele mishandeling van ouderen (Casman e.a., 1998; Peeraer, 1992). Deze onderzoeken benaderden het aspect van de mishandeling vanuit de oudere zelf, zijn familie of de sociale dienst.

Er zijn dus nog een aantal leemtes in het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. De ontspoorde zorg bij dementerende bewoners binnen de intramurale zorg werd volgens onze bronnen nog niet eerder onderzocht. Dementerenden worden beschouwd als mensen met een groot risico op mishandeling en/of ontspoorde zorg. De afhankelijkheid van hun verzorgers neemt toe naarmate hun cognitieve achteruitgang stijgt. Bijkomende fysieke problemen en gedragsstoornissen maken dat zorgen voor dementerende bewoners extra belastend kan worden (Cooney e.a., 1995).

Het zou dan ook interessant kunnen zijn om *'ontspoorde zorg bij dementerenden'* te belichten vanuit het gezichtspunt van de verpleegkundigen. Zij staan immers midden in het werkveld en kunnen waarschijnlijk vertellen hoe het komt dat zij in sommige situaties tot dergelijke handelingen overgaan. We willen dit te weten komen, niet zozeer om deze mensen met de vinger te wijzen, maar om aan te tonen dat binnen een verzorgings situatie een verschuiving van de normen van goede zorg kan ontstaan. Deze verschuiving zou risico's met zich meebrengen waardoor de oudere onbedoeld gekwetst kan worden of goede zorg kan worden onthouden (Bakker e.a., 2000).

We trachten met dit onderzoek na te gaan wat volgens verpleegkundigen ontspoorde zorg is en welke attributies zij hieraan koppelen.

Meer gegevens verwerven over de oorzaken kan een bijdrage leveren tot het verbeteren van een preventiebeleid, de bewustmaking van het probleem bij de directies, de overheid overtuigen dat ontspoorde zorg een reëel probleem is dat de nodige aandacht vereist, enz.

In het eerste hoofdstuk van deze licentiaatverhandeling trachten we een definitie van ontspoorde zorg, specifiek voor de intramurale zorgverlening op te stellen. We proberen hierbij ontspoorde zorg te nuanceren van ouderenmishandeling en doen dit aan de hand van de typologie waarin beide kunnen voorkomen. Verder wordt het theoretisch verklaringsmodel van Carl Pillemer uitgebreid toegelicht.

Het tweede hoofdstuk handelt over de onderzoeksmethode; het concept van de focusgroepen komt hierbij aan bod. De wijze van analyseren via het Atlas-ti programma wordt uiteengezet. De resultaten van dit onderzoek worden weergegeven in het derde hoofdstuk. We onderscheiden hierin twee grote blokken: wat verstaan de door ons bevraagde verpleegkundigen onder ontspoorde zorg en welke attributies kennen ze hieraan toe. Tot slot trachten we kritisch terug te blikken, zowel op de onderzoeksmethode als op de resultaten.

# Hoofdstuk 1: Theoretische uitgangspunten

## *Inleiding*

In dit hoofdstuk trachten we een kader op te stellen voor het begrip ‘ontspoorde zorg’ binnen de intramurale zorgverlening, zoals wij het zullen gebruiken binnen ons onderzoek.

Het is echter een begripsomschrijving geworden die niet kant-en-klaar uit de literatuur kon worden overgenomen. We moesten dan ook een aantal zijwegen bewandelen om tot ons uiteindelijke begrippenkader te komen.

De literatuurstudie die wij ondernamen, leerde ons dat er geen vastomlijnde definitie van ontspoorde zorg bestaat. Het werd ons duidelijk dat dit begrip gehanteerd wordt binnen de omschrijving van ouderenmishandeling in de thuiszorg. Het leek ons dan ook een goed uitgangspunt om in het eerste deel te vertrekken van een algemene omschrijving van ouderenmishandeling in de thuiszorg en waar ontspoorde zorg zich hierbinnen situeert. We doen dit aan de hand van een algemene definitie over ouderenmishandeling binnen de extramurale zorgverlening en geven daar ook de verschillende vormen van weer. Verder wordt het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg binnen de thuiszorg toegelicht.

In het tweede deel willen we dichter naar ons onderzoeksterrein toe gaan en schetsen we wat ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening is aan de hand van de meest gangbare definities en typologie. We trachten ook de grijze zone tussen ouderenmishandeling en ontspoorde zorg weer te geven.

In het laatste stuk komt ons theoretisch kader aan bod. We willen hiermee verduidelijken wat in ons onderzoek verstaan kan worden onder ‘ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening’. We trachten hiervoor een definitie op te stellen aan de hand van een aantal kenmerken van ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening. Verder proberen we een theoretisch kader te maken voor het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg. We houden rekening met de inzichten die we verworven hadden vanuit de literatuur over ontspoorde zorg in de extramurale zorgverlening. Deze inzichten gaan we aanvullen met het verklaringsmodel over mishandeling in de intramurale zorgverlening van Carl Pillemer.

We gaan nu eerst dieper in op wat men onder ontspoorde zorg verstaat binnen de extramurale zorgverlening.

## **1.2. Van ouderenmishandeling tot ontspoorde zorg in de extramurale zorgverlening**

### **1.2.1. Algemene definitie van ouderenmishandeling**

De term ‘ouderenmishandeling’ is een beladen begrip. Er wordt al vlug bij het woord ‘mishandeling’ gedacht aan fysiek geweld met lichamelijk letsel tot gevolg (Comijs e.a., 1998). Ouderen kunnen echter ook te maken krijgen met bijvoorbeeld verbale agressie, financiële benadeling, verwaarlozing en zo meer. Deze verschillende vormen komen uitgebreid aan bod in punt 1.2.2. Het begrip ouderenmishandeling wordt hoofdzakelijk gerelateerd aan een situatie binnen het gezin, net als bij kinder- en vrouwenmishandeling (Everaerts e.a., 1993). Het komt echter ook voor binnen de intramurale zorgverlening. We vertrekken voor onze zoektocht in de literatuur vanuit een algemene definitie omtrent ouderenmishandeling, zoals ze gehanteerd wordt binnen de extramurale zorgverlening.

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) hanteert voor de omschrijving van ouderenmishandeling de volgende definitie: *“Onder mishandeling van een oudere persoon (iemand van 65 jaar of ouder) verstaan wij al het handelen of het nalaten van handelen van al diegenen die in een persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk zal lijden, en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid”* (Everaerts e.a., 1993, p. 11).

Deze definitie is erg breed en kan zowel toegepast worden op mishandeling binnen de thuiszorg als binnen de intramurale zorgverlening. Men zou uit deze definitie kunnen afleiden dat ouderenmishandeling een verzamelbegrip is voor diverse vormen van ongewenst gedrag tegenover ouderen door bekenden (Comijs e.a., 1998). Dit is echter een te vage omschrijving en een verdere verduidelijking van deze ‘diverse vormen van ongewenst gedrag’ is dan ook aangewezen, wat we hieronder zullen doen.

## **1.2.2. Vormen van ouderenmishandeling en hun verband met ontspoorde zorg**

Ouderenmishandeling binnen de thuiszorg kan op tal van manieren voorkomen. Ze kan het gevolg zijn van een moedwillige daad; de intentie om schade te berokkenen. Maar soms gaat het om een uit de hand gelopen situatie. In deze verscheidenheid aan situaties maakt een aantal auteurs toch een onderverdeling in een zestal verschijningsvormen van mishandeling: volgens hen bestaat er fysieke, psychische, seksuele en financiële mishandeling, verwaarlozing en schending van rechten (Manthorpe, 2002; Bakker e.a., 2000; Everaerts e.a., 1993).

Deze verschillende verschijningsvormen kunnen niet altijd strikt van elkaar worden gescheiden. Sommige vormen van ouderenmishandeling komen tegelijkertijd voor, soms impliceert de ene vorm de andere. Dit zal duidelijk worden wanneer we de verschillende vormen één voor één uitdiepen.

### **1.2.2.1. Fysieke of lichamelijke mishandeling**

Hieronder verstaat men slaan, schoppen, knijpen, vastbinden, drogeren... De oudere vertoont lichamelijke symptomen, zoals blauwe plekken, zwellingen, fracturen, brandwonden en dergelijke, ten gevolge van bovenstaande handelingen (NIZW, 2003; Bakker e.a., 2000; Everaerts e.a., 1993).

Dergelijke fysieke geweldpleging kan bewust gebeuren, met de intentie om schade (pijn) te berokkenen (Everaerts e.a., 1993). Het is echter ook mogelijk dat de zorgsituatie voor de zorgdrager (mantelzorger) zo drukkend wordt, dat deze de eigen grenzen overschrijdt alsook de grenzen van de zorgvrager. Er wordt dus buiten de grenzen van goede zorg getreden. In dergelijk geval spreken Bakker e.a. (2000) over 'ontspoorde zorg'.

### **1.2.2.2. Psychische mishandeling**

Bij deze vorm van mishandeling is er sprake van treiteren, vernederen, bedreigen, beledigen, pesten, intimideren enzovoort. Voor de oudere kan dit leiden tot een gevoel van angst, woede, verdriet, schuchterheid of apathie (NIZW, 2003; Bakker e.a., 2000; Everaerts e.a., 1993).

Het opzettelijk plegen van dergelijke handelingen, het hebben van kwade bedoelingen maakt dat Everaerts e.a. (1993) spreken over mishandeling. Indien de handelingen gebeuren uit machteloosheid zullen Bakker e.a. (2000) de term 'ontspoorde zorg' gebruiken.

### **1.2.2.3. Seksuele mishandeling**

Ongewenste handtastelijkheden en verkrachting zijn voorbeelden van seksuele mishandeling met lijfelijk contact. Er bestaan ook vormen van seksueel misbruik zonder lijfelijk contact zoals exhibitionisme, ongewenst creëren van een seksuele sfeer en het ongewenst confronteren met pornografisch materiaal (NIZW, 2003; Bakker e.a., 2000; Everaerts e.a., 1993). Bij deze vorm wordt in de door ons gelezen literatuur geen link gelegd naar ontspoorde zorg.

### **1.2.2.4. Financiële mishandeling**

Hier gaat het om het wegnemen of profiteren van bezittingen van de oudere. Te denken valt aan: diefstal van geld en juwelen, misbruik maken van volmachten, afpersen en dergelijke meer. De auteurs spreken hier over de opzettelijkheid van het gedrag; het handelen om er zelf materieel beter van te worden. In dergelijke situatie is er geen sprake van ontspoorde zorg, maar gaat het werkelijk over mishandeling (Bakker e.a., 2000; Everaerts e.a., 1993).

### **1.2.2.5. Verwaarlozing**

Een oudere kan verwaarloosd worden op lichamelijk gebied: er is onvoldoende voor voedsel of drank gezorgd, er is onvoldoende persoonlijke of huiselijke hygiëne of er worden niet voldoende medische zorgen geboden.

Emotionele verwaarlozing kan optreden wanneer de verzorger bijvoorbeeld geen aandacht aan de oudere schenkt (NIZW, 2003; Bakker e.a., 2000).

Everaerts e.a. (1993) maken een onderscheid tussen actieve en passieve verwaarlozing. Zij beschouwen actieve verwaarlozing als een opzettelijke actie waardoor ze volgens hen onder mishandeling valt. Passieve verwaarlozing kan uit nalatigheid of onwetendheid gebeuren. Deze laatste vorm zou kunnen beschouwd worden als ontspoorde zorg.

### **1.2.2.6. Schending van rechten**

Hiervan is sprake wanneer de rechten van de ouderen, zoals het recht op vrijheid, zelfbeschikking en/of privacy, worden ingeperkt (NIZW, 2003; Bakker e.a., 2000). De auteurs maken geen melding of hier sprake kan zijn van ontspoorde zorg of niet.

Uit deze opsomming kunnen we afleiden dat binnen de ouderenmishandeling de 'ontspoorde zorg' een aparte problematiek omvat. In dit geval lijkt de mishandeling niet altijd zo bedoeld, niet altijd intentioneel. Zo is er bij ontspoorde zorg meestal sprake van overbelaste mantelzorg en gebeurt de mishandeling onder andere uit onmacht en heeft ze weinig te maken met

wreedheid of eigenbelang. Om de ontspoorde zorg binnen de extramurale hulpverlening nog meer te verduidelijken, lijkt het ons nodig om in het volgende gedeelte het ontstaansmechanisme toe te lichten.

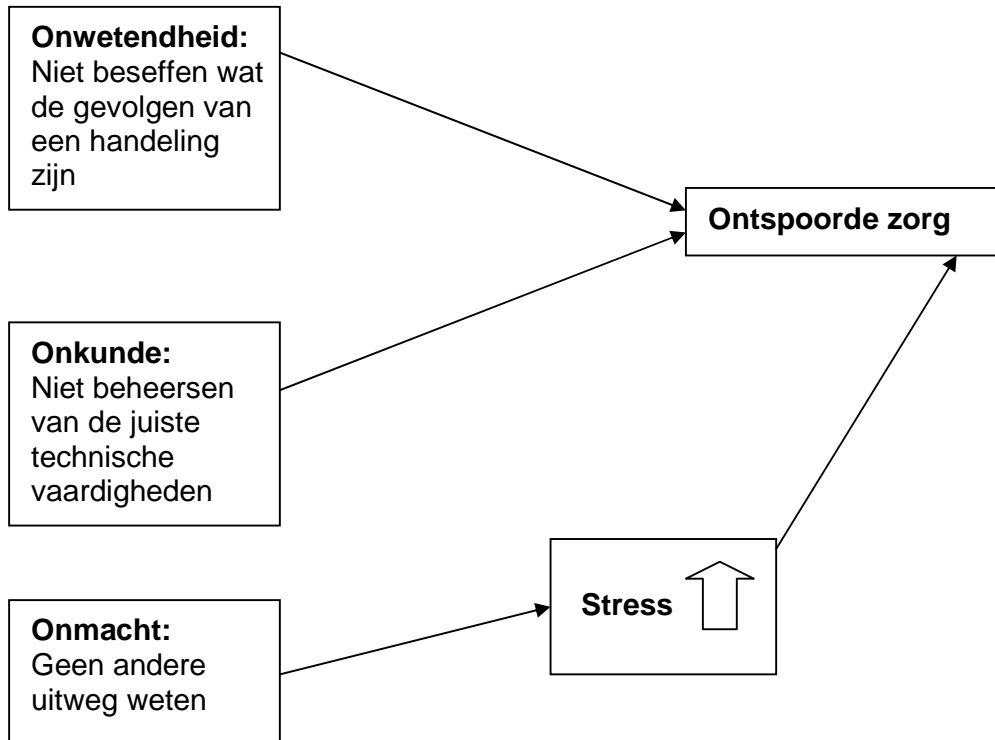
### **1.2.3. Het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg**

In het voorgaande stuk zijn de verschillende vormen van ouderenmishandeling beschreven. Naast verschillen zijn er ook overeenkomsten te ontdekken tussen deze vormen, vooral dan wat betreft de ontstaansmechanismen. In de meeste gevallen is er sprake van opzettelijkheid; de oudere wordt bewust op een ongepaste manier behandeld. De meeste mensen zullen bij het woord 'mishandeling' denken aan dergelijke expliciete vorm van grensoverschrijding. Toch gebeuren deze grensoverschrijdingen niet altijd intentioneel. In dat geval kan er sprake zijn van overbelaste mantelzorg of ontspoorde zorg (Bakker e.a., 2000).

Het uit de hand lopen van een verzorgingssituatie heeft veelal te maken met een overbelasting van de zorgverlener. Dergelijke overbelasting kan resulteren in een ontlading van stress. Delescen spreekt in dit geval over een dysbalans in de zorgrelatie (1989, geciteerd door Everaerts e.a., 1993). Een dysbalans komt tot uiting wanneer de zorgvraag de zorgverlening overtreft. Dit laatste kan in allerlei situaties voorkomen bijvoorbeeld wanneer er te weinig kennis is betreffende het ziektebeeld van de zorgvrager, wanneer de zorgafhankelijkheid van de zorgvrager te groot wordt op lichamelijk of cognitief vlak, wanneer de zorgoriëntatie niet duidelijk is of wanneer men zich hier niet kan mee vereenzelvigen. Het gevolg is dat de zorgverlener het gevoel heeft dat hij tekortschiet en zich bijgevolg machteloos en schuldig voelt. Deze gevoelens versterken de spanningen en dus ook de dysbalans. De kans op ontspoorde zorg of op mishandeling ontstaat.

Een goede aanvulling op de theorie van Delescen vormt dit van Bakker e.a. (2000). Ook deze auteurs spreken over overbelasting waardoor een situatie uit de hand kan lopen.

In hun model beschrijven zij ontspoorde zorg als een niet-intentionele, niet-expliciete vorm van grensoverschrijding. Binnen de zorgsituatie kan een verschuiving van de 'normen voor goede zorg' optreden. De zorglast wordt alsmaar zwaarder en de manier van zorgen verschuift langzaam mee. Bij ontspoorde zorg gaan de zorgverleners over de schreef uit onwetendheid, onkunde of onmacht.



Uit dit schema komt het verschil tussen onmacht en onwetendheid/onkunde duidelijk naar voor. Bij onmacht *weet* de zorgverlener dat hij grenzen overschrijdt. Dit betekent echter niet dat hij dit ongewenste gedrag gemakkelijk achterwege kan laten.

Bakker e.a. citeren (2000, p. 34): “*Handelen uit onmacht gebeurt waarschijnlijk nog het meest. Mensen kunnen met een situatie niet uit de voeten, voelen zich klemgezet en gaan over de schreef.*”

In de literatuur over ouderenmishandeling is het intentionele of doelbewuste handelen dikwijls een punt van discussie. Mishandeling impliceert al vlug een opzettelijke daad. Mogen we de onopzettelijke grensoverschrijding of ontspoorde zorg dan niet tot mishandeling rekenen? Het lijkt ons duidelijk dat de grens tussen ontspoorde zorg en ouderenmishandeling niet zo scherp is. De mate van intentionaliteit van de ‘dader’ en de schade die het ‘slachtoffer’ ondervindt, kan variëren. Ouderenmishandeling en ontspoorde zorg zijn daarom niet volledig van elkaar los te koppelen. De negatieve connotatie van het begrip ‘mishandeling’ maakt dat sommige auteurs voor ongewenst gedrag door overbelaste mantelzorgers of door onmacht de term ‘ontspoorde zorg’ prefereren. Zij willen hiermee aantonen dat in dergelijke situaties de



‘daders’ evenzeer ‘slachtoffers’ kunnen zijn door de grote zorgvraag die zij trachten in te vullen (Bakker e.a., 2000; Comijs e.a., 1998).

We kunnen ons nu een beeld vormen over ontspoorde zorg binnen de extramurale zorgverlening. In het kader van deze thesis trachten we te weten te komen of dit beeld ook van toepassing is op de intramurale zorgverlening. Om de vergelijking te kunnen maken, vonden we het nodig te vertrekken vanuit een gelijksoortig standpunt en stellen we ons de volgende vragen: “Wat omvat ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening?”, “Onder welke vormen kan ze voorkomen?” en “Is er eveneens een verband met ontspoorde zorg?”.

Op deze vragen wordt hieronder achtereenvolgens ingegaan.

### ***1.3. Van ouderenmishandeling tot ontspoorde zorg in de intramurale zorgverlening***

#### **1.3.1. Definiëring en typologie**

De algemene definitie van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (zie punt 1.2.1.) is volgens ons te algemeen om te specificeren wat kan verstaan worden onder ouderenmishandeling binnen een institutionele setting.

De thuissituatie kan immers niet altijd vergeleken worden met bijvoorbeeld een verblijf in een woon- en zorgcentrum. Het institutionele karakter beïnvloedt zowel de personen die er wonen als diegenen die er werken. De beperkte woon- en leefruimten, het gemeenschappelijke ritme, het beperkte privé-leven maakt dat het begrip ouderenmishandeling op een andere manier kan worden ingekleurd dan in de thuissituatie (Casman e.a., 1998). De verschillen tussen de leefsituatie van de oudere thuis en de oudere in een verzorgingshuis maken dan ook dat de context met betrekking tot het ontstaan van mishandeling verschilt (Milisen e.a., 2002).

Het struinen door een aantal definities zal dan ook noodzakelijk zijn om de verschillende accenten tussen mishandeling in de intramurale en extramurale zorgverlening duidelijk te maken en te kijken of ook hier sprake kan zijn van ontspoorde zorg. We bekijken hiervoor achtereenvolgens drie omschrijvingen van dichterbij: een algemene omschrijving van ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening, de definitie van Carl Pillemer

omtrent verminderde kwaliteitszorg en ten slotte een omschrijving aangaande het institutioneel geweld. We verkozen deze drie omschrijvingen omdat ze accenten leggen op de definiëring van ouderenmishandeling, die specifiek gelden voor de intramurale zorgverlening. We gaan nu eerst in op de algemene omschrijving van ouderenmishandeling.

### **1.3.1.1. Algemene definitie van ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening**

In de Verenigde Staten hanteert men o.a. de volgende omschrijving voor ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening, namelijk “*alle vormen van slechte behandeling van een oudere persoon die 60 is of ouder en afhankelijk van professionele zorgverlening, die plaatsgrijpt binnen de institutionele setting*” (McDaniel, 1997, p. 1). Deze definitie werd voorgesteld door ‘The National Aging Resource Center On Elder Abuse’.

Wat er onder ‘alle vormen van slechte behandeling’ wordt verstaan, wordt verder gespecificeerd door het departement van volksgezondheid in de Verenigde Staten. Zo komt men tot een vijftal vormen of types van mishandeling, die we ook terugvinden bij ouderenmishandeling binnen de mantelzorg. Deze vormen zijn (McDaniel, 1997):

- fysieke mishandeling, waaronder zij ook misbruik van fixatie rekenen;
- psychische mishandeling;
- seksuele mishandeling;
- financiële mishandeling;
- verwaarlozing, waarbij eveneens een onderscheid wordt gemaakt tussen lichamelijke en emotionele verwaarlozing.

In de literatuur over ouderenmishandeling binnen de thuiszorg merkten we op dat bij de fysieke en psychische mishandeling en bij de verwaarlozing sprake is van ontspoorde zorg wanneer de mishandeling niet gebeurt vanuit kwade bedoeling. Dit kunnen we niet direct terugvinden in de literatuur over ouderenmishandeling in de intramurale setting.

Enkel wanneer het gaat over verwaarlozing zal o.a. Woolf (1998) een onderscheid maken in het intentionele van de handeling. Dit is voor ons onderzoek een belangrijk punt omdat het ons zal leiden naar ‘ontspoorde zorg’ binnen de intramurale zorgverlening.

Woolf (1998) en het National Citizens Coalition for Nursing Home Reform (NCCNHR, 2003) spreken over een actieve en passieve vorm van verwaarlozing binnen de intramurale zorgverlening. Met actieve verwaarlozing wordt het bewust nalaten van goede zorgen bedoeld. Bij passieve verwaarlozing gebeurt het verzuim niet vanuit de intentie schade te

berokkenen aan de oudere. Meestal komt dit voor in een situatie waar de zorgverstrekker overbevraagd wordt, of wanneer hij niet voldoende op de hoogte is van de juiste zorgstrategieën, aldus Woolf (1998). We herkennen hierin de drie risicofactoren - onmacht, onkunde en onwetendheid – die volgens Bakker e.a. (2000) tot ontspoorde zorg kunnen leiden.

Zij geven ook een aantal voorbeelden van verwaarlozing zonder hierbij onderscheid te maken tussen actieve en passieve verwaarlozing (NCCNHR, 2003; Woolf, 1998): onvoldoende hulp bieden bij de maaltijd, gebrek aan hygiëne bij de verzorging, residenten laten zitten met een natte pamber aan, gebrek aan management van gedragsstoornissen bij Alzheimerpatiënten, enz. Deze voorbeelden zouden dus zowel als mishandeling dan als ontspoorde zorg kunnen worden beschouwd.

In bovenstaande definitie spreekt men over ‘slechte behandeling of zorg’. Dit kan impliceren dat ook het tegendeel bestaat, namelijk ‘goede zorg’. In de literatuur spreekt o.a. Donabedian (1980) over ‘kwaliteitszorg’, wanneer het gaat over goede zorg binnen de intramurale zorgverlening. Ditzelfde vinden we terug in het Vlaamse decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen van 16 april 1997. Dit decreet beperkt zich tot twee kernverplichtingen. Met name, enerzijds de verplichting om aan de ‘gebruikers van de voorzieningen’ een verantwoorde hulp- en dienstverlening te bieden en anderzijds de eis die betrekking heeft op het voeren van een systematisch en aantoonbaar kwaliteitsbeleid. Aan het begrip ‘verantwoorde hulp- en dienstverlening’ werd invulling gegeven door het bepalen van de minimumkwaliteit die een gebruiker gegarandeerd kan worden. Deze minimale kwaliteit van zorg werd vastgelegd en uitgeschreven als Sectorspecifieke Minimale Kwaliteitseisen (S.M.K.S.) (Bulckens, 2001; Vogels e.a., 1999).

We zien de term ‘kwaliteitszorg’ ook terugkomen in de omschrijving van ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening door Carl Pillemer. We zullen deze hieronder dan ook verder uitdiepen.

### **1.3.1.2. De definitie van Carl Pillemer**

De Amerikaan, Carl Pillemer, is één van de eerste auteurs die uitgebreid onderzoek heeft gedaan naar ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening (Peeraer, 1992). Zijn specifieke gerichtheid naar de setting waar de mishandeling plaatsgrijpt, maakt dat we in het kader van deze licentiaatverhandeling niet aan zijn standpunten kunnen voorbijgaan.

Pillemer (1988, p. 228) beschouwt ouderenmishandeling binnen de residentiële setting als *“een afwijking van de verwachte norm voor kwaliteitszorg”* of meer bepaald *“een afwijking van de sociaal geaccepteerde normen binnen het interpersoonlijke proces tussen personeel en resident”*.

Hij steunt hierbij op wat Donabedian (1980) ‘interpersoonlijke zorg’ noemt. Hiermee wordt het sociaal en persoonlijk interactieproces tussen zorgverlener en patiënt bedoeld. Donabedian (1980) beweert dat dergelijke interactie moet voldoen aan sociaal gedefinieerde waarden en normen, waarbij de ethische principes van de zorgverleners en de verwachtingen van de patiënt mee bepalend zijn.

Met andere woorden: goede interpersoonlijke zorg heeft te maken met de manier waarop een zorgverlener omgaat met de patiënt. Hij moet dit doen op een wellevende manier, met respect voor de autonomie en privacy van de patiënt. Hij is bereid uitleg te geven, gerust te stellen en op een onvoorwaardelijke manier de patiënt, zijn ziekte en gedrag te accepteren. (Donabedian, 1980, geciteerd in Pillemer, 1988).

Pillemer (1988) stelt dat er maar sprake kan zijn van ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening, wanneer men afwijkt van de sociaal geaccepteerde normen met de bedoeling de resident schade te berokkenen.

Op deze manier onderscheidt hij drie vormen van mishandeling (Pillemer & Finkelhor, 1988):

- fysieke mishandeling waarbij het gedrag de bedoeling heeft lichamelijke pijn of verwondingen te veroorzaken;
- psychologische mishandeling, zoals bedreigen of beledigen, duidt op een handeling die bedoeld is de andere persoon emotionele schade te berokkenen;
- verwaarlozing wordt gezien als het opzettelijk nalaten de resident goede zorg te verlenen. Als voorbeeld geeft Pillemer ‘geen hulp bieden bij de dagelijkse activiteiten’.

Als we de redenering volgen dat ontspoorde zorg niet de bedoeling heeft schade te berokkenen aan de bewoner, kunnen we uit het voorgaande afleiden dat de definitie van Pillemer enkel van toepassing is op de ‘zuivere mishandeling’. Dit omwille van het feit dat hij expliciet spreekt over een ‘opzettelijke handeling’. Maar is dit altijd zo?

De termen ‘gebrek aan goede zorg’, ‘gebrekkige kwaliteitszorg’ en ‘verwaarlozing’ worden in de literatuur regelmatig door elkaar gebruikt. Zo beschouwt het NCCNHR (2003) verwaarlozing als het nalaten om goede zorg te dragen voor een resident of het verzuim te

reageren op een voor de resident schadelijke situatie. Andere auteurs zoals Hawes (2002) en Milisen (2002) wijzen erop dat men moeilijk een onderscheid kan maken tussen verwaarlozing en slechte kwaliteit van zorg. Kan vanuit dit standpunt aangenomen worden dat ook slechte kwaliteitszorg niet intentioneel kan gebeuren en zodoende als ontspoorde zorg kan worden beschouwd? Ons onderzoek brengt misschien meer klaarheid op deze vraag.

In de inleiding van dit deel werd aangetoond dat het zorgen voor een persoon in de thuissituatie wel degelijk kan verschillen van het verzorgen van een persoon in een woon- en zorgcentrum. De specifieke context van het leven in een instelling maakt dat er plaats is voor een andere vorm van mishandeling: het institutioneel geweld. Deze vorm van mishandeling wordt hieronder verder toegelicht.

### **1.3.1.3. Het institutioneel geweld**

Jill Manthorpe (2002) beschrijft in haar onderzoek het institutioneel geweld als machtsmisbruik van de instelling, waardoor de bewoner geen eigen keuze meer heeft, geen invloed, zelfbeschikking of waardigheid.

Casman e.a. (1998) schrijven institutioneel geweld toe aan organisatorische beperkingen en regels die onvermijdelijk zijn wanneer een groep mensen samenleeft. Deze regels kunnen door de bewoners ervaren worden als een aantasting van hun integriteit, ongeacht of de intentie kwetsend is of niet.

Het probleem is dat niet alleen de bewoners maar ook het personeel soms machteloos staan tegenover deze regels. Dit betekent echter niet dat deze laatsten zich mogen verschuilen achter 'organisatorische beperkingen' en dat zij zich op deze manier van hun verantwoordelijkheid tot het bieden van kwaliteitszorg kunnen ontdoen.

Indien zij zich toch laten leiden door die machteloosheid, is er dan sprake van ontspoorde zorg of van mishandeling? Volgens onze bronnen geeft de literatuur hierover geen duidelijkheid.

Er kan misschien meer klaarheid komen door de bestaande vormen van institutioneel geweld toe te lichten. Casman e.a. (1998) onderscheiden drie vormen van institutioneel geweld, die als volgt kunnen worden samengevat:

- Gebrek aan privacy: het binnenkomen van verpleging onmiddellijk na het aankloppen, het plaatsen van wc-stoelen in de open ruimte tussen de bedden op een tweepersoonskamer, gebrek aan ruimte om een vertrouwelijk gesprek te voeren, enz.

- Structurele vrijheidsbeperkingen: het rusthuis mogen verlaten enkel na toelating van personeel of het terug binnen moeten zijn op een bepaald uur, het zelf niet kunnen kiezen in welke ruimte de resident binnenshuis zijn tijd doorbrengt,...
- Gebrek aan aandacht voor de persoon en voor zijn individuele behoeften: het feit dat er soms eenzijdige aandacht is voor de lichamelijke verzorging, waarbij de sociale en de emotionele behoeften van de oudere uit het oog verloren worden, gebrek aan vriendelijkheid en respect, vaste uren voor het toiletbezoek, op een vast uur moeten gaan slapen, enz.

Het institutioneel geweld zou ook onder de noemer van 'schending van rechten' kunnen vallen, zoals bij de mishandeling in de thuiszorg. De basisrechten van een bewoner zijn het recht op vrijheid, zelfbeschikking en privacy. Soms leggen zorgverleners beperkingen in deze basisrechten op ter bescherming van de bewoner. De vraag is waar de grens ligt tussen 'beschermen' en 'schenden van rechten'. Het is duidelijk dat deze grens zeer vaag is.

Bij het optreden van institutioneel geweld lijkt het alsof de basisrechten van oudere mensen minder belangrijk zijn dan die van andere volwassenen. Sommigen schrijven het toe aan de waarden van de Westerse maatschappij. Alle aandacht gaat naar jonge en gezonde mensen, waardoor ouderen met minder respect worden bekeken (Verrijcken, 2003; Bakker e.a., 2000). Deze negatieve houding ten opzichte van ouderen kan volgens Decalmer e.a. tot uiting komen in een viertal vormen van institutioneel geweld (1994). De eerste vorm is het kinderachtig behandelen of de bewoner behandelen als een te bemoederen kind. Ten tweede noemen zij de 'depersonalisatie'. Decalmer e.a. (1994) bedoelen hiermee zorg verlenen 'aan de lopende band', zonder oog te hebben voor de individuele noden van de resident. Het inhumain behandelen ofwel de oudere persoon negeren, hem geen privacy gunnen, zijn mogelijkheid om beslissingen te nemen ondermijnen, wordt als de derde vorm van institutioneel geweld genoemd door deze auteurs. De vierde vorm van institutioneel geweld is volgens hen de oudere tot slachtoffer maken door zijn fysieke en morele integriteit aan te tasten. Dit kan bijvoorbeeld door de resident te bedreigen, te intimideren, te straffen, enz.

We merken ook hier weer op dat er in de literatuur soms sprake is van begripsverwarring. Is aantasting van iemands integriteit hetzelfde als psychische mishandeling? Of wat is het verschil tussen depersonalisatie en emotionele verwaarlozing?

Als hieromtrent geen duidelijke afbakening bestaat, waar ligt dan de grens tussen ontspoorde zorg en ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening?

Momenteel is in de door ons gelezen literatuur hierover geen uitsluitsel te vinden. We proberen in het volgende stuk duidelijk te maken waarom de grens tussen ontspoorde zorg en ouderenmishandeling zo onduidelijk is.

### **1.3.2. De grijze zone tussen ontspoorde zorg en ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening**

In de speurtocht naar een afgebakende definitie voor ontspoorde zorg, valt het op dat deze term momenteel enkel gehanteerd wordt bij het beschrijven van verschillende vormen van ouderenmishandeling binnen de thuiszorg of mantelzorg. In de literatuur over ouderenmishandeling binnen de residentiële zorg komt deze term volgens onze bronnen niet voor. Het tweede aspect waardoor ontspoorde zorg moeilijk te plaatsen is, heeft te maken met begripsverwarring. Bakker e.a. (2002) beschouwen ontspoorde zorg als een vorm van ouderenmishandeling, waarbij de grensoverschrijding niet altijd duidelijk of intentioneel is (cf., 1.2.3.). Diezelfde begripsverwarring treedt ook op wanneer er getracht wordt ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening te omschrijven.

Een derde moeilijkheid betreft het feit dat alle vormen van ouderenmishandeling ‘grensoverschrijdingen’ zijn. Voor enkele welbepaalde vormen is het voor iedereen duidelijk waar die grenzen liggen. In dit geval spreekt Van de Ven (1997) over de grove, strafrechterlijke vormen van mishandeling (zie Inleiding). Bij de andere, meer subtiele, minder spectaculaire vormen zoals overdreven infantilisering, vrijheidsbeperking, geen privacy op toilet,... liggen de grenzen minder scherp. Het betreft dan de persoonlijke beleving van de oudere en/of de verzorger. Wat de één normaal vindt, is voor de ander onaanvaardbaar. Sommige ervaringen maken op de ene persoon een overweldigende indruk, terwijl de andere er zijn schouders bij ophaalt (Bakker e.a., 2002; Everaerts e.a.,1993). Deze persoonlijke grensoverschrijding maakt dat er een grijze zone is waarin het niet altijd duidelijk zal zijn of men werkelijk van ontsporing en/of mishandeling kan spreken of niet.

Naast het feit dat ontspoorde zorg (en ouderenmishandeling) moeilijk te definiëren is, rust er ook een taboe op. Het heeft te maken met intense gevoelens van medelijden met het slachtoffer en woede tegenover diegenen die mishandelen. *“Wat het probleem moeilijker maakt, is het feit dat we ons praktisch allemaal – bewust of onbewust - wel eens schuldig maken aan mishandeling. Daardoor ontstaat een schuldgevoel en ook angst voor wat wij*

*anderen aandoen of zouden kunnen aandoen. Daarom praten wij er liever niet over en houden we het maar in de taboesfeer.” (Valkenburg, 1990, p.9).*

Het is belangrijk te wijzen op het feit dat het werken binnen deze grijze zone een probleem is dat de ondertoon zal zetten in het hele onderzoek.

Wij menen nu voldoende achtergrondinformatie te hebben om een theoretisch kader te schetsen, van waaruit wij ontspoorde zorg zullen benaderen in ons onderzoek.

#### **1.4. Het theoretisch kader**

Uit voorgaande literatuurstudie over mishandeling en ontspoorde zorg in de thuiszorg en in de intramurale zorgverlening, denken wij te kunnen afleiden dat ontspoorde zorg een aparte problematiek is binnen de ouderenmishandeling. Vermits er over ontspoorde zorg in de intramurale zorgverlening op zich weinig of niets in de literatuur terug te vinden is, zullen wij trachten een theoretisch kader voor deze term op te stellen door een differentiatie te maken met mishandeling. We baseren ons hiervoor op kenmerken van ontspoorde zorg die we zowel in de intramurale als in de extramurale zorgverlening zullen terugvinden. De terminologie en het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg binnen de thuiszorg hebben we nodig omdat dit de enige bron is in de literatuur waar deze aspecten duidelijk omschreven staan. De differentiatie met mishandeling in de intramurale zorgverlening moeten we maken omdat de residentiële setting ons onderzoeksterrein zal worden.

Op deze manier bekomen we een viertal kenmerken van waaruit wij in het eerste luik van het volgende deel een definitie voor ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening trachten op te stellen.

Het tweede luik binnen dit deel zal handelen over het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening. We zullen hierbij het verklaringsmodel voor mishandeling in de intramurale zorgverlening verder uitdiepen en aanvullen met een aantal componenten die onder meer ook terug te vinden zijn in het model van Bakker e.a.(2000), dat het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg in de thuissituatie weergeeft.



### 1.4.1. De kenmerken en definitie van ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening

We herhalen nog even dat onze voorgaande literatuurstudie ons leert dat ontspoorde zorg een specifiek probleem vormt binnen de ouderenmishandeling. Dit laatste wordt als dusdanig beschreven door Bakker e.a. (2000) en Comijs e.a. (1998), die het dan hebben over ontsporing van zorgverlening in de thuissituatie. Wij nemen dit standpunt over voor ons onderzoek naar ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening, vermits onze zoektocht vanuit de literatuur over mishandeling moest vertrekken. We beschouwen dit als het eerste kenmerk van ontspoorde zorg, namelijk dat het een **specifiek probleem binnen de ouderenmishandeling** vormt.

Gezien we vertrekken vanuit ouderenmishandeling, moeten we trachten aan te geven waar het verschil ligt met ontspoorde zorg.

We menen dat elke vorm van ouderenmishandeling eigenlijk te maken heeft met een grensoverschrijding. Bij de subtielere vormen van mishandeling is de grens eerder vaag en zal deze afhangen van persoon tot persoon. Wat de ene ‘normaal’ vindt, accepteert een ander niet meer (Bakker e.a., 2000). Deze vage grensoverschrijding willen we in ons onderzoek als ontspoorde zorg beschouwen.

Dit brengt ons tot het tweede kenmerk van ontspoorde zorg: **Het kan een subtiele, minder spectaculaire vorm van mishandelen zijn, waarbij de grensoverschrijding niet intentioneel is.**

Vaak gebeurt de grensoverschrijding bij ontspoorde zorg niet intentioneel maar uit **onwetendheid, onkunde of onmacht**. Ze kan ook een gevolg zijn van een **overbelasting**. Het personeel in woon- en zorgcentra is verantwoordelijk voor dikwijls zwaar zorgbehoevende ouderen. De werkdruk kan ook voor hen zeer groot zijn (Milisen e.a., 2002; Bakker e.a., 2000). Dit ontstaansmechanisme wordt het derde kenmerk van ontspoorde zorg voor ons onderzoek.

Het zou echter te kortzichtig zijn om ontspoorde zorg enkel toe te schrijven aan onkunde, onmacht of onwetendheid. Sommige auteurs halen aan dat ontspoorde zorg ook te maken heeft met onze Westerse **waarden en normen**, wat meteen als vierde kenmerk van ontspoorde zorg kan worden beschouwd. Decalmer e.a. (1994) en Tarbox (1983) schrijven het

ontstaan van ontspoorde zorg toe aan het beeld dat verzorgers hebben van de oudere resident. Als enkel de lichamelijke en geestelijke achteruitgang van de oudere voor hen belangrijk is, dan zal dit voor de verzorgers een invloed hebben op de roldefinitie die zij de oudere zullen toekennen. Het leggen van contacten wordt dan beschouwd als moeilijk of wordt zelfs vermeden omdat verzorgers het als nutteloos ervaren. Verder wijzen auteurs erop dat de oudere enkel nog een negatieve rol heeft in de maatschappij. Hierdoor wordt ontspoord gedrag van de verzorgers soms vergoelijkt. (Verrijcken, 2002; Decalmer e.a., 1994; Tarbox, 1983).

Tegenwoordig wordt in de context van ouderenmishandeling en ontspoorde zorg ook de opmerking gemaakt dat ouderen mondiger en veeleisender zijn en dat het toch wel begrijpelijk is dat een zorgverlener soms buiten zijn grenzen gaat. Dergelijke uitspraken leggen een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor de ontspoorde zorg bij de ouderen zelf. Nochtans weegt het probleem van ontspoorde zorg genoeg door zodat het niet op dergelijke manier moet gebagatelliseerd worden (Milisen e.a., 2002).

De voorgaande kenmerken samenvattend, komen we tot de volgende definitie die zal dienen als werkinstrument tijdens de bevraging van onze respondenten:

Ontspoorde zorg kan beschouwd worden als een subtiele, minder spectaculaire vorm van mishandeling, waarbij de interpersoonlijke grensoverschrijding niet zozeer intentioneel gebeurt dan wel door onmacht, onkunde of onwetendheid. De interpretatie die men aan de grensoverschrijding toeschrijft, zal verschillen naargelang de waarden en normen die ‘dader’ en/of het ‘slachtoffer’ hanteren.
--

Op deze manier hebben we nu een theoretisch kader voor de term ‘ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening’. We merken echter op dat de term niet echt kan worden losgekoppeld van het ontstaansmechanisme. We vinden het dan ook noodzakelijk om ook dit ontstaansmechanisme in een theoretisch kader uit te tekenen.

We zullen hieronder het theoretisch verklaringsmodel voor ouderenmishandeling van Pillemer (1988) uitdiepen en aanvullen met, naar ons inziens, relevante risicofactoren voor het ontstaan van ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening.

### **1.4.2. De context van ontspoorde zorg binnen het theoretisch model van Carl Pillemer**

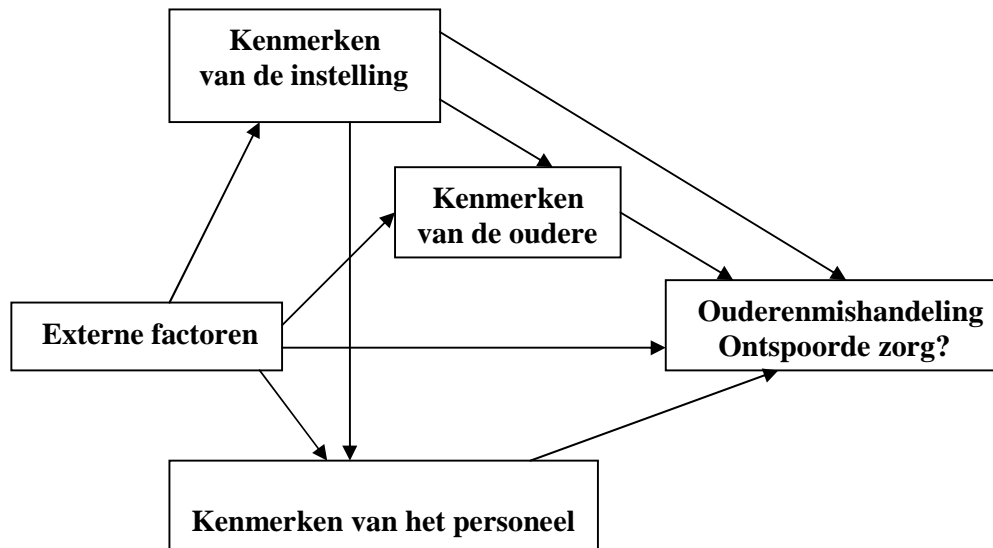
In de literatuur hebben we maar één model teruggevonden dat ouderenmishandeling binnen de intramurale zorgverlening tracht te verklaren, namelijk dat van Carl Pillemer (1988).

Vermits we ontspoorde zorg in dit onderzoek beschouwen als een specifieke vorm van mishandeling, kan dit model als uitgangspunt dienen voor de beschrijving van risicofactoren voor ontspoorde zorg.

Bakker e.a. (2000) verkiezen eerder te spreken over ‘contexten’ waarin ontspoorde zorg kan optreden, in plaats van te praten over ‘risicofactoren’. Het is volgens hen belangrijk te realiseren dat een bepaalde context geen voorwaarde is voor ontspoorde zorg en dus ook geen voorspellende waarde heeft. Een risico houdt per definitie ook geen zekerheid in. Toch roept het woord associaties met te verwachten gebeurtenissen op. Dit wekt de indruk van een oorzakelijk verband, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Er kunnen situaties bestaan waarin alle beschreven contexten voorkomen en waarbij toch geen ontspoorde zorg plaatsgrijpt (Bakker e.a., 2000).

Hierna volgen beschrijvingen van verschillende contexten waarin ontspoorde zorg gemakkelijker kan ontstaan. Deze kunnen opgedeeld worden in vier componenten namelijk de instelling, de externe factoren, het personeel en de oudere.

Pillemer (1988) vertrekt vanuit een schematisch model (zie figuur) waarbinnen deze componenten een rol spelen. Hij zegt dat het slecht behandelen van een bewoner het resultaat is van kenmerken die aanwezig zijn bij personeelsleden en bij bewoners. Deze kenmerken kunnen bovendien beïnvloed worden door het rusthuismilieu en sommige externe factoren. Vanuit deze redenering merken we op dat het model van Bakker e.a. (2000) voor het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg in de thuissituatie (zie punt 1.2.3.) ontoereikend is om binnen de intramurale zorgverlening ontspoorde zorg te verklaren. We hebben hier immers te maken met een specifiek woon- en leefmilieu, dat erg verschilt van de thuissituatie (beschreven in punt 1.3.1.).



We zullen dit model hieronder toelichten en kenbaar maken welke facetten bruikbaar zijn voor ons onderzoek.

#### **1.4.2.1.Externe factoren**

Pillemer (1988) haalt aan dat er externe factoren bestaan die in hoofdzaak een invloed hebben op de kwaliteit van zorg binnen woon- en zorgcentra en die in mindere mate aanleiding kunnen geven tot mishandeling. Of ze ook kunnen leiden tot ontspoorde zorg blijft de vraag. De auteur geeft zelf twee voorbeelden van externe factoren die een context kunnen zijn waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan.

- Het aantal beschikbare rusthuisbedden in een bepaalde regio. Waar een tekort is aan bedden, bekommert men zich niet zo over de kwaliteit van zorg. Ouderen hebben vooral interesse om te worden opgenomen in een woon- en zorgcentrum dat gelegen is in de regio van hun huidige woonplaats. Is er echter keuze te over, dan wordt die onder meer beïnvloed door de kwaliteit die de betreffende rusthuizen te bieden hebben (Pillemer, 1988). Momenteel kan worden aangenomen dat het probleem van de vergrijzing bijdraagt tot een tekort aan rusthuisbedden. Moet men dan ook stellen dat elk woon- en zorgcentrum slechte kwaliteit levert of een risico voor mishandeling of ontspoorde zorg omvat?
- De werkloosheidsgraad wordt door Pillemer (1988) gezien als tweede externe factor die hoofdzakelijk invloed heeft op de kwaliteit van de zorg en onrechtstreeks op ouderenmishandeling. Meerdere onderzoekers omschrijven het werk in een rusthuis

als zeer ongewenst bij verpleegkundigen, o.a. wegens de weinige technische handelingen en het lagere loon dan in een ziekenhuis. Wanneer verpleegkundigen voldoende keuze hebben omtrent hun werkplaats, verkiezen ze wellicht elders te werken. Het tekort aan verpleegkundigen maakt dat directies soms minder selectief te werk gaan bij de aanwerving of dat ze minder vlug maatregelen treffen ten aanzien van hun personeel als er sprake is van ontspoorde zorg.

We vullen deze externe factoren verder aan met twee praktijkervaringen:

- Controle op de werking van de rusthuizen vanuit het ministerie kan beschouwd worden als derde externe factor in het verklaringsmodel. Meestal gebeurt er een controle van de administratie en de verpleegdossiers. De omzetting van de zorgvisie van een rusthuis in de dagelijkse praktijk wordt volgens onze ervaring echter niet rechtstreeks gecontroleerd. Waarschijnlijk zal hier verandering in komen wanneer men in de toekomst gerichtere controle zal houden, in navolging van het kwaliteitsdecreet.
- Het bestaan van meldpunten waar men terecht kan met klachten over ouderenmishandeling of ontspoorde zorg. Weinig mensen hebben weet van het bestaan van de Rusthuisinfofoon, hoewel het wettelijk verplicht is dat het rusthuis dit bekend maakt. Ook het ouderenmishandelingsmeldpunt in Zottegem geniet tot op heden nog maar weinig bekendheid. Mochten deze meldpunten bekender zijn en gebruikt worden, dan zouden verpleegkundigen en verzorgenden zich misschien meer gecontroleerd voelen en bewuster omgaan met hun zorgtaak. We zijn ons er wel van bewust dat controle alleen geen mentaliteitsverandering bij de zorgverleners teweeg zal brengen.

Vermelde externe factoren zouden een context kunnen vormen waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan. Ze kunnen ook een invloed uitoefenen op de kenmerken van het woon- en zorgcentrum, op de kenmerken van het personeel of op die van de oudere. Om meer duidelijkheid te scheppen lichten we deze drie aspecten verder toe.

#### **1.4.2.2. Kenmerken van de instelling**

Met 'instelling' bedoelt men het rusthuismilieu of het woon- en zorgcentrum. Het algemene rusthuismilieu omvat aspecten als architectuur en infrastructuur, organisatiestructuur, kwaliteit en kwantiteit van het zorgpakket, kapitaalkracht van het rusthuis enz.(Everaerts

e.a., 1993). Deze aspecten kunnen een invloed uitoefenen op het al dan niet optreden van ontspoorde zorg.

We baseren ons op een aantal auteurs om de aspecten van het rusthuismilieu verder toe te lichten in het kader van onze zoektocht naar de context waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan. We beseffen dat deze lijst niet volledig zal zijn. We behandelen achtereenvolgens:

- De zorgoriëntatie: Wanneer het rusthuis ervoor opteert de zorg toe te dienen, zonder rekening te houden met inspraak of mogelijkheden van de bewoners, dan is de kans groot dat ontsporing van zorg optreedt. In dergelijke situatie wordt de bewoner immers ontmoedigd om voor zichzelf te zorgen, zijn verantwoordelijkheid wordt ontnomen en hij heeft weinig controle over zijn eigen situatie (McDaniel, 1997; Everaerts e.a., 1993; Pillemer, 1988).
- Het kwaliteitsniveau: Dit heeft een invloed op het ontstaan van ontspoorde zorg. Wanneer een beleidsvisie inzake kwaliteitszorg ontbreekt, neemt het risico op ontspoorde zorg toe (Pillemer, 1988). Ook wanneer er slechte communicatie is over deze visie tussen alle betrokken partners in de zorg, of wanneer de uitgevoerde zorg niet geëvalueerd wordt, bestaat er een verhoogd risico. (Manthorpe, 2002).
- De prijs van het zorgpakket: Men stelt dat in rusthuizen die zeer grote uitgaven hebben per bewoner per dag, minder 'slechte zorg' voorkomt. Hier gaat men voornamelijk investeren in meer en beter opgeleid personeel (Pillemer, 1988). Peeraer (1992) haalt aan dat deze stelling niet veralgemeend kan worden. Een hoge kostprijs kan evengoed worden aangerekend met de bedoeling meer winst te maken.
- De uitbatingsvorm: Studies tonen aan dat de non-profit sector een betere medische en persoonszorg aanbiedt. Belangrijk bij het zoeken naar factoren die ontspoorde zorg verklaren, is dat bewoners in de profit-sector blijkbaar meer angst hebben om hun klachten te uiten. Ze vrezen hierbij voor represailles van het personeel (Manthorpe, 2002; Everaerts e.a., 1993; Pillemer, 1988).
- De personeelsbezetting: Onderbezetting van de personeelsformatie kan leiden tot grotere werkstress. Het gevoel bij het personeel niet voldoende te kunnen ingaan op de zorgvraag van de bewoner, kan een context vormen waarin ontspoorde zorg kan ontstaan (Delescen 1989 geciteerd in Everaerts e.a., 1993; Pillemer, 1988).
- Het personeelsverloop: Een groot personeelsverloop kan aanleiding geven tot verhoogde stress bij de achterblijvende personeelsleden. Dit kan leiden tot ontspoorde zorg (Pillemer, 1988).

- De huiscultuur: Hiermee wordt het beleid van de instelling bedoeld, namelijk het voortdurend afwegen tussen de belangen van de bewoner en de belangen van de instelling. Hierdoor ontstaan een aantal regels die na verloop van tijd vastroesten en niet meer in twijfel worden getrokken. Er ontstaan als het ware ongeschreven wetten (Valkenburg, 1990). Zo kunnen volgende voorbeelden van huiscultuur vormen van ontspoorde zorg worden: kleding van bewoners is openbaar bezit, men mag rommelen in andermans spullen, iedere bewoner hoort uit bed te zijn, enz. (Everaerts e.a., 1993).

Bovenstaande aspecten zijn een illustratie van contexten waarin ontspoorde zorg kan ontstaan. Het zijn met andere woorden geen feiten op zich. Hiermee bedoelen we dat het voorkomen van een bepaald aspect in het rusthuismilieu niet altijd zal leiden tot ontspoorde zorg. Het samenspel tussen de verschillende kenmerken van het verklaringsmodel van Pillemer (1988) zal van belang zijn en wordt verder toegelicht. Vooraleer we dit kunnen doen, is het echter nodig dat we de kenmerken van het personeel toelichten.

#### **1.4.2.3. Kenmerken van het personeel**

In het verklaringsmodel van Pillemer (1988) bedoelt men met personeel zowel de verpleegkundigen als de verzorgenden. “De meeste beschrijvingen van het rusthuispersoneel zijn ongunstig”, stelt Pillemer (1988, p. 232). Hij wijt dit aan het feit dat vooral verpleegkundigen in eerste instantie opteren om in een ziekenhuis te gaan werken omwille van het prestigegevoel en van de uitdaging. In een ziekenhuis kan een verpleegkundige bovendien meer technische vaardigheden uitoefenen dan in een rusthuis (cf. 1.4.2.1.). De loonsverrekening zou geen reden meer mogen zijn, vermits er gelijktrekking van barema’s bestaat.

Volgende kenmerken van het personeel worden in verband gebracht met een verhoogde kans op ontspoorde zorg:

- Het opleidingsniveau: Hier blijkt geen eenduidigheid over te bestaan. Sommige onderzoekers tonen aan dat laag geschoold personeel meer neiging vertoont tot ouderenmishandeling (McDaniel, 1997; Everaerts e.a., 1993). Dit laatste is echter niet helemaal bewezen. Zowel Pillemer en Moore (1989) als Baert (1992, geciteerd in Everaerts e.a., 1993) stellen dat de invloed van de opleiding op mishandeling grotendeels kan worden verwaarloosd. De auteurs besluiten dat personeel met een negatieve houding ten opzichte van ouderen een sterkere neiging tot mishandeling vertoont (Everaerts e.a., 1993). Dit aspect is belangrijk genoeg om als apart kenmerk

van het personeel te worden verduidelijkt (zie verder). Sommige studies leggen dan weer een verband tussen het opleidingsniveau en de negatieve houding ten opzichte van de oudere. Zo beschrijven Pillemer (1988) en Hawes (2002) dat verpleegkundigen door hun hogere opleiding meer empathisch met de bewoners kunnen omgaan en dat zij een minder paternalistische houding trachten aan te nemen dan hun lager geschoolde collega's.

- Het algemene opleidingsniveau is één zaak. Anderzijds is er ook de specifieke (bij)scholing die onder de loep moet worden genomen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat een tekort aan specifieke scholing over het omgaan met dementerende bewoners en hun gedragsveranderingen kan leiden tot onmacht, onkunde en onwetendheid (Hawes, 2002; Janssens, 2002). Deze drie aspecten kunnen op hun beurt aanleiding geven tot ontspoorde zorg en werden eerder al uitgediept in het model van Bakker e.a (2000, zie punt 1.2.3.).
- Betreffende de kenmerken leeftijd en geslacht spreekt een aantal auteurs elkaar tegen. Hoewel het merendeel van het rusthuispersoneel uit vrouwen bestaat, zijn het voornamelijk mannen die overgaan tot mishandeling (McDaniel, 1997; Pillemer en Finkelhor, 1988). Het gaat hier dan wel over ernstige geweldpleging en/of aanranding, feiten die in ons onderzoek niet meer beschouwd worden als ontspoorde zorg maar wel als zuivere mishandeling. Wat betreft de leeftijd zouden jongere personen eerder een negatieve houding vertonen ten opzichte van de oudere dan het ouder personeel. Door de diensthoofden worden jonge personeelsleden beschreven als minder succesvol in hun omgang met de bewoners (McDaniel, 1997; Pillemer, 1988;). Dit laatste aspect hangt ook samen met de werkervaring.
- Ervaring: “Hoe langer iemand in de geriatrische sector, hoe minder hij/zij een negatieve houding ten opzichte van de bewoners vertoont.” Deze stelling wordt in verschillende studies bevestigd (McDaniel, 1997; Pillemer, 1988).
- Burn-out: wat door McDaniel (1997) gedefinieerd wordt als “lichamelijke, emotionele en geestelijke uitputting”, kan leiden tot ontspoorde zorg. Slechte uurroosters, lage lonen, veelvuldig inspringen bij ziekte van collega's, weekendwerk, emotionele belasting bij veelvuldig overlijden van bewoners, zijn enkele gegevens die kunnen bijdragen tot een verhoogde kans op burn-out (Hawes, 2002; Valkenburg, 1990) en tot een negatieve houding ten aanzien van ouderen (Pillemer, 1988).



- Negatieve attitude van het personeel ten opzichte van de oudere: In voorgaande kenmerken van het personeel is hier regelmatig melding van gemaakt. Tarbox (1983) is van mening dat ontspoorde zorg grotendeels samenhangt met vooroordelen die mensen hebben ten opzichte van ouderen. Volgens hem heeft dit te maken met de angst die jongere mensen hebben om zelf oud te worden, om te lijden aan een ziekte of handicap en de machteloosheid hiertegen, evenals de angst voor de dood. De auteur koppelt hier vier mythes over ouderen aan vast die de houding van het personeel negatief kunnen beïnvloeden: namelijk dat ouderen niets meer kunnen leren, dat zij geen voldoening meer kunnen halen uit een seksuele relatie, dat ouderen geen zin meer hebben om te werken en dat zij zich graag afhankelijk opstellen. Door op deze manier over ouderen te denken, kunnen personeelsleden zich hulpeloos voelen op gebied van behandeling. Om deze reden kan hun zorg mechanisch en onpersoonlijk worden. Tarbox (1983) en Decalmer e.a. (1994) beklemtonen dat het personeel in dat geval tot ontspoorde zorg kan komen, maar dat het in dit geval gebeurt zonder kwade bedoelingen.

Tot zover de derde component van het verklaringsmodel van Pillemer (1988), waar we uitgeweid hebben over de kenmerken van het personeel. Nu rest ons nog hieronder de laatste component uit dit verklaringsmodel toe te lichten, namelijk de kenmerken van de oudere.

#### **1.4.2.4. De kenmerken van de oudere**

Met de oudere wordt de bewoner van een woon- en zorgcentrum bedoeld. Pillemer (1988) geeft aan dat er drie grote karakteristieken bestaan die in verband kunnen gebracht worden met ontspoorde zorg of mishandeling:

- De gezondheidstoestand van de bewoner: Onderzoeken in woon- en zorgcentra wijzen uit dat hoe gezonder de bewoner is, hoe menselijker met hem wordt omgegaan. De kwaliteit van zorg ligt hoger bij zelfredzame bewoners. Indien de bewoner zowel sociaal als functioneel nog competent is, worden er minder conflicten in de relatie bewoner-personeel gevonden (Manthorpe, 2002; Pillemer, 1988). Dus hoe zwaarder de zorgbehoevendheid, hoe groter het risico op ontspoorde zorg. Als de bewoner niet alleen lichamelijke, maar ook cognitieve stoornissen blijkt te hebben – zoals bij dementerenden – wordt de kans op ontspoorde zorg nog groter (Manthorpe, 2002; Cooney e.a., 1995; Everaerts e.a., 1993). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat dementerenden een verhoogde kans hebben om het slachtoffer te worden van ontspoorde zorg (Hawes, 2002; Meddaugh, 1993; Everaerts e.a., 1993). Vermits ons

onderzoek gericht is op ontspoorde zorg bij dementerenden (cf. Inleiding), lijkt het ons belangrijk om na te gaan hoe het komt dat dementerenden als risicogroep worden beschouwd. We zullen dit verder in dit hoofdstuk toelichten.

- Weinig sociale controle: Bewoners die weinig bezoek ontvangen van familie (echtgenoot of kinderen) of vrienden lopen meer risico op mishandeling of ontspoorde zorg (Hawes, 2002; McDaniel, 1997; Pillemer, 1988).
- Geslacht: Studies tonen aan dat er meer vrouwen dan mannen slachtoffer zijn van mishandeling (McDaniel, 1997). Het feit dat vrouwen langer leven dan mannen en dat er meer vrouwen dan mannen in een rusthuis verblijven, kan dit laatste verklaren. Ook schrijft men deze bevinding toe aan de grotere gestalte en kracht bij mannen, hoewel door toegenomen fragiliteit het verschil in kwetsbaarheid tussen mannen en vrouwen te verwaarlozen is (Pillemer, 1988). Misschien kan er ook gesteld worden vanuit een vrouwonvriendelijke overweging dat vrouwen gemakkelijker te domineren zijn dan mannen.

Aansluitend bij de kenmerken van de oudere willen we de valkuilen toelichten, die het werken met dementerenden met zich meebrengen en die in verband kunnen staan met het ontstaan van ontspoorde zorg.

#### **1.4.2.5. Valkuilen bij het werken met dementerende bewoners**

We herhalen even dat verschillende auteurs aangeven dat dementerende bewoners risico lopen om het slachtoffer te worden van ontspoorde zorg (cf. 1.4.2.4. ‘gezondheidstoestand’; Hawes, 2002; Meddaugh, 1993; Everaerts e.a., 1993). Hoe zou dit komen? Waar dreigt de zorg mis te lopen?

Als hulpverlener wordt men geconfronteerd met een aantal valkuilen die eigen zijn aan het ziektebeeld en de huidige beeldvorming over dementie, maar ook aan de emoties die door dementie worden opgeroepen (Van Schelvergem, 2000). We lichten de vijf valkuilen hieronder kort toe.

- Dementie zien als een normaal verschijnsel: Een eerste valkuil is het koppelen van cognitief verlies aan de ouderdom. Dementie wordt dan als het ware een normaal verouderingsverschijnsel. Vanuit dit standpunt bestaat het gevaar dat dementerende bewoners begeleid worden op een zelfde manier als niet-dementerenden (Van Schelvergem, 2000). Bepaalde wederzijdse verwachtingen kunnen niet worden ingelost en er ontstaat een kans op ontsparing van zorg.

- Een dementerende persoon is meer dan een ziekte: Wanneer een zorgverlener zich enkel richt naar de symptomen die de dementerende persoon vertoont, kan er een context ontstaan waarbinnen ontspoorde zorg kan optreden (Van De Ven, 2001). Dit zal afhangen van de mate waarin de zorgverlener bereid is de dementerende ‘als mens’ een plaats te geven binnen de zorgverlening (Van Schelvergem, 2000).
- Er is toch niets aan te doen: Bij het werken met dementerende personen komt het klassieke hulpverleningsmodel op de helling te staan. De acties die ondernomen worden door de zorgverleners hebben niet tot doel genezing te bekomen. Dit betekent echter niet dat men een fatalistische houding moet aannemen. Hulp verlenen aan dementerenden vraagt een andere betrokkenheid (Eriksson e.a., 2002; Van Schelvergem, 2000).

Deze eerste drie valkuilen hebben eigenlijk betrekking op de beeldvorming die mensen hebben ten opzichte van dementerende personen. Dit kan gezien worden als een kenmerk van het personeel binnen het verklaringsmodel van Pillemer. Een negatief of foutief beeld kan een aanleiding zijn tot het ontsporen van zorg.

De volgende twee valkuilen kunnen beschouwd worden als bepaalde gevoelens waarmee men kan worstelen binnen een zorgsituatie met dementerende mensen. Ook deze kunnen gerekend worden bij de kenmerken van het personeel. Deze twee valkuilen zijn:

- Grenzen aan de hulpverlening, de eigen machteloosheid: Werken met dementerende bewoners vraagt zowel fysiek als mentaal véél van de zorgverleners. Het stelt hoge eisen aan hun verantwoordelijkheid, deskundigheid en aan hun zelfkennis. De nood aan ondersteuning is dan ook groot. Toch durven zorgverleners hun onvermogen niet altijd kenbaar te maken. Soms komt er een moment waarop ze onbewust of bewust signalen uitzenden dat het zo niet verder kan. Deze uitgesproken of verdoken boodschappen kunnen de vorm aannemen van ontspoorde zorg (Eriksson e.a., 2002; Van Schelvergem, 2000).
- Het ethische dilemma als kenmerk van het personeel: In de intramurale zorgverlening worden zorgverleners vaak geconfronteerd met zorgvragers die niet langer verbaal kunnen communiceren over de kwaliteit van leven. Zorgvragers met een dementiesyndroom zijn hier een goed voorbeeld van. Het is niet zo dat dementerende ouderen geen subjectieve beleving zouden hebben van wat kwaliteit van leven is, zij kunnen het alleen niet meer volgens de klassieke weg meedelen (Van Gorp, 2001). De

onzekerheid bij de zorgverlener over het ‘juist’ of ‘goed’ handelen, kan aanleiding geven tot machteloosheid of tot machtsmisbruik. De grens met ontspoorde zorg zal dan vaag zijn. De auteurs Eriksson en Saveman (2002) geven hier enkele voorbeelden van: a) Medicatie toedienen tegen de wil van de bewoner. “Noodzakelijk voor de gezondheid? Inbreuk tegen de wilsbeschikking?” b) Hoge doses sedativa toedienen om het groepsgebeuren hanteerbaar te kunnen houden. “Kiezen voor de groep bewoners? Of de individuele bewoner laten primeren?” c) De deur van de afdeling op slot doen. “Bescherming of inbreuk op de vrijheid?”

Deze vijf valkuilen zullen waarschijnlijk niet de enige zijn die aanleiding kunnen geven tot ontspoorde zorg bij dementerenden. Toch leken ze ons een belangrijke aanvulling op de al eerder besproken componenten uit het verklaringsmodel van Pillemer. Het feit dat we dergelijke zijwegen bewandelen, toont aan dat het zoeken naar een verklaring voor het ontstaan en/of bestaan van ontspoorde zorg bij dementerenden een complex gebeuren is.

#### **1.4.2.6. Besluit: de complexiteit van een verklaringsmodel voor ontspoorde zorg bij dementerende ouderen binnen de intramurale zorgverlening**

Om een theoretisch kader over ontspoorde zorg bij dementerenden binnen de intramurale zorgverlening op te bouwen, volstond het ontstaansmechanisme, zoals het in de thuissituatie beschreven wordt, niet. De specifieke setting van een woon- en zorgcentrum en het feit dat we ontspoorde zorg beschouwen als problematiek binnen de mishandeling, liet ons toe het theoretisch verklaringsmodel van Pillemer als kader te behouden.

We geven wel aan dat dit laatste model aangevuld werd met de aspecten van onwetendheid, onmacht en onkunde alsook met de valkuilen die kunnen optreden tijdens het begeleiden of verzorgen van dementerenden.

We kunnen concluderen dat de oorzaak zoeken van ontspoorde zorg bij dementerenden een complex gegeven is. Men zal rekening moeten houden met een samenspel van allerhande factoren, die situationeel zullen optreden en telkens weer kunnen veranderen. Dergelijk samenspel kan leiden tot een bepaalde context waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan.

## **1.5. Samenvatting**

Deze literatuurstudie nam een aantal zijwegen om tot het begrip ‘ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening’ te komen.

We ontrafelden hiervoor eerst de betekenis van de term, zoals die in de literatuur over ouderenmishandeling binnen de extramurale zorgverlening voorkomt. Aan de hand van de verschillende vormen van mishandeling werd de samenhang met ontspoorde zorg in de thuissituatie duidelijk gemaakt. Het ontstaansmechanisme, waarin de componenten dysbalans in de zorgsituatie en onkunde, onwetendheid en onmacht de hoofdrol spelen, leidde tot verdere verduidelijking.

Ons onderzoek richt zich echter tot ontspoorde zorg binnen de woon- en zorgcentra en daarom hernamen we de speurtocht en bestudeerden we de literatuur over mishandeling bij ouderen in de intramurale zorgverlening. We baseerden ons op drie omschrijvingen over mishandeling en we kwamen tot de conclusie dat de verschillende vormen in grote lijnen overeenstemden met wat in de literatuur over ouderenmishandeling in de thuiszorg wordt beschreven. De samenhang met ontspoorde zorg bleek hier echter vaag.

Deze grijze zone tussen mishandeling en ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening maakte dat we zelf een theoretisch kader voor dit onderzoek moesten samenstellen.

De definitie voor ons onderzoek vormden we aan de hand van een aantal kenmerken die we uit beide invalshoeken haalden. Om de context te beschrijven waarbinnen ontspoorde zorg intramuraal kan ontstaan, baseerden we ons op het theoretisch verklaringsmodel van Carl Pillemer(1988), waarbij we de verschillende componenten toelichtten en aanvulden.

Hoe we ontspoorde zorg bij dementerende ouderen binnen de intramurale zorgverlening concreet gaan onderzoeken lichten we toe in het volgende hoofdstuk.

## **Hoofdstuk 2: De onderzoeksmethode**

### **2.1. Inleiding**

Het vorige hoofdstuk leert ons dat ontspoorde zorg een term is die momenteel in de intramurale zorgverlening niet wordt gehanteerd en dat de ontstaansmechanismen, voor zover wij weten, nauwelijks zijn onderzocht. Daarom verkozen wij een kwalitatieve methode voor dit onderzoek.

Het is een exploratief onderzoek met een eerste aanzet tot theorievorming rond attributies door verpleegkundigen ten aanzien van het ontstaan van ontspoorde zorg.

In dit hoofdstuk beschrijven we de voornaamste kenmerken van kwalitatief onderzoek. We beperken ons hier echter tot die aspecten die belangrijk zijn voor ons onderzoek.

Verder wordt het concept van focusgroepen uiteengezet, wat voor ons de vorm van dataverzameling was.

De wijze van analyseren via het computerprogramma Atlas-ti komt als laatste aan bod.

### **2.2. Onderzoeksvragen en doelstelling van het onderzoek**

De bedoeling van dit onderzoek is de beleving van verpleegkundigen in verband met ontspoorde zorg bij dementerende bewoners in RVT's te exploreren. "Wat verstaan zij zelf onder ontspoorde zorg? Met welke vormen hebben ze te maken? Hoe verklaren zij dit gedrag?"

Van daaruit kunnen we nagaan of hun beschrijving in overeenstemming is met het theoretisch model dat in vorig hoofdstuk werd beschreven.

Het belangrijkste aspect van ons onderzoek was te weten komen welke contexten voor het ontstaan van ontspoorde zorg bij de respondenten spontaan naar voor zouden komen. Met andere woorden, we willen weten welke sociale attributies zij hieraan toekennen. Met sociale attributies bedoelen we "dat we een antwoord zoeken op een 'waarom-vraag', uitgaande van het resultaat" (Weiner, 1986 geciteerd in Van Overwalle, 1991). Mensen gebruiken

verscheidene redenen om bepaalde gebeurtenissen te verklaren. De meest frequent gebruikte redenen zijn: de mogelijkheden van een persoon, de inspanning die hij levert, de moeilijkheidsgraad van de taak en geluk. Bijkomende redenen zijn bijvoorbeeld de persoonlijkheid, vermoeidheid, hulp of hinder van derden. Afhankelijk van de situatie of het domein waarover het gaat, zal men andere causale factoren gebruiken (Van Overwalle, 1991). Wil men deze oorzakelijke factoren kunnen vergelijken, kan er o.a. gebruik gemaakt worden van de dimensie 'locus', welke we in dit onderzoek zullen gebruiken. Er kan dus een onderscheid gemaakt worden tussen 'interne' en 'externe' attributie. Bij een interne attributie kent men de oorzaak van een handeling toe aan zichzelf, bijvoorbeeld zijn mogelijkheden of geleverde inspanningen. Bij een externe attributie legt men de oorzaak buiten zijn persoon. Hieronder kan men ondermeer de moeilijkheid van de taak rekenen (Hewstone e.a., 2001; Van Overwalle, 1991).

Voor het zoeken naar deze attributies leek het ons meest waarschijnlijk dat een gestandaardiseerde vragenlijst niet het beste instrument was. Vandaar dat een kwalitatieve onderzoeksmethode hier meer op zijn plaats is en bovendien toelaat om de eerder moeilijk bespreekbare elementen in kaart te brengen .

## **2.3. Kwalitatief onderzoek**

Hierna geven we kort weer wat onder kwalitatief onderzoek verstaan kan worden en waar de link ligt met ons eigen onderzoek.

### **2.3.1. Definitie en kenmerken van kwalitatief onderzoek**

Vaak wordt kwalitatief onderzoek omschreven als de tegenpool van kwantitatief onderzoek. Alle kenmerken van het kwalitatief onderzoek uiteenzetten, zou ons te ver leiden. We vertrekken in deze thesis dan ook van de volgende definitie:

*“Kwalitatief onderzoek is empirisch onderzoek waarbij het verzamelen van gegevens opzettelijk minder voorgestructureerd is en de analyse van gegevens niet kwantificerend is en meer gericht op de inhoudelijke betekenis van (vaak alledaagse) taal.”*

(Meerling, 1989, p. 209)

Naast deze definitie kan kwalitatief onderzoek ook getypeerd worden aan de hand van enkele kenmerken die in de literatuur besproken worden. Zo spreekt men bij kwalitatief onderzoek

over een niet-directieve waarneming. De bedoeling hiervan is dat er zoveel mogelijk ruimte wordt gelaten aan de onderzoekseenheden (in ons onderzoek zijn dat de verpleegkundigen) en dat de onderzoeker zo weinig mogelijk ingrijpt. Dit wordt met het begrip non-reactiviteit aangeduid (Billiet e.a., 2001). Men gaat dan ook trachten direct contact te zoeken met de bestudeerde werkelijkheid vanuit een globaal idee en niet zozeer eerst begrippen construeren, dan operationaliseren en vervolgens meten. Anders geformuleerd wil dit zeggen: een direct onderzoek van de leefwereld van de betrokkenen (Hak e.a., 2003).

Men werkt doorgaans met een relatief kleine selectie van onderzoekseenheden (verpleegkundigen), in vergelijking met survey-onderzoek. Billiet e.a. (2001) spreken in dit geval over een alledaagse, beperkte setting.

Verder wordt kwalitatief onderzoek ook getypeerd aan de hand van de 'inleving'. Hiermee bedoelen we dat de onderzoeker probeert het veld van binnenuit te begrijpen. Zijn primaire taak is toegang te krijgen tot de zienswijze van de onderzoekseenheden (verpleegkundigen) om deze te kunnen reconstrueren. Belangrijk hierbij is de empathische rol van de onderzoeker. Hiermee bedoelen we het vermogen om jezelf te verplaatsen in de positie van een individu of groep (Hak e.a., 2003; Billiet e.a., 2001).

Als laatste kenmerk bekijken we de rapportage en analyse van het kwalitatief onderzoek. Tijdens de rapportage gaat er veel aandacht naar het taalgebruik. Men wil de gebruikte taal en concepten zoveel mogelijk bij de leefwereld van de onderzoekseenheden (verpleegkundigen) laten aansluiten. Daarom wordt er veelvuldig gebruik gemaakt van citaten (Billiet e.a., 2001). De onderzoeker kan zich echter niet beperken tot een reconstructie van de innerlijke wereld van zijn onderzoekseenheden, hij zal ook trachten deze werkelijkheid te objectiveren. Bij kwalitatieve analyse worden de verzamelde gegevens geanalyseerd en dus geïnterpreteerd in de vorm waarin ze worden gevonden. Zo blijft men dicht bij de sociale werkelijkheid (Hak, e.a., 2003).

Deze beschrijving van het kwalitatief onderzoek is niet volledig, maar toont de voor ons onderzoek meest relevante kenmerken. Op diezelfde manier overlopen we kort de doelstellingen van kwalitatief onderzoek.

### **2.3.2. Doelstelling van het kwalitatief onderzoek**

Kwalitatief onderzoek kan verschillende doelstellingen hebben. We beperken ons tot diegene die van toepassing zijn op dit onderzoek.

Wester (2000) en Hak (2003) noemen er een aantal op:



- onderzoek met een formulerende doelstelling waarbij men de aard van een verschijnsel wil typeren en/of verklaren;
- het exploreren van de betekeniswereld achter sociale processen, interacties, sociale relaties, gedragingen, houdingen, gevoelens en ervaringen;
- de reconstructie van een procesverloop, handelingspatronen, betekenisstructuren van een bepaalde groep.

Deze doelstellingen vinden we in deze thesis terug in de vorm van een beschrijvende en een verklarende component. De beschrijvende component is deze waar de verpleegkundigen hun beleving betreffende ontspoorde zorg bij dementerenden zullen toelichten: wat verstaan zij onder ‘ontspoorde zorg’ en welke vormen beschouwen zij als dusdanig? In de verklarende component tracht men de oorzaak van ontspoorde zorg te verklaren vanuit de eigen ervaring en beleving.

Hoe we deze gegevens concreet verzamelen, wordt hieronder verder uitgelegd.

### **2.3.3. De dataverzameling**

In kwalitatief onderzoek kunnen we drie dominante databronnen te onderscheiden: de participerende observatie, de analyse van documenten en het diepte-interview (Billiet e.a., 2001).

We kozen voor deze laatste techniek en gebruikten die in de vorm van focusgroepen, een onderzoeksprocedure die toelaat om de zogenaamde ‘gevoelige’ informatie te verzamelen (Hak e.a., 2003). Gezien het onderwerp ontspoorde zorg in grote mate overlapt met mishandeling, is het terecht dat hier over een gevoelige materie wordt gesproken. Immers, verpleegkundigen kunnen het gevoel krijgen als ‘dader’ te worden beschouwd.

De focusgroepetechniek stelt een aantal voorwaarden die belangrijk genoeg zijn om deze uitgebreid aan bod te laten komen. We zullen hier verder op ingaan in punt 2.4. We blijven eerst nog even stilstaan bij de begrippen ‘geldigheid’, ‘betrouwbaarheid’ en ‘generaliseerbaarheid’.

### **2.3.4. Methodologische criteria**

Om de kwaliteit van een onderzoek vast te stellen moeten criteria worden gehanteerd om onderzoekshandelingen en redeneringen te kunnen evalueren. Het gaat dan om begrippen zoals geldigheid, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid (Hak e.a., 2003).

Geldigheid en betrouwbaarheid berusten hier niet op de objectiviteit en verifieerbaarheid. De onderzoeker weet immers niet zeker of de respondent zich niet in een beter daglicht wil stellen of informatie achterhoudt. Daarbij komt dat elk verhaal subjectief is.

Geldigheid blijft dus een kwestie van falsificatie binnen de context van de focusgroep (Billiet e.a., 2001).

Transparantie van dataverzameling, verwerking en analyse zijn van groot belang. In die zin is het overzichtelijk rapporteren van alle ondernomen stappen geen overbodige luxe (Billiet e.a., 2001). In de volgende hoofdstukken proberen we aan deze vereiste tegemoet te komen.

Omwille van de kleinschaligheid van de onderzoekseenheden kan bij kwalitatief onderzoek geen sprake zijn van generaliseren naar algemeen geldende (voor iedereen en in elke context) patronen. De uitspraak die wordt gedaan betreft de onderzoekspopulatie in haar natuurlijke setting (Hak e.a., 2003; Billiet e.a., 2001).

In het volgende punt gaan we dieper in op de door ons gekozen manier van dataverzamelen, namelijk de focusgroep.

## **2.4. De focusgroep**

Binnen de kwalitatieve onderzoeksmethode kan de focusgroep gezien worden als één van de vormen van dataverzameling. Aangezien dit de door ons gebruikte methode was, gaan we hier verder uitgebreid op in en zullen we de theoretische aspecten illustreren aan de hand van onze praktijkervaringen en doelstellingen van het onderzoek.

### **2.4.1. Definitie en kenmerken van een focusgroep**

Er bestaan verschillende definities over focusgroepen, maar Vaughn e.a. geven het kort en krachtig weer: *“Een focusgroep is een informele discussie tussen geselecteerde individuen over een specifiek onderwerp.”* (Vaughn e.a., 1996, p. 4-5).

Vertalen we deze definitie naar dit onderzoek, dan krijgen we een informele discussie tussen verpleegkundigen over ontspoorde zorg bij dementerenden.

In de literatuur treft men een waaier van gemeenschappelijke kenmerken aan waardoor men een beeld kan vormen over wat een focusgroep inhoudt. Zo worden bij een focusgroep de deelnemers geselecteerd omwille van hun kennis of interesse betreffende het onderwerp van discussie. De deelnemers worden in kleine, voornamelijk homogene groepen samengebracht. De bedoeling is zoveel mogelijk informatie, opinies te verzamelen zonder dat een consensus moet worden bereikt. Verder vraagt een focusgroep veel voorbereidingstijd maar verzamelt de data op korte tijd. Voor de dataverzameling worden meerdere discussies gehouden met gelijkaardige deelnemers tot de onderzoeker bepaalde antwoordpatronen kan waarnemen (Bloor e.a., 2001; Krueger e.a., 2000; Vaugh e.a., 1996).

Deze algemene kenmerken worden in de volgende punten verduidelijkt.

#### **2.4.2. De motivatie van onze keuze**

Het onderwerp van dit onderzoek leende zich tot een kwalitatieve aanpak. In plaats van individuele diepte-interviews verkozen we de focusgroepen, omdat daar verscheidene voordelen aan verbonden zijn. Zo sluit de focusgroepdiscussie goed aan bij de kenmerken van het kwalitatief onderzoek. Het geeft een weergave van de realiteit vanuit het standpunt van de respondenten.

Er kan onmiddellijk in contact getreden worden met de respondenten. Zo kunnen ze hun mening geven en hun houding ten opzichte van bepaalde onderwerpen toelichten. Men kan voorbeelden geven of verklaringen vragen (Krueger e.a., 2000; Vaugh e.a., 1996).

Dit onderzoek had de bedoeling de verpleegkundigen zelf aan het woord te laten. Zij worden in het kader van ontspoorde zorg meestal als één van de ‘daders’ aangeduid. Het opzet van ons onderzoek was hun realiteit over het onderwerp weer te geven.

De groepsformatie houdt voordelen in bij het verzamelen van informatie. Het moedigt de interactie tussen de respondenten aan en het zet hen aan tot het geven van een opinie over andermans mening (Krueger e.a., 2000). Het groepsgebeuren verhoogt de anonimiteit en zet aan tot openheid. Hierdoor is de kans op sociaal wenselijke antwoorden waarschijnlijk kleiner

dan bij individuele interviews. Men hoeft als deelnemer ook niet altijd te antwoorden en daardoor komt het bevragen minder bedreigend over (Vaughn e.a., 1996).

Op deze manier leek ons de kans groter om meer en diepgaandere informatie te bekomen dan bij de individuele interviews.

### **2.4.3. De groepssamenstelling en het aantal groepen**

Vermits de groepsdynamiek een hoofdaspect is van de focusgroepdiscussie, is het van groot belang voldoende aandacht te besteden aan de groepssamenstelling.

De beslissing wie de respondenten van de focusgroep zullen worden, hangt volgens Krueger e.a. (2000) af van drie factoren. Als eerst factor zal men het doel van het onderzoek voor ogen houden, met name informatie verkrijgen omtrent ontspoorde zorg (wat het is en hoe het kan ontstaan). Deze informatie kan in wezen verkregen worden bij allen die met ontspoorde zorg bij dementerenden binnen RVT's in aanraking komen. We verkozen in dit onderzoek de vragen te stellen aan verpleegkundigen. De reden hiervoor is dat enkele Belgische onderzoeken, zoals dat van Casman e.a. 1998 en Peeraer 1992, deze topics enkel belichten vanuit de oudere zelf, zijn familie of de klachtencommissies. Het leek ons interessant om een andere invalshoek te kiezen, namelijk deze vanuit de 'dader' of diegene die nauw samenwerkt met de 'dader'. Het feit dat we dan de verpleegkundigen verkozen boven bijvoorbeeld verzorgenden, had enerzijds te maken met hun opleiding. We verwachten dat zij een grotere voorkennis hebben omtrent ontspoorde zorg of de gevolgen daarvan. Anderzijds hebben zij vanuit hun beroep een grotere verantwoordelijkheid ten opzichte van de ouderen en van hun collega's.

De tweede factor die de groepssamenstelling zal bepalen is de identificeerbaarheid en lokaliseerbaarheid van een groep (Krueger e.a., 2000). Rust- en verzorgingstehuizen zijn aan wettelijke normen gebonden. De recente norm voor personeelsbezetting in een RVT op grond van de afhankelijkheids categorie Cd bedraagt 5 voltijds equivalent verpleegkundigen op een eenheid van 30 bedden. Met andere woorden, binnen de RVT's zijn de verpleegkundigen dus duidelijk lokaliseerbaar. Identificatie kan gebeuren aan de hand van voorlegging van het diploma.

Als derde bepalende factor voor de groepssamenstelling beschouwen Krueger e.a. (2000) de middelen van het onderzoek. Men kan zich afvragen hoeveel verschillende groepen men kan ondervragen. Tijd en budget zullen hier het antwoord bepalen. Gezien de beperkte middelen

van dit onderzoek, bepaalt dit de keuze voor één soort groep, namelijk de verpleegkundigen. Dit wordt een 'single-category design' genoemd.

Verder moet men ermee rekening houden dat de respondenten niet 'ad random' gekozen worden en dat het slagen van de focusgroep afhangt van de dynamiek tussen de groepsleden. Er zal dus voldoende diversiteit nodig zijn om een discussie te kunnen aangaan. Maar te heterogene groepen kunnen resulteren in conflicten of het onderdrukken van meningen. Zo zullen bij verschillende rangen van mensen (bijvoorbeeld verpleegkundigen en verzorgenden) de meningen, standpunten of ervaringen te uiteenlopend zijn om het onderwerp ver genoeg uit te diepen en verzamelt men enkel oppervlakkige gegevens (Bloor e.a., 2001). De voorkeur zal dus uitgaan naar een zo homogeen mogelijke groep (Vaughn e.a., 1996), hier met betrekking tot het beroep.

Bleef ons nog de keuze tussen een vooraf bestaande groep (bijvoorbeeld de verpleegkundigen van één RVT) of een doelgericht samengestelde groep. Gezien de gevoeligheid van het onderzoeksonderwerp, verkozen we de laatste vorm.

Bij een vooraf bestaande groep is er immers het gevaar voor 'over-disclosure': men geeft informatie vrij over een groepslid, terwijl deze dit eigenlijk niet wenst. Of iemand geeft informatie vrij over zichzelf waardoor het beeld en de gevoelens die andere groepsleden hadden over hem zou kunnen veranderen. In een dergelijke situatie kan de onderzoeker de vertrouwelijkheid van het gesprek niet meer garanderen (Bloor e.a., 2001).

De grootte van de groep is ook van belang om de groepsdynamiek te bewaren. Er moet over gewaakt worden dat alle groepsleden voldoende aan bod kunnen komen.

Zowel Bloor e.a. (2001) als Krueger e.a. (2000) vinden zes deelnemers het ideale aantal. Men doet er best aan te 'overrecruten' tot acht personen, zodanig dat bij onvoorziene afwezigheid toch nog voldoende respondenten overblijven. Komen alle acht personen opdagen, dan blijft dit toch nog een hanteerbare groep. Men moet echter ook een minimum aantal deelnemers voorop stellen en wij opteerden in ons onderzoek voor vier personen (Bloor e.a., 2001; Vaughn e.a., 1996).

Focusgroepen zijn arbeidsintensief op het vlak van de rekrutering, transcriptie en analyse. Daarom wordt het aantal groepen beperkt tot het minimum (Bloor e.a., 2001). De regel volgens Krueger e.a. (2000) en Vaughn e.a. (1996) is drie tot vier groepen te plannen.

Wanneer de discussie met deze groepen is doorgegaan, kan men bepalen of ‘saturatie’ is bereikt. Met ‘saturatie’ wordt het punt bedoeld waar men een waaier aan ideeën heeft gehoord en waar geen nieuwe informatie bijkomt (Krueger e.a., 2000). Het aantal groepen hangt natuurlijk ook af van het aantal bereidwillige respondenten.

**Samenvatting voor dit onderzoek:** de focusgroepen zullen worden samengesteld uit bij voorkeur zes en minimum vier verpleegkundigen. De verpleegkundigen beschikken over een A1 of A2 diploma verpleegkunde, al dan niet met een specifieke opleiding sociaal verpleegkundige, geriatrisch of psychiatrisch verpleegkundige. Zij moeten werkzaam zijn op een afdeling voor dementerende bewoners binnen een RVT. We trachten vier focusgroepen te laten doorgaan.

#### **2.4.4. De respondentenwerving**

Verskillende strategieën zijn bruikbaar om de deelnemers voor een focusgroep te rekruteren (Krueger e.a., 2000). We zullen in ons onderzoek gebruik maken van drie methoden, namelijk een ledenlijst, het aanschrijven van rust- en verzorgingstehuizen en de ‘piggyback’ focusgroep. We lichten deze methoden hieronder kort toe.

Het gebruik van een ledenlijst is handig omdat de gekozen respondentengroep dan meteen gegroepeerd is. Verpleegkundigen kunnen zich aansluiten bij een beroepsvereniging. We zullen contact opnemen met de Nationale Neutrale Beroepsorganisatie Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NNBVV) en met het Nationaal Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV), twee grote Vlaamse organisaties die heel wat leden tellen. Verder zullen we contact opnemen met het expertisecentrum voor dementie, Orion, dat opleiding geeft aan o.a. verpleegkundigen. We kozen enkel voor Orion uit pragmatische redenen. Het is het expertisecentrum van de provincie Antwerpen.

Het aanschrijven van rust- en verzorgingstehuizen is een manier om de respondenten die op de werkvloer staan, rechtstreeks te kunnen bereiken (cf. lokaliseerbaarheid, punt 2.4.3.). In een eerste fase zullen we de RVT’s in regio Antwerpen uitnodigen per brief of per mail (zie bijlage I). Om pragmatische redenen werd de regio Antwerpen gekozen, zodat de deelnemers

zich niet al te ver moeten verplaatsen. Indien er via deze weg niet voldoende reacties komen, zullen we in een volgende fase alle RVT's van de provincie Antwerpen een uitnodiging sturen. We zullen ons hiervoor baseren op het 'Jaarboek van de ouderenvoorzieningen – editie 2003'. Hierin worden de RVT's vermeld die beschikken over een afzonderlijke afdeling voor dementerende ouderen.

Als laatste en eigenlijk als noodoplossing houden we de 'piggyback' methode achter de hand. Hier wordt de focusgroep tijdens een andere gelegenheid samengesteld. De participanten zijn bijvoorbeeld bijeengekomen voor een bijscholing en de focusgroep wordt gedurende de pauze gehouden (Krueger e.a., 2000). We opteren om deze vorm enkel te gebruiken in geval we via de andere twee wegen niet aan voldoende respondenten geraken om vier focusgroepen samen te stellen. We zijn van mening dat de respondenten openlijker zullen praten wanneer ze zelf spontaan gekozen hebben om deel te nemen aan ons onderzoek.

Concreet dienen er veel inspanningen geleverd te worden om ervoor te zorgen dat de respondenten zullen opdagen. Afsprakenkaartjes, herinneringstelefoontjes, enz. zijn hierbij goede hulpmiddelen (Bloor e.a., 2001). Wie ingaat op de uitnodiging, zal dan ook onmiddellijk een dankbriefje met hierbij de instructies en wegbeschrijving krijgen (zie bijlage II). Het is voor de verpleegkundigen belangrijk dat de uitnodiging minstens anderhalve maand op voorhand wordt opgestuurd, zodanig dat ze dit kunnen plannen in hun werkschema.

#### **2.4.5. Het scenario van de focusgroep**

De voorbereiding van een focusgroepdiscussie is niet compleet wanneer er geen topiclijst is opgesteld. Afhankelijk van de ervaring van de onderzoeker kan dit vrij gedetailleerd gebeuren of kan er een algemeen plan worden opgesteld met enkele topics (Vaughn e.a., 1996).

We kozen ervoor dit vrij gedetailleerd aan te pakken en de literatuurstudie uit vorig hoofdstuk was hierbij een grote hulp om de thema's te selecteren. We geven hieronder weer hoe we te werk zijn gegaan om onze hoofdthema's uit te kiezen.

##### **2.4.5.1. Selectie van de thema's (operationalisering)**

We vertrokken hiervoor weer vanuit het begrip ouderenmishandeling en de zes vormen waarin ze kan voorkomen, namelijk de lichamelijke, psychische, financiële en seksuele mishandeling, de verwaarlozing en de schending van rechten.

Bekijken we de literatuurstudie van ons vorige hoofdstuk nauwkeurig, dan kunnen we hieruit afleiden dat ontspoorde zorg op financieel vlak niet voorkomt. Er was immers besloten dat datgene wat onder ‘strafrechterlijke grensoverschrijding’ valt of ‘met kwade bedoeling’ plaatsgrijpt, beschouwd werd als mishandeling. Deze vorm komt dus voor ons onderzoek niet in aanmerking. Diezelfde gedachtegang trokken we door naar de seksuele mishandeling. Hoewel de grensoverschrijding hier niet altijd duidelijk zal zijn, kozen we er toch voor om dit thema niet te behandelen. Pragmatische redenen (o.a. weinig informatie te vinden in de literatuur) liggen mee aan de basis van deze beslissing.

Gaan we dieper in op de resterende vormen van mishandeling, dan leren we uit onze literatuurstudie dat er sprake kan zijn van ontspoorde zorg op lichamenlijk vlak, op psychisch vlak en als verwaarlozing (vorig hoofdstuk deel 1.2.2.1; deel 1.2.2.2. en deel 1.3.1.1.). Omwille van de begripsverwarring tussen deze drie begrippen en de overlapping in de manier waarop ze kunnen voorkomen, opteerden we ervoor om deze vormen te plaatsen onder de noemer ‘ontspoorde zorg op lichamenlijk en psychisch vlak

De derde categorie werd het institutioneel geweld. Het is een vorm van mishandeling die specifiek gekoppeld wordt aan de intramurale zorgverlening en van daaruit dicht bij ons onderwerp staat. Gezien hier de grensoverschrijding niet altijd zo duidelijk is, kan men ook hieronder ontspoorde zorg verstaan.

Op deze manier hebben we nu drie categorieën voor ons onderzoek: **ontspoorde zorg op lichamenlijk vlak, ontspoorde zorg op psychisch vlak en ontspoorde zorg door schending van rechten.** We bedoelen hiermee de subtiele vormen van lichamenlijke en psychische mishandeling of schending van rechten, waarbij de interpersoonlijke grensoverschrijding gebeurt uit onmacht, onkunde of onwetendheid.

Deze categorieën zijn natuurlijk veel te breed en te vaag om in de focusgroep aan bod te laten komen. Daarom zochten we naar enkele thema’s waarrond we de discussie konden opbouwen. Via een gedetailleerde studie van literatuur gingen we uitzoeken onder welke vormen de voorgaande categorieën voorkomen. We maakten geen onderverdeling in subcategorieën zodanig dat de realiteit zo genuanceerd mogelijk werd weergegeven. De volledige lijsten kunnen worden teruggevonden in bijlage III.

Uit deze lijsten selecteerden we de meest voorkomende vormen van ontspoorde zorg en deze werden de thema’s voor de focusgroepdiscussie. We volgden hiervoor de redenering dat



verpleegkundigen waarschijnlijk het meest te maken krijgen met die veel voorkomende vormen van ontsporing en dat zij hier beter kunnen over praten vanuit hun eigen ervaring.

**Samenvatting voor dit onderzoek:** De centrale thema's die binnen onze bevraging aan bod zullen komen zijn ontspoorde zorg op lichamelijk vlak, ontspoorde zorg op psychisch vlak en ontspoorde zorg door schending van rechten. Deze thema's worden geoperationaliseerd door verpleegkundigen te vragen naar hun ervaring rond het fixeren van bewoners, het geven van psychofarmaca, het objectmatig behandelen van bewoners en het schenden van privacy, zelfbeschikking en vrijheid.

Deze thema's zullen als basis dienen voor het opstellen van de vragenlijst. De manier waarop die wordt samengesteld wordt hieronder uitgelegd.

#### **2.4.5.2. Het opstellen van de vragenlijst**

Niet alle vragen hebben een identiek gewicht. Sommige vragen dienen om de respondenten gemakkelijk aan het praten te krijgen of als inleiding op een moeilijkere vraag. Deze vragen zullen vlugger afgehandeld worden. Hoe belangrijker de vraag voor het onderzoek, hoe meer tijd er zal uitgetrokken worden voor de behandeling ervan (Krueger e.a., 2000).

Een focusgroep neemt gemiddeld twee uur in beslag. Het is noodzakelijk de vragenlijst in een tijdsschema te plaatsen om de discussie vlot te laten verlopen. De aanvangstijd en slottijd dienen gerespecteerd te worden (Bloor e.a., 2001).

Er zijn in wezen vijf categorieën van vragen, elk met hun eigen functie binnen het verloop van de focusgroep (Krueger e.a., 2000; Vaughn e.a., 1996).

- De openingsvraag: De bedoeling hiervan is de respondenten op hun gemak te stellen. Het is een rondvraag waarop elke respondent dient te antwoorden.

**Hoe lang werkt U op een afdeling voor dementerende ouderen en hoe bent U daar terecht gekomen?**

- De introductievragen: Deze vragen leiden het onderwerp van de discussie in. Het zijn meestal open vragen waardoor de moderator een beeld krijgt van de ideeën die leven bij de respondenten.

**Wat verstaat U zelf onder ontspoorde zorg?**

**Kan U hier voorbeelden van geven?**

- De transitievragen: Hierdoor verkrijgt men een overgang tussen de algemene inleiding tot het onderwerp en de uiteindelijke thema's. De respondenten worden gevraagd om dieper op de materie in te gaan. Men krijgt al stilaan een beeld over het standpunt van elke respondent ten overstaan van het onderwerp.

**Wat is uw ervaring betreffende ontspoorde zorg op psychisch en lichamelijk vlak en op het vlak van schending van rechten?**

**Welke vormen van ontspoorde zorg komen volgens U het meeste voor en waarom?**

- De sleutelvragen: Deze vragen zijn voornamelijk de drijfveer van het onderzoek. Hiervoor zal de meeste tijd worden uitgetrokken. Afhankelijk van het onderwerp kunnen twee tot vijf subthema's behandeld worden. Men trekt per vraag tien à twintig minuten antwoordtijd uit. De thema's voor dit onderzoek haalden we uit de literatuur (zie punt 2.4.5.1.). Omwille van pragmatische redenen kozen we drie vormen van ontspoorde zorg: lichamelijke ontsporing, psychische ontsporing en schending van rechten. Binnen deze categorieën zochten we via de literatuur de meest besproken vormen uit, die we gebruikten als onze centrale thema's. In onderstaande kader worden ze oppervlakkig toegelicht. Het volledige scenario kan men terugvinden in de bijlage IV.

- ▶ **Fixeren van bewoners: Welke factoren kunnen hiertoe leiden?**
- ▶ **Het geven van psychofarmaca: Hoe kan misbruik hiervan verklaard worden?**
- ▶ **Onevenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod: “Bestaat er een gevoel van machteloosheid bij verpleegkundigen?”**
- ▶ **De bewoner als object behandelen: Wat kan hier de aanleiding toe zijn?**
- ▶ **Schending van rechten: Wat maakt dat op dit vlak de grenzen worden overschreden?**

- De slotvragen: Om de discussie op een geschikte manier af te sluiten, kan er gebruik gemaakt worden van drie typen van vragen: een reflectievraag over alle thema's, een samenvattingvraag of een finale vraag. Gezien een reflectievraag veel tijd in beslag neemt, beperken we ons tot de twee laatste typen van vragen na eerst een korte samenvatting te geven.

**Heb ik Uw standpunt correct samengevat?**

**Wenst er nog iemand iets aan toe te voegen?**

Buiten het doorlopen van de vragenlijst, wordt bij aanvang van de focusgroep de bedoeling van het onderzoek uitgelegd. Verder wordt er duidelijk gemaakt hoe men te werk zal gaan tijdens de focusgroep: het vraagstellingprincipe komt aan bod alsook afspraken rond drank- of toiletgebruik en dergelijke meer. Het gebruik van de geluidsopname wordt besproken. De reden hiervoor is dat er getracht wordt zoveel mogelijk informatie te verzamelen en dat schriftelijke nota's hiervoor ontoereikend zijn (Krueger e.a., 2000). Er worden wel nota's genomen tijdens het gesprek om eventueel bijkomende vragen te kunnen stellen of om de samenvatting op te baseren.

De anonimiteit van de deelnemers wordt verzekerd. De afspraak is dat ze tijdens de focusgroep enkel hun voornaam zullen kenbaar maken. Men hoeft dus niet te zeggen in welke instelling men werkzaam is.

#### **2.4.6. Transcriptie van de discussie**

Na de gegevensverzameling beschikt men over een grote hoeveelheid aan ongestructureerd materiaal: op tape (audiocassette) vastgelegde groepsdiscussies.

Door de transcriptie creëren we een controleerbaar databestand, waarop later de analyse kan gebaseerd worden (Bloor e.a., 2001; Krueger e.a., 2000).

Vooraleer de transcriptie wordt uitgevoerd, worden er keuzes gemaakt rond wat er wordt opgenomen en wat niet, hoe segmenten worden afgebakend en in hoeverre non-verbale aspecten mee opgenomen worden (Bloor e.a., 2001).

We opteerden ervoor om in de transcriptie van dit onderzoek alle verbale informatie integraal op te nemen, zonder samenvattingen te maken. Dergelijke manier van werken vergt natuurlijk veel tijd. Een twee uur durende focusgroep uitschrijven, kan gemiddeld acht tot twaalf uur in beslag nemen (Krueger e.a., 2000).

Daar waar de technische hulpmiddelen niet voldoen, kunnen ook stukken van de verbale informatie verloren gaan (de respondenten spreken te stil of door elkaar). Zoals Silverman zegt in Bloor (2001, p. 59) "*there exist no perfect transcript*". Het is dan ook belangrijk dat er aangegeven wordt waar bepaalde delen ontbreken. Door de transcriptie zo vlug mogelijk na

de discussie uit te voeren, werden problemen bij moeilijk verstaanbare zinnen echter tot een minimum herleid.

Verdere regels werden in acht genomen (Bloor e.a., 2001; Krueger e.a., 2000):

- elke uitspraak wordt voorafgegaan door de fictieve naam van de persoon die aan het woord is;
- indien de stem niet herkend wordt, zal de spreker aangeduid worden met 'Resp.';
- uitspraken van de moderator worden voorafgegaan door de letter M;
- elk gesproken woord moet worden weergegeven, ook wanneer men gelijktijdig praat;
- uitingen zoals "euh en hé" worden zoveel mogelijk genoteerd evenals pauzes of gelach;
- de volgorde van het scenario wordt gerespecteerd.

De volledige transcriptie zal in een apart ingebonden bijlage te lezen zijn.

### **2.4.7. De analyse**

Bij de start van de analyse van een onderzoek houdt men duidelijk voor ogen wat het doel van het onderzoek was, wat men wou te weten komen. Via de focusgroepdiscussies wordt immers een grote hoeveelheid aan gegevens bekomen waarin men verloren zou lopen, mocht het doel ervan niet goed uitgezet zijn (Krueger e.a., 2000).

Analyseren betekent hier in de eerste plaats het rangschikken van die hoeveelheid aan kwalitatieve gegevens. Maar het betekent ook patronen zoeken in het materiaal om de vraagstelling te kunnen beantwoorden (Wester e.a., 2003).

Een focusgroep-analyse heeft drie belangrijke kenmerken (Krueger e.a., 2000). Als eerste zorgt men ervoor dat de analyse systematisch en sequentieel gebeurt. Er wordt op een doordachte en geplande manier te werk gegaan. Dit is een proces dat steeds verder evolueert. Dergelijke systematische en sequentiële procedure verzekert de onderzoeker ervan dat de resultaten werkelijk reflecteren wat in de focusgroepen werd meegedeeld (Krueger e.a., 2000). De kern van deze werkwijze is het lezen van de transcripties in de drievoudige betekenis van waarnemen, selecteren en interpreteren. Daarbij legt de onderzoeker een verband tussen de segmenten uit het materiaal en het voorlopige begrippenkader, ook 'het coderen' genoemd. Het betekent dat de onderzoeker behoefte heeft aan hulpmiddelen om de koppeling van codes en tekstsegmenten te beheren, een overzicht te kunnen behouden en

segmenten met eenzelfde code met elkaar te kunnen vergelijken (Wester e.a., 2003). Dergelijk hulpmiddel kan een computerprogramma zijn ( zie verder punt 2.4.8. ).

Het tweede kenmerk van een focusgroep-analyse is de betrouwbaarheid. Hiermee bedoelt men dat andere onderzoekers tot een soortgelijke conclusie moeten komen wanneer zij gebruik maken van dezelfde data en hulpmiddelen (Krueger e.a., 2000).

Als laatste kenmerk beschouwen we de analyse als een creatief en continu proces. Het onderscheid tussen dataverzameling en analyse is zeer duidelijk bij een kwantitatief onderzoek. Daartegenover begint de analyse bij focusgroepen al vroeger. De gegevens van de eerste focusgroep worden al grondig doorgenomen om zo de dataverzameling te verbeteren of aan te passen. Vooral bij onervaren moderators kan het een goede hulp zijn voldoende tijd te plannen tussen de verschillende focusgroepen. Men heeft dan de mogelijkheid om de transcriptie te maken en grondig door te nemen. Hieruit kan men opmaken of er dieper moet ingegaan worden op een bepaalde vraag of thema (Krueger e.a., 2000). Wij planden onze focusgroepen daarom ook gespreid (december – februari/maart). Verder is het lezen van het onderzoeksmateriaal een creatief proces. Er is een voortdurende reflectie op het waarnemingsmateriaal en de ordeningscategorieën. Daarbij komt de onderzoeker op ideeën en inzichten die in memo's kunnen worden vastgelegd. Het uitschrijven van deze gedachtesprongen is een belangrijk hulpmiddel bij de interpretatie (Wester e.a., 2003).

We hebben al even melding gemaakt dat bij de analyse van de gegevens bepaalde computerprogramma's als hulpmiddel kunnen gebruikt worden om de grote hoeveelheid aan data overzichtelijk te maken. We trachten dit dan ook verder toe te lichten.

#### **2.4.8. De bijdrage van de computer in de kwalitatieve analyse**

De afgelopen decennia zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van het gebruik van de computer bij kwalitatieve analyse. Verschillende computerprogramma's werden ontwikkeld die de analyse van een grote hoeveelheid data kunnen ondersteunen (Atlas-ti, Kwalitan, NVivo e.a.). Hieronder moet men verstaan dat de computer als 'hulpmiddel' wordt gebruikt in een analyseprocedure die de onderzoeker bepaalt (Wester e.a., 2003).

We maakten gebruik van Atlas-ti voor de analyse van de onderzoeksdata. Dit programma is bijzonder geschikt voor de analyse van materiaal dat niet via de formele, statistische benadering kan behandeld worden, zoals de data die via de focusgroepen werden verzameld. Het programma wordt gezien als hulpmiddel voor theorievorming. Dit heeft als voordeel dat

er minder functies zijn voorgeprogrammeerd en meer beslissingen over de wijze van ordenen worden verlangd van de gebruiker. Hierdoor biedt Atlas-ti veel vrijheid. Het risico hiervan is dat de onderzoeker die werkt met een te vage vraagstelling verdrinkt in de mogelijkheden (Weenink, 2002).

#### **2.4.8.1. De basisprincipes van het computerprogramma Atlas-ti**

De basisprincipes van Atlas-ti zijn samengebracht in het acroniem VISE: ‘visualization’, ‘integration’, ‘serendipity’ en ‘exploration’.

Weenink (2002) en Muhr (1997) beschrijven dit als volgt:

- **Visualization** is de grafische functie waardoor men de weergave krijgt van tekstgedeelten.
- **Integration** staat voor de werkwijze waarbij optimaal gebruik kan worden gemaakt van alle mogelijkheden die Atlas-ti biedt. Deze werkwijze kenmerkt zich door het gelijktijdig analyseren en theoretisch reflecteren. Atlas-ti biedt meerdere wijzen van coderen van het materiaal waaruit wij de ‘upfront coding’ verkozen. Dit is het geval als een op voorhand bepaald codeerschema wordt gehanteerd om specifieke onderzoeksvragen te beantwoorden (zie verder 2.4.8.2.)
- Met **Serendipity** bedoelen de auteurs dat Atlas-ti een bijzonder flexibele analyse mogelijk en daardoor de kans op onverwachte bevindingen mogelijk groter is.
- Bij **Exploration** gaat het ook over de grote flexibiliteit maar dan op gebied van coderen en ordenen, zonder dat een van te voren ontwikkeld stramien hoeft gebruikt te worden. Verkennen van de data betekent het aanbrenge van een hiërarchie van verzamelingen tekstdelen en het leggen van verbanden tussen de segmenten.

#### **2.4.8.2. De procedure van het analyseren**

Met behulp van het Atlas-ti programma stelden we een inventaris op van de verschillende aspecten die aan bod kwamen tijdens de focusgroepen. Deze inventaris werd opgesteld vanuit twee perspectieven die aanleunen bij onze onderzoeksvragen: de definiëring van ontspoorde zorg en de contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan.

Het principe dat we hier hanteerden is een analyse op drie niveaus. We vertrekken vanuit een beschrijving van alles wat onder deze twee perspectieven valt. Dit doen we aan de hand van een selectie van tekstfragmenten, die hier rechtstreeks mee te maken hebben. De gehanteerde terminologie in het Atlas-ti programma is het maken van ‘quotations’, wat in dit geval onze

analyse op het eerste niveau zal zijn. We verfijnen de analyse door de tekstfragmenten op te delen in categorieën en subcategorieën, wat meteen ons tweede en derde niveau van analyseren was. We doen dit via het upfront codingsysteem dat hieronder voor de twee perspectieven wordt weergegeven.

1. Beschrijving van ontspoorde zorg			
2. Algemene termen		Vormen	
3. ontspoorde zorg op lichamelijk vlak	ontspoorte zorg op psychisch vlak	ontspoorte zorg op schending van rechten	ontspoorte zorg op andere aspecten

1. Contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan			
2. interne attributies		externe attributies	
3. kenmerken van het personeel	kenmerken van van de bewoner	kenmerken van van de instelling	kenmerken van van de omgeving

Van hieruit kan er gezocht worden naar samenhang tussen de verschillende niveaus wat ons brengt tot de uiteindelijke interpretatie. Deze zal weergegeven worden in het hoofdstuk van de resultaten.

## **2.5. Samenvatting**

De onderzoeksvraag en doelstelling van dit onderzoek bepaalden in grote mate de keuze van de onderzoeksmethode. Er werd hier dan ook geopteerd voor een kwalitatief, explorerend onderzoek.

Het kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door zijn niet-directieve waarnemingsmethode. Het spitst zich toe op een eerder beperkte setting, waardoor generaliseerbaarheid niet mogelijk is. Verder vraagt deze onderzoeksmethode een zekere mate van empathie van de onderzoeker, om de realiteit van de respondenten te kunnen begrijpen.

De doelstelling van dit onderzoek richtte zich tot het trachten te verklaren van de aard van een verschijnsel, namelijk 'ontspoorde zorg bij dementerenden'. We ondernamen een poging om de betekeniswereld van verpleegkundigen betreffende dit onderwerp te exploreren aan de hand van een beschrijvende en verklarende component.

Er werd gekozen voor een eerder specifieke vorm van dataverzameling, de focusgroep. De motivatie hiertoe was dat het een geschikt medium leek om de realiteit vanuit de respondenten weer te geven over dit eerder gevoelige onderwerp. Ook de groepsdynamiek die in dergelijke discussies kan ontstaan, ondersteunde de keuze.

We werkten met homogene, doelgericht samengestelde groepen van vier tot maximum acht verpleegkundigen. Er werden drie (of vier) groepen samengesteld om zo te komen tot saturatie van gegevens.

De respondentenwerving via de 'piggyback' manier en via het aanschrijven van RVT's was arbeidsintensief en tijdsrovend, maar leverde uiteindelijk toch een aantal focusgroepen op.

Via een grondig voorbereid scenario, dat steunde op literatuurstudie, werd een grote hoeveelheid aan gegevens geanalyseerd. De groepsdiscussies werden hiervoor op audiocassette opgenomen en volledig uitgeschreven.

Nadien gebeurde de analyse met behulp van het computerprogramma Atlas-ti. Dit flexibel programma geeft voldoende vrijheid aan de onderzoekers om hun indeling in segmenten en categorieën zelf te bepalen.



## **Hoofdstuk 3: De resultaten**

### ***3.1. Inleiding***

In de voorgaande hoofdstukken werd toegelicht wat onder ontspoorde zorg binnen de intramurale zorgverlening kan verstaan worden en hoe ze zou kunnen ontstaan. De onderzoeksmethode werd eveneens beschreven.

In dit hoofdstuk gaan we de uiteindelijke resultaten van het onderzoek bekijken. We tonen de moeizame respondentenwerving en geven een algemeen beeld van de onderzoekspopulatie weer. Daarna gaan we dieper in op de onderzoeksresultaten, die we belichten vanuit twee invalshoeken. Ten eerste bekijken we wat de verpleegkundigen verstaan onder ontspoorde zorg en in welke vormen dit volgens hen voorkomt. In het tweede deel trachten we te omschrijven welke attributies de verpleegkundigen aan ontspoorde zorg toekennen. We geven dus eerst de resultaten weer aan de hand van de opinies die in de focusgroepen aan bod kwamen. Tot slot trachten we hieruit een algemeen besluit te vormen.

### ***3.2. De respondenten***

In dit gedeelte beschrijven we hoe moeilijk het was om voldoende deelnemers te vinden voor de focusgroepen. Verder geven we een algemeen beeld van de uiteindelijke respondenten.

#### **3.2.1. Een moeizame respondentenwerving**

Onze optie was om vier focusgroepen te houden met gemiddeld zes deelnemers. De motivatie voor deze keuze is terug te vinden op punt 2.4.3.

De respondentenwerving verliep niet vlot maar uiteindelijk konden we toch vier focusgroepen samenstellen. Twee groepen met vier deelnemers en twee groepen met zeven personen. We moesten hiervoor de drie wegen bewandelen die beschreven staan in punt 2.4.4.

### **3.2.1.1. Respondentenwerving via de ledenlijst**

In een eerste fase hebben we contact opgenomen met het NVKVV en de NNBBV. De voorzitters stonden ons vriendelijk te woord maar konden geen ledenlijst vrijgeven omwille van de privacy. Vermits we hier vast zaten, besloten we een andere weg in te slaan en namen contact op met het expertisecentrum Orion (cf. 2.4.4.).

Via Orion kregen we de inschrijvingslijst van verpleegkundigen die bij hen opleiding volgden als referentiepersoon dementie. Op deze manier konden we 55 personen aanschrijven. Hieruit volgden 9 positieve antwoorden. De volgende stap was elke persoon telefonisch te contacteren, wat nog 3 deelnemers opleverde. We hadden dus een non – respons van 43.

Hieronder geven we de redenen van de non-respons weer:

De data schikken niet	4
Niet (meer) werkzaam op een afdeling voor dementerenden	7
Het onderwerp stelt de verpleegkundigen in een slecht daglicht	2
Geen interesse om aan dergelijk onderzoek mee te doen	5
Men krijgt er geen financiële vergoeding voor	3
Onzinnig onderwerp: de dementerende weet het toch niet als men hem slecht behandelt	3
Angst dat de directie het te weten komt	4
Geen verpleegkundige	3
Geen tijd; er wordt te dikwijls gevraagd om aan onderzoek mee te doen	3
Langdurige ziekte	2
Foutief adres	1
Niet telefonisch kunnen bereiken	6
<b>Totale non-respons</b>	<b>43</b>

Uit de 12 positieve antwoorden konden dus twee focusgroepen worden samengesteld, beiden met telkens 6 deelnemers. Uiteindelijk hebben 3 personen zich ziek gemeld en is er één iemand niet komen opdagen .

### **3.2.1.2. Het aanschrijven van rust- en verzorgingstehuizen**

In een tweede fase stuurden we 30 uitnodigingen per brief of per mail naar de RVT's in de regio Antwerpen. Om pragmatische redenen werd de regio Antwerpen gekozen (cf. 2.4.4.). Na veertien dagen werd met de instellingen en bij voorkeur met de hoofdverpleegkundige van de afdeling voor dementerende bewoners, telefonisch contact opgenomen. Dit alles leverde echter maar drie reacties op; te weinig om nog een focusgroep te laten doorgaan. In een

volgende fase stuurden we opnieuw uitnodigingen, maar nu naar alle RVT's in de provincie Antwerpen die beschikken over een afzonderlijke afdeling voor dementerende ouderen. We baseerden ons hiervoor op het 'Jaarboek van de ouderenvoorzieningen – editie 2003'. Er werden 65 uitnodigingen verstuurd en kregen hier 4 positieve reacties op. Na telefonische contactname met 14 instellingen hadden we nog 3 respondenten en konden we uiteindelijk een focusgroep vormen van 7 personen. Omdat we op deze manier geen vierde groep konden samenstellen en de tijd begon te dringen, besloten we respondenten te werven via de 'piggyback' methode, wat we hieronder toelichten.

We geven eerst nog de redenen van de non-respons weer:

Directie wordt overstelpt met enquêtes e.d.	4
Directie ziet het nut er niet van in	2
(Hoofd)verpleegkundige wil vrije tijd niet opofferen	3
(Hoofd)verpleegkundige heeft angst om mee te doen buiten medeweten van directie	1
(Hoofd)verpleegkundige heeft geen interesse	1
Geen reactie op brief en niet telefonisch gecontacteerd	47
<b>Totale non-respons</b>	<b>58</b>

### **3.2.1.3. De 'piggyback' methode**

We maakten gebruik van deze methode door aan te sluiten bij een kaderopleiding voor verpleegkundigen via het NVKVV. Tijdens de lesmodule 'ouderenmishandeling' mocht onder de studenten, bij wijze van denkoefening, de focusgroep gehouden worden. We behielden ons criterium, namelijk dat de deelnemers aan de focusgroep als verpleegkundige werkzaam moesten zijn op een afdeling voor dementerende bewoners. We kregen een groep van 7 respondenten bij elkaar. Hun medestudenten observeerden de sessie en konden achteraf hun bevindingen formuleren.

We hebben zojuist aangetoond dat de respondentenwerving niet vlot verliep. We schetsen nu een algemeen beeld van de deelnemers aan de focusgroepen.

### 3.2.2. Een algemeen beeld van de respondenten

Aangezien onze onderzoeksgroep slechts uit 22 personen bestaat, geven we de absolute cijfers weer. Het gaat om een opsomming van volgende gegevens: geslacht, functie in het RVT en aantal dienstjaren op de afdeling voor dementerenden. Vermits het niet de bedoeling was om een oorzakelijk verband te schetsen tussen ontspoorde zorg en bepaalde kenmerken van onze respondenten, hebben we ervoor gekozen hen niet naar hun leeftijd of diploma (A1 of A2) te vragen.

De gegevens die we hier weergeven, hebben enkel betrekking op onze onderzoeksgroep en geven dus geen algemeen beeld van 'rusthuispersoneel' weer.

#### 1. Het geslacht

- mannen (n=3)
- vrouwen (n=19)

#### 2. Functie in het RVT

- nachtverpleegkundige (n=2)
- verpleegkundige met ploegenstelsel (n=9)
- hoofdverpleegkundige (n=11)

#### 3. Aantal dienstjaren op de afdeling voor dementerenden

- de respondent werkt < dan 1 jaar op de afdeling (n=1)
- de respondent werkt >1 en <5 jaar op de afdeling (n=8)
- de respondent werkt >5 en >10 jaar op de afdeling (n=8)
- de respondent werkt >10 en >15 jaar op de afdeling (n=3)
- de respondent werkt > dan 15 jaar op de afdeling (n=2)

Na deze korte schets van de respondenten gaan we nu uitgebreid in op de onderzoeksresultaten.

### **3.3. De onderzoeksresultaten**

We trachten de resultaten te belichten vanuit twee perspectieven, namelijk de beschrijving van ontspoorde zorg en de context waarbinnen ze kan ontstaan. De verschillende onderdelen van dit gedeelte zijn gebaseerd op de indelingen die we maakten tijdens de analyse van de focusgroeps gesprekken. Om de resultaten te illustreren, maken we gebruik van uitspraken van de verpleegkundigen, die onder fictieve namen worden weergegeven. De gebruikte citaten worden weergegeven in een ander lettertype en zijn omkaderd. De referenties van deze uitspraken zijn aangeduid met twee cijfers, die verwijzen naar het tekstbestand in Atlas-ti. Het eerste cijfer verwijst naar de focusgroep waaruit het citaat komt en het tweede cijfer geeft de regellijn weer.

#### **3.3.1. Omschrijving van ontspoorde zorg en vormen**

Doorheen de gesprekken van de vier focusgroepen geven de verpleegkundigen omschrijvingen van wat zij verstaan onder ontspoorde zorg. Zij doen dit aan de hand van praktijksituaties die ze meestal illustreren met concrete voorbeelden.

We trachten hieronder de hoofddaccenten weer te geven die volgens de verpleegkundigen kenmerkend zijn voor ontspoorde zorg.

##### **3.3.1.1. Algemene omschrijving van ontspoorde zorg**

Het was blijkbaar moeilijk voor de verpleegkundigen om een algemene omschrijving of ‘definitie’ te geven over ontspoorde zorg. Hun manier om deze term duidelijk te maken, was het opsommen van situaties die zij als dusdanig beschouwen. Zo benoemden zij ‘het te sterk gericht zijn naar huishoudelijke taken’, ‘het routinematig en ondoordacht werken’ en ‘het slecht hanteren van de regels of het ritme van het huis’ als ontspoorde zorg. De verpleegkundigen geven ook aan dat ontspoorde zorg te maken heeft met ‘een vage grensoverschrijding’, en ‘gebrek aan kwaliteitszorg’. We overlopen hier achtereenvolgens al deze aspecten.

### **A) Te sterke gerichtheid naar de huishoudelijke (technische) taken**

Verpleegkundigen hebben buiten het wassen, kleden, voeden,... van de bewoners ook nog een aantal 'huishoudelijke taken' zoals bedden opdekken, wc-stoelen afwassen en dergelijke meer. In de vier groepen komt het regelmatig aan bod dat men kan spreken over ontspoorde zorg wanneer er teveel aandacht gaat naar deze technische taken en te weinig aandacht naar de persoon zelf.

*M: "In welke situaties zie je nu deze ontspoorde zorg optreden?"*

*An: "Zeker en vast als er veel bijtaken moeten gebeuren. Dan wordt daar alleen maar aan gedacht en komt het car- wash principe boven."*

*M: "Benoem eens concreet die bijtaken?"*

*An: "Euh...De badkamer opkuisen, de speelruimte die nog moet gedaan worden...". (1/1140)*

*Anke: "Want wij zijn altijd zo op het technische gefixeerd. De was moet nog gedaan, dat bed moet gedekt worden. De mensen hebben meer nood aan... Dat is dan ontspoorde zorg." (3/210)*

### **B) Het routinematig en ondoordacht werken**

Een aspect dat met het voorgaande samenhangt, is dat van het routinematig werken. Hoewel de verpleegkundigen beseffen dat werken bij dementerende bewoners een grote mate van flexibiliteit vereist, houden zij zelf graag vast aan hun routine. Hieronder verstaan zij een aantal zaken: het werken volgens een vast stramien, handelingen stellen uit gewoonte, zonder er verder bij na te denken, ... Deze zaken beschouwen zij als ontspoorde zorg.

*Els: "Euh... ontspoorde zorg (...) Dat het dan eigenlijk routinematig gebeurt, bandwerk, alles zomaar afwerken." (1/47)*

Zij geven hierbij aan dat dit zowel door mensen gebeurt die al jaren werken als door jonge verpleegkundigen.

*Wendy: "Als je al jaren in het vak staat dan is dat gewoonte." (1/1166)*

*Sara: “Ze komen pas van school (...) En die haken dan af en op de duur vervallen die ook in routinematig werken.” (4/1406)*

Het feit van routinematig te werken, zonder er verder bij na te denken, belichten de verpleegkundigen vooral in de bevraging naar het fixeren van dementerende bewoners. Hierin geven zij een nuanceverschil weer: zij zijn van mening dat fixeren niet altijd mag beschouwd worden als ontspoorde zorg. Wanneer zij een fixatiemiddel gebruiken om de bewoner te beschermen, valt dit volgens hen niet onder de noemer ontspoorde zorg (3/54). Wanneer zij echter ondoordacht gaan handelen, of een bewoner fixeren ‘uit gewoonte’, dan kan dit volgens de verpleegkundigen gezien worden als ontspoorde zorg.

*Rita: “(...) Fixatie hé dat zomaar laten gebeuren dat vind ik ontspoorde zorg.” (2/56)*

*Karen: “ Zolang je er met rede over nadenkt, is het volgens mij geen ontspoorde zorg. Doe je het uit gemak of gewoonte, ‘die zit toch altijd vast’, dan is dat ontspoorde zorg.” (3/437)*

### **C) Het slecht hanteren van de regels of het ritme van het huis**

Het werken volgens een vastgelegd ritme of structuur heeft volgens de respondenten niet enkel te maken met routine maar ook met de regels van het huis. Onder de regels van het huis verstaan zij onder andere de ochtendverzorging die binnen bepaalde uren moet gebeuren, of de mictietraining, het ontbijtgebeuren op vast tijdstip enzovoort.

Of dit dan kan gezien worden als ontspoorde zorg omschrijft Luc van groep 3 op de volgende manier:

*“Het is nog geen ontspoorde zorg als je toch een aantal regels moet hanteren. De manier waarop die gehanteerd worden, maakt het ontspoord.” (3/2262)*

Ditzelfde komt aan bod in groep 4:

*Martine: “(...)Je weet ook wel, bijvoorbeeld dat op toilet zetten. (...) Maar dan komt de manier waarop, met respect en discretie. Dan is het niet ontspoorde zorg.” (4/1674)*

Tijdens het bespreken van het thema over de schending van rechten komt het hanteren van regels ook regelmatig ter sprake. De verpleegkundigen stellen dat er een onderscheid moet

gemaakt worden tussen te streng hanteren van regels en het geven van een vaste structuur, die gunstig blijkt in de benadering van dementerende bewoners.

*Els: "Dit is geen schending van rechten maar zorgen voor een vaste structuur. Als je bij dementerenden, bijvoorbeeld als je de ene morgen hem eerst wast en dan laat eten en de andere dag doe je dit omgekeerd. Dan zijn ze hun kluts kwijt. Ze zijn dan uit hun doen. Maar dan moet je hier niet zeggen 'geen keuze'. Nee, bij dementen primeert de structuur. Maar ook met grenzen." (1/1736)*

Deze laatste zin geeft aan dat verpleegkundigen hier ook een nuancering willen aantonen, net zoals bij fixatie, waar men kan spreken over ontspoorde zorg. De verpleegkundigen van groep 2 en groep 4 stellen bijvoorbeeld: wanneer organisatorische veranderingen die in het voordeel zijn van de bewoners niet worden doorgevoerd, omdat men het al zo lang op die manier gewend is, mag men dit beschouwen als ontspoorde zorg.

#### ***D) De vage grensoverschrijding***

In de bovenstaande omschrijvingen van ontspoorde zorg bij dementerenden, laten de verpleegkundigen merken dat de grensoverschrijding bij ontspoorde zorg niet altijd zo duidelijk is. Dit blijkt vooral uit de nuanceringen die zij weergeven bij fixatie en schending van rechten. Ook het onderstaande citaat in verband met medicatiemisbruik geeft die nuancering of die vage grens ook aan.

*Ilse: "Ja, een suchroseke. Je zou ook kunnen zeggen, 'doe je dat of doe je dat niet?' Je maakt de mensen iets wijs of niet?"*

*Rita: "Ja ik denk dat we dikwijls met dat afwegen... euh...wat, allé dat is allemaal geen ontspoorde zorg hé. Het ligt ook soms moeilijk want het is heel subtiel." (2/837)*

*Mieke: "(...)Dan zeker is dat moeilijk om te weten of je niet over de grens gaat." (3/432)*

Hun maatstaf in dit afwegen is het 'goed doen' naar de bewoners toe (1/468). Zo spreekt Luc in groep 3 regelmatig over het handelen 'in eer en geweten'. Verder geven de respondenten van groep 3 aan dat men bij ontspoorde zorg niet kan uitgaan van een vaste maatstaf, maar dat men het individueel per bewoner moet bekijken en beoordelen (3/2172).



Zij beschouwen ontspoorde zorg als ‘zorg die niet afgestemd is op de individuele bewoner, zoals die voor u staat’ (3/117).

### ***E) Gebrek aan kwaliteitszorg***

Samenhangend met de individueel gerichte zorg, is wat verpleegkundigen verstaan onder ‘kwaliteitszorg’: “*Het voldoen aan alle eisen of euh... aan alle tegemoetkomingen voor de bejaarden.*” (1/52). Wanneer dit onmogelijk is, spreken zij over ontspoorde zorg.

Een uiting van ontspoorde zorg kan dan zowel het ‘teveel zorgen geven’ als het ‘te weinig zorgen bieden’, zijn.

Wendy: “*(...) Kwalitatief niet helemaal doen wat zou moeten gebeuren, denk ik.*” (1/294)

Mieke: “*Ik zie het als een goede zorg willen geven maar mensen te veel willen ontnemen. Zo betuttelend overkomen. Te rap zeggen van ‘het gaat niet goed, kom ik zal het wel doen’. Teveel zorg een stukje geven.*”

Mia: “*Of het omgekeerde. Gemakkelijk zeggen ‘het zal wel gaan’. Er op toezien en eigenlijk niet ingrijpen (...)*” (3/70)

### ***F) Samenvatting***

Uit de vier focusgroepen blijkt dat de verpleegkundigen moeilijk tot een omschrijving van ontspoorde zorg komen. Zij geven aan dat men in de zorg voor dementerenden genuanceerd moet afwegen wanneer men de interpersoonlijke grens in een relatie overschrijdt en wanneer niet. Zij spreken over ontspoorde zorg wanneer de zorgverlening niet voldoende is afgestemd op de bewoner of niet kwaliteitsvol is. Het te sterk gericht zijn naar huishoudelijke taken, het routinematig en ondoordacht werken en het slecht hanteren van de regels of het ritme van het huis, zijn in principe contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan. De verpleegkundigen gebruiken deze contexten om tot een omschrijving van ontspoorde zorg te komen.

Na deze algemene omschrijving van wat de verpleegkundigen uit onze focusgroepen verstaan onder ontspoorde zorg, gaan we dieper in op welke vormen zij hierbij onderscheiden.

### **3.3.1.2. Vormen van ontspoorde zorg**

We bekijken de concrete voorbeelden van ontspoorde zorg bij dementerenden, die de verpleegkundigen in de focusgroepen aanhalen. We proberen ze samen te vatten in drie grote categorieën, namelijk ontspoorde zorg op lichamelijk vlak, op psychisch vlak en de schending van rechten. Op deze manier zijn ze ook aan bod gekomen in de thema's van de groepsdiscussie.

#### ***A) Ontspoorde zorg op lichamelijk vlak.***

Uit de 75 quotaties die we in de teksten hebben aangeduid, kunnen we een aantal subcategorieën afleiden. De eerst twee, 'fixatie' en 'slecht medicatiegebruik' zijn thema's die we uitdrukkelijk besproken hebben in de focusgroep. Verder halen de verpleegkundigen spontaan nog andere subcategorieën aan: 'niet alle zorgen toedienen', 'vlug of gejaagd werken', 'ruw handelen' en 'lange wachttijd'. Binnen deze subcategorieën trachten we de voorbeelden van de verpleegkundigen zo genuanceerd mogelijk weer te geven. We merken op dat niet elke groep dezelfde aspecten aanhaalt, maar dat zij wel voorbeelden geven die tot eenzelfde subcategorie behoren. Om geen aspect over het hoofd te zien, baseerden we ons op voormalige onderzoeken waarvan we de resultaten weergaven in Bijlage III.

We lichten nu vervolgens de zes subcategorieën toe.

#### **A1) Fixatie**

Dat het fixeren van bewoners in sommige gevallen als ontspoorde zorg kan beschouwd worden, werd hierboven al aangehaald (cf. 3.3.1.1./B). We herhalen hier dat de verpleegkundigen het fixeren van bewoners als ontspoorde zorg beschouwen, wanneer zij dit doen uit gemakzucht of ondoordacht handelen. De respondenten geven ook enkele subtiele vormen van deze fixatie als voorbeeld.

Ingrid: "(...) Ik zeg het. Een rolstoel vastzetten, dat is ook een vorm van fixatie. Of aan een tafel blokkeren, dat is ook fixatie en het is dikwijls die fixatie dat ontspoorde zorg is." (1/490)
---

#### **A2) Slecht medicatiegebruik**

Onder ontspoorde zorg op lichamelijk vlak kan ook 'slecht medicatiegebruik' gerekend worden. In de eerste drie focusgroepen geven de verpleegkundigen aan dat zij veelvuldig of buitensporig medicatiegebruik vermijden daar zij rekening trachten te houden met de negatieve gevolgen ervan.

*Marc: “(...) En ik wijs hen altijd op de mogelijke gevolgen ervan. En erbij vermelden ‘dat is toch niet wat we willen’. Dat de dementerende daar zit gelijk een zombie, bij wijze van spreke. Wij hebben de ervaring dat ze slikproblemen krijgen, dat hun voedingstoestand achteruitgaat en zo meer. (...)” 2/551)*

Hoewel ze er naar streven om zo weinig mogelijk medicatie toe te dienen, beschrijven de verpleegkundigen toch situaties waar ze van ontspoorde zorg spreken.

*An: “(...) Maar als ze ambetant zijn, de bewoners, met medicamenten ze al eens stil leggen.” (1/432)*

De verpleegkundigen van groep vier zijn echter van mening dat zij nogal vlug grijpen naar medicatie zonder de oorzaak van het gedrag van de dementerende na te gaan of voldoende te zoeken naar alternatieven.

*Sara: “(...) Wij geven toch wel vrij gemakkelijk. Een pilletje.” (4/717)*

Dit ondoordacht handelen, zonder rekening te houden met de nevenwerkingen van medicatie of het niet voldoende zoeken naar alternatieven is een eerste aspect binnen het ‘slecht medicatiegebruik’. Hierbij aansluitend spreken de verpleegkundigen over het gevaar van een ‘standing order’, wat een uitgeschreven afspraak is die toegepast kan worden in een noodsituatie. Dergelijk order zou kunnen leiden tot ontspoorde zorg, omdat ze dan niet meer gaan nadenken over alternatieven (1/699). Er moet doordacht gehandeld worden en in overleg met het hele team. Dat dit niet altijd gebeurt, geeft het volgende voorbeeld aan.

*Annick: “(...)En daar stond ‘Buronil bij roepgedrag’. Maar dat waren de verzorgenden die op dat moment Buronil gaven en die er dan niet naar keken of niet wisten hoe dat werkt. Die dan gaven en na een uurke of zo, nog maar wat bij gaven omdat ze nog geen reactie zagen. Allé je kan al voorstellen hoe dat afloopt. Op de duur lagen die mensen plat want dan hadden die op één avond misschien vier keer Buronil gehad.” (4/724)*

Verder aansluitend op dit eerste aspect spreken de verpleegkundigen over het feit dat er zeer veel slaapmedicatie (2/812) en antidepressiva worden gegeven. Zij noemen dergelijke feiten ontspoorde zorg omdat men de bewoners ook op een andere manier zou kunnen begeleiden en in veel gevallen medicatie een gemakkelijker oplossing is (4/1311).

Een tweede aspect binnen het ‘slecht medicatiegebruik’ is het dwingen van bewoners om medicatie in te nemen. Dit dwingen ligt volgens hen weer op de grens van ontspoorde zorg. Want wat moeten zij doen met medicatie die noodzakelijk is, zoals hartmedicatie? (2/744).

### **A3) Niet alle zorgen toedienen**

In deze brede subcategorie komen drie aspecten aan bod. Het eerste handelt over het niet volbrengen van ADL activiteiten. De respondenten illustreren dit concreet met het volgende voorbeeld.

Wendy: “(...) *Benen die niet zijn ingesmeerd, valse tanden die niet zijn gepoetst (...).*” (1/292)  
An: “(...) *Oren reinigen, brillen kuisen. Dat zijn dingen die het snelst vergeten worden (...).*”

Het tweede aspect volgens de verpleegkundigen is dat men kan spreken over ontspoorde zorg wanneer men niet aan decubituspreventie doet.

Inge: “*Of handelingen gewoon niet stellen. Bijvoorbeeld mensen die in bed liggen, die wisselhouding nodig hebben, dit uitstellen of gewoon niet doen. Zodat er ook, allé, letsels kunnen ontstaan.*” (4/136)

Ook op gebied van (in)continentie verstrekt men de zorgen niet altijd zoals het behoort. We beschouwen dit als een derde aspect binnen deze subcategorie. Zowel de verpleegkundigen van groep 1 als van groep 4 geven hier voorbeelden van.

Sofie: “*Soms ook bewust de mictietraining niet doen. Dat merk je bij ons ook vaak.*” (4/146)

### **A4) Vlug of gejaagd werken**

Deze subcategorie heeft betrekking op situaties waar alles veel te snel gaat en men het ritme van de bewoners niet volgt. Dergelijke situaties noemen de verpleegkundigen ook ontspoorde zorg. Hun praktijkvoorbeelden zijn onder andere:

Ingrid: “(...) *Dat afgejaag en zo, dan krijg je inderdaad van die verzorging: als je dan vraagt om eens een kussen tussen die beensteunen te steken, dan hebben ze geen tijd of zo rap die benen opheffen, dat doet zeker pijn. (...) Of deze morgen ook, dan komen ze binnen en zeggen ze ‘ik heb al gedaan’. Om half tien! Ik weet niet of de mensen daar zo content mee zijn. Om half acht beginnen en om half tien al gedaan (...)*” (1/214)

Danielle: “*Dan smijt je de washandjes er tegenaan.*” (2/964)

*Sofie: "Ook op gebied van eten is dat zo. Maar als die heel traag eten en er is tijdsgebrek, dan neem je toch die lepel af en geef je het hen rap zelf." (4/1645)*

#### **A5) Ruw handelen tijdens de verzorging**

In verband met dit onderwerp zijn de respondenten ook openhartig. Zo vermelden sommigen het 'brut wassen' (1/323, 3/177). Ook het 'in de rolstoel zwieren, zonder hulp erin gooien', wordt aangehaald (1/312).

*Leen: "Maar slaan is al mishandeling. Ge kunt iemand brut wassen en dat is ontspoorde zorg. Dat je die bij zijn arm moet vasthouden, stevig, omdat hij er anders vanonder muist als je hem wil verschonen of zo." (3/178)*

*Marc: "Ja misschien ook op het randje af, het fysische van iemand die agressie vertoont en dat men die dan wat ruwer, om een stuk te beheersen, wat ruwer zijn arm vastpakken. Dat is eigenlijk al, euh... dat neigt al meer naar mishandeling." (2/113)*

Bovenstaande voorbeelden tonen aan dat de verpleegkundigen ontspoorde zorg trachten te nuanceren van mishandeling.

Een ander aspect van het ruw handelen wordt door één persoon aangehaald. Deze spreekt over 'het knijpen' van bewoners. ('subtiel pitsen' (4/68)).

#### **A6) Lange wachttijd**

Deze laatste subcategorie komt een aantal keer aan bod in de verschillende focusgroepen. Het 'laten wachten' van bewoners rekenen de respondenten onder ontspoorde zorg op lichamen vlak omdat zij het hebben over situaties waar het wachten lichamelijke gevolgen heeft voor de bewoner. Hiermee bedoelen zij: de bewoner laten wachten op drinken, zodanig dat hij dorst lijdt; de bewoner laten wachten om naar het toilet te kunnen enzovoort.

*Rita: "(...) En ze moeten dan naar toilet, maar ze kunnen niet allemaal gelijk en je zegt dan dat ze moeten wachten. Dat is al euh... dat is ontspoorde zorg." (2/51).*

Na deze zes subcategorieën van ontspoorde zorg op lichamen vlak, bespreken we wat de verpleegkundigen verstaan onder ontspoorde zorg op psychisch vlak.

## ***B) Ontspoorde zorg op psychisch vlak***

We trachten hier ook de voorbeelden te bundelen in grotere subcategorieën waarbij we de realiteit zo genuanceerd mogelijk proberen weer te geven. Voor de indeling baseren we ons weer op wetenschappelijke onderzoeken die de verschillende aspecten van psychische mishandeling weergeven (zie Bijlage III). Het valt op dat sommige citaten evengoed als voorbeeld van ontspoorde zorg op lichamelijk vlak of schending van rechten zouden kunnen dienen. We vermelden dit hier expliciet om aan te tonen dat een strikt onderscheid tussen deze vormen niet altijd mogelijk is.

De verpleegkundigen geven in de gesprekken aan dat ontspoorde zorg op psychisch vlak vrij veel voorkomt. Zij onderscheiden negen subcategorieën die hieronder aan bod komen.

### **B1) Onvriendelijk zijn**

In groep 1 spreken de respondenten regelmatig over het onvriendelijk zijn tegen de bewoners. Zij omschrijven dit als ‘meer kribbig zijn, kortaf zijn, afstandelijk zijn,’ ...

### **B2) Roepen**

De verpleegkundigen maken hier nog een onderscheid met het roepen of brullen tegen de bewoners.

An: “(...)Roepen dan tegen die mensen.” (1/908)

Wim: “(...)Dan durf je zo wel eens een keer uit te vallen.” (4/75)

### **B3) Bedreigen**

Wat ook onder ontspoorde zorg op psychisch vlak valt volgens de verpleegkundigen van groep 2 is het bedreigen van de bewoners.

Marc: “(...) Dat terugroepen ‘roept niet of!’ en ‘zijt nu eens stil’. Euh...of iemand die, wanneer we geconfronteerd worden met agressie van... ‘ Durft niet, of begint niet hé’.” (2/81)

### **B4) Infantiliseren of betuttelend behandelen**

Waar alle respondenten het over hebben, is het feit dat dementerende bewoners dikwijls als een kind worden behandeld. De verpleegkundigen spreken dan over het gebruik van verkleinwoorden zoals ‘een boterhammeke en ons beddeke’ (4/173).

Maar ook de bewoner zelf aanspreken met een verkleinwoord, telt volgens hen als ontspoorde zorg. Nochtans vinden zij dat hierin een onderscheid moet worden gemaakt en kan dergelijke aanspreektitel niet altijd als ontspoorde zorg beschouwd worden. Het is volgens hen ook een aanvoelen, wat de bewoner graag heeft en daarin zijn wens respecteren.

*Ilse: "Sommige hebben dat wel graag dat je hen met verkleinwoorden aanspreekt. Ge hebt er die dat dit zelf tegen u zeggen, die dat er komen achter vragen. Maar ge hebt toch mensen die dat niet willen. En daar dan geen rekening mee houden, dat is zoiets." 2/94)*

#### **B5) Negeren**

Het negeren van bewoners wordt volgens de respondenten gerekend onder ontspoorde zorg op psychisch vlak. Onderstaand voorbeeld kan evengoed beschouwd worden als een voorbeeld van ontspoorde zorg op lichamelijk vlak, namelijk 'het laten wachten'.

*Mia: "Iemand die herhaaldelijk vraagt om naar het toilet te gaan, voor de duizendste keer bij wijze van spreke om naar het toilet te gaan, dan doen of je dit niet gehoord hebt. Dit op de lange baan schuiven." (3/77)*

#### **B6) Geen respect hebben**

Het 'praten over iemands hoofd' zou als 'negeren' kunnen worden beschouwd, hoewel de verpleegkundigen het in de gesprekken als afzonderlijk aspect aanhalen. Dat dergelijke situatie ook een schending van de privacy is, geeft aan dat de verschillende vormen van ontspoorde zorg soms moeilijk te scheiden zijn.

*Annick: "Twee personeelsleden die met elkaar staan te praten en de bewoner zit tussen hen in op de pot." (4/1587)*

Deze vorm van ontspoorde zorg heeft volgens de respondenten veelal te maken met de manier van omgaan met de bewoners.

*Agnes: "Een feit van respect hebben voor de oudere. Het is niet omdat ze dement zijn dat je ze niet 'au sérieux' moet nemen. Weer ook die mensen benaderen vanuit onze normen, dat is ontspoorde zorg." (4/196)*

#### **B7) Verhuizen**

In de eerste twee groepen halen de verpleegkundigen spontaan aan dat het veelvuldig verhuizen van dementerende bewoners ook ontspoorde zorg is op psychisch vlak, zeker wanneer het om organisatorische redenen gaat.

*Els: “Ja er komt ene binnen en die kijkt graag tv. En de dementerende op een bepaalde kamer kijkt nooit, maar daar is een aansluiting. Dus verhuis je maar.” (1/1767)*

### **B8) Slecht management bij dementie**

De respondenten vertellen dat ze soms te weinig rekening houden met het feit dat de bewoners lijden aan een vorm van dementie. Deze ziekte brengt met zich mee dat er op een aangepaste manier met de bewoners moet worden omgegaan. Dit wordt wel eens vergeten volgens de verpleegkundigen, wat zij dan als ontspoorde zorg beschouwen. Zo beschouwen zij situaties waarin zij ‘geen of onvoldoende informatie meedelen’ betreffende de zorgtaken die zij gaan uitvoeren, als een eerste aspect binnen deze subcategorie (1/1296; 4/161).

Een tweede aspect is het ‘te snel of onvoldoende duidelijk’ de bewoners te bevragen. Hier is de zorg volgens de verpleegkundigen ook weer onvoldoende afgestemd op de dementerende bewoner.

*Anke: “(...) Een demente, die weet dat niet meer. Die is dat eerste woord al vergeten. Wij zijn eigenlijk te vlug of we nemen geen tijd om het te vragen.” (3/363)*

Als derde aspect van ‘slecht management bij dementie’ noemen de verpleegkundigen het ‘in discussie gaan’ met de dementerende bewoner. Dit beschouwen zij ook als ontspoorde zorg op psychisch vlak(1/337). Dergelijke discussies vloeien volgens de verpleegkundigen voort uit het feit dat men zich niet voldoende empathisch kan opstellen naar de bewoner.

*Danielle: “(...) Het iets minder goed kunnen begeleiden van de mensen.” (2/137)*

*Rita: “(...) Ontsporing is als je niet empathisch kan zijn. Het kunnen inleven in de wereld van de euh... dementerenden.” (2/176)*

Niet nagaan waarom bewoners bijvoorbeeld roepgedrag vertonen of waarom zij wenen (4/811) wordt als vierde aspect binnen de subcategorie ‘slecht management’ opgegeven.

*Mieke: “Dan ben je slecht bezig, je weet dat wel maar... Met die roepers. Dan kijk je sec, ze hebben alles wat ze nodig hebben, maar je gaat niet verder tot de essentie van waarom roepen die nu.” (3/1092)*

### **B9) Isoleren**

Als laatste subcategorie binnen ontspoorde zorg op psychisch vlak noemen sommige verpleegkundigen het isoleren van bewoners. Hiermee bedoelen zij dat men een bewoner in een aparte ruimte of kamer wordt gezet, afgezonderd van zijn medebewoners. Meestal gaan



de verpleegkundigen hiertoe over omwille van de andere bewoners, zodat deze bijvoorbeeld rustig kunnen zitten, zonder iemand in de buurt die constant roept (2/671; 4/354).

We zijn hierboven uitgebreid ingegaan op wat de verpleegkundigen verstaan onder ontspoorde zorg op psychisch vlak. We lichten nu de laatste categorie toe met name de schending van rechten.

### ***C) Schending van rechten***

De verpleegkundigen zijn van mening dat op dit vlak de grens dagelijks wordt overschreden. Ontspoorde zorg heeft dan te maken met schending van de privacy, geen mogelijkheden krijgen om een bepaalde keuze te maken enz. We gaan hier nog verder op in, maar eerst willen we toch ook duidelijk weergeven dat de verpleegkundigen een aantal regels nodig achten om het rusthuis leefbaar te maken, draaiende te houden. Zoals hierboven al werd aangehaald is Luc de enige die aangeeft dat het recht hebben op bepaalde zaken niet mag geïdealiseerd worden (3/1691).

Verder zijn de verpleegkundigen van mening dat dementerende bewoners hun rechten niet kunnen opeisen omwille van hun cognitieve toestand en dat daarom de verpleegkundigen zelf deze rechten moeten bewaken. Nochtans ondervinden ze dat zij hierin regelmatig tekort schieten, wat onderstaande voorbeelden zullen aantonen.

De 66 quotaties die we maakten als schending van rechten kunnen we hier niet integraal opsommen. Dit zou een te langdradige lijst worden. Daarom dat we deze vorm ook onderverdelen in drie subcategorieën, namelijk schending van privacy, geen zelfbeschikking en beperkte vrijheid. Casman e.a. (1998) hanteren dezelfde subcategorieën in hun onderzoek. Voor de verdere nuancering baseren we ons op de resultaten van onderzoeken zoals dat van de Rusthuisinfofoon (2002), Milisen e.a. (2002), Bakker e.a. (2000) en Decalmer e.a. (1994). We verwijzen hiervoor naar Bijlage III. We behandelen nu achtereenvolgens de drie subcategorieën, met hun verschillende aspecten.

#### **C1) Schending van privacy**

Dit heeft niets met de regels van het huis te maken, maar met een basisattitude volgens de meeste respondenten.

Hoewel men dus als verpleegkundige zelf vrij kan handelen, wordt aan de privacy van de bewoner dikwijls voorbij gegaan. Dit gebeurt regelmatig tijdens de verzorging.

*Marc: “De bewoners op een toiletstoel zetten met de deur open, de verzorging doen zonder een afdeklaken, de deur niet dicht doen, in en uit lopen als iemand in bad zit.” (2/1437)*

*Sara: “(...)Iedereen kon zien van,... Die kamer gaan ze met grote pampers binnen en die met een inlegdoekje of zo...”*

*Inge: “ Dat is zo gelijk als in de dagzaal binnen komen en ‘allé, we gaan eens pissen’” (4/1595)*

Ook het praten over de bewoner, welbepaald over zijn toestand, terwijl anderen het kunnen horen is niet alleen een schending van de privacy maar in feite een schending van het beroepsgeheim (3/252).

## **C2) Beperkte vrijheid**

Wat betreft vrijheid garanderen aan de bewoners ligt het volgens de verpleegkundigen moeilijker omdat in dit geval bepaalde structurele beperkingen worden opgelegd vanuit de organisatie. Toch is dit volgens hen evengoed ontspoorde zorg. Het zijn meestal (ongeschreven) wetten betreffende uurregeling of dagindeling die de verpleegkundigen strikt opvolgen. Als voorbeelden van dit eerste aspect noemen ze zelf:

*Ingrid: “Iedereen moet om negen uur eten.” (1/1580)*

*Annick: “Dan werd er gevraagd aan de directie of die op haar kamer mocht eten en dat is gewoon geweigerd (...)Ik ken een collega die begint ’s nachts om vijf uur te wassen. Om vijf uur! Ze worden dan aangekleed en mogen nog even op bed liggen, maar ze worden wel om vijf uur wakker gemaakt.” (4/1055)*

Verder zijn de vaste baddagen en vaste toiletschema's vormen van ontspoorde zorg wanneer de verpleging zich hier niet een beetje flexibel tegenover opstelt.

*Wim: “ (...) Nu moet je op toilet want straks kan je niet meer want dan zijn wij iets anders aan het doen.” (4/1653)*

Het niet zelf kunnen bepalen waar en hoe men zijn dag doorbrengt, wordt door de verpleegkundigen aangehaald als tweede aspect. Zo spreken zij over 's middags niet mogen

rusten op bed, iedereen moet in het daglokaal zitten, verplicht volgen van ergotherapie,...(1/1634; 1/1664; 4/1613).

Het verbod om te roken (3/1704) of het verbod om buiten te mogen, al dan niet onder begeleiding (3/1773) zijn eveneens twee aspecten die volgens de respondenten indruisen tegen het recht op vrijheid.

### **C3) Geen recht op zelfbeschikking**

Recht op zelfbeschikking blijkt ook moeilijk opeisbaar voor dementerenden. De verpleging laat hen weinig keus in de dagdagelijkse dingen, hoewel ze in een aantal situaties de mogelijkheid hebben om de bewoners te laten kiezen.

*Marc: "Niet kunnen kiezen bij wie dat ze...De tafelgenoot..." (2/1442)*

*Agnes: "Je vraagt niet meer wat ze willen aandoen. Hoe vlug nemen wij zelf het kleed niet uit de kast... Wij vragen niet meer of ze een tas koffie of thee willen. De lijst zegt koffie, dus die mens drinkt tot zijn dood koffie." (4/1639)*

Wat niet direct onder bovengenoemde subcategorieën valt, maar door één persoon vernoemd werd, is het 'verdelen van persoonlijk bezit van een bewoner', zoals snoepgoed. De overige groepsleden vonden dit 'gemeenschappelijk bezit' absoluut ontspoorde zorg (3/2117).

### **D) Samenvatting**

De ondervraagde verpleegkundigen beschrijven hierboven de verschillende vormen waarin ontspoorde zorg kan voorkomen. Zij geven aan dat binnen de ontspoorde zorg op lichamelijk vlak, op psychisch vlak en de schending van rechten er tal van subcategorieën bestaan. Naast de omschrijvingen zoals we die in de literatuur terugvonden, kunnen we nog vaststellen dat er ook nog andere aspecten aan bod komen. We zullen hierop ingaan in de discussie.

We trachten nu eerst in het tweede deel van de resultaten de opinie van de verpleegkundigen weer te geven over de context waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan.

### 3.3.2. De contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan

Aangezien we via dit onderzoek trachten te weten te komen welke attributies de verpleegkundigen toekennen aan ontspoorde zorg, maken we in onze analyse meteen een onderscheid naar 'locus of controle'. Hiermee bedoelen we of de verpleegkundigen het ontstaan van ontspoorde zorg toeschrijven aan zichzelf (interne attributies) of dat zij ze wijten aan factoren die zij zelf niet in de hand hebben (externe attributies). We zullen de resultaten dan ook weergeven volgens deze twee categorieën, hoewel het soms moeilijk is om een duidelijk onderscheid te maken. Sommige verpleegkundigen doen immers uitspraken waarin zowel een interne als externe attributie aan bod komt.

#### 3.3.2.1. De interne attributies

Om een beter overzicht te krijgen en nadien te kunnen vergelijken met de literatuur, zullen we een opdeling maken in subcategorieën. We baseren ons enerzijds op het model van Bakker e.a. (2000). Dit model geeft het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg weer, waarin de factoren 'onmacht', 'onkunde' en 'onwetendheid' aan bod komen (cf. 1.2.3.). We beschouwen deze factoren als subcategorieën van de interne attributies. Anderzijds nemen we de kenmerken van het personeel (cf. 1.4.2.3.) uit het model van Pillemer (1988) als uitgangspunt om de volgende twee subcategorieën te bepalen, namelijk 'problemen in de privé -situatie' en 'de doelgroep ligt hen niet'. We trachten deze vijf subcategorieën toe te lichten aan de hand van citaten van de verpleegkundigen.

#### ***A) Onmacht***

De verpleegkundigen beseffen dat zij in sommige situaties buiten de perken gaan en handelingen stellen die zij zelf ontspoorde zorg noemen. Toch geven zij aan dat ze in bepaalde situaties echt geen andere uitweg weten. Zij handelen op dat ogenblik uit onmacht, wat ter sprake komt bij het behandelen van de verschillende thema's in de focusgroep.

*An: "Er is een periode geweest dat er heel veel mensen waren die erg onrustig waren overdag of in hun bed, ook al waren de bedsponden omlaag en dat je dan geen ander oplossing wist dan ze vast te leggen (...)" (1/445)*

*Luc: "Dan denk ik het wel, ja. Dat voel ik gewoon bij mezelf ook. Dat ik soms, tegen mijn geweten of wat dan ook in, moet mensen negeren. En ik vind dat verschrikkelijk, zo een onmacht. Maar dat je ze moet negeren. Ge voelt u machteloos; met te helpen of luisteren kan je toch niets doen!" (3/1259)*

De verpleegkundigen vertellen dat die machteloosheid dikwijls te maken heeft met personeelstekort of met bepaalde gedragingen van de dementerende bewoners waar zij geen raad mee weten. We beschrijven dergelijke situaties in het deel over de externe attributies.

Buiten het ervaren van machteloosheid, worden de verpleegkundigen volgens hun ervaring ook nog voor een dilemma gezet. Hiermee bedoelen zij de momenten waarop zij moeten kiezen tussen één bewoner of de groep.

*An: "(...) Die geagiteerde mensen die de andere bewoners dan gaan ambeteren en op de duur wordt heel uwe dienst onrustig wordt. Dan schakelt ge over op medicatie. 't Is kiezen, één persoon of de hele dienst. Dan weet ge het wel zeker?" (1/730)*

## **B) Onkunde**

Een tweede punt wat volgens de respondenten meespeelt in het ontstaan van ontspoorde zorg bij dementerende, is dat zij soms beschikken over te weinig kennis. Wat betreft hun onkunde halen ze verschillende aspecten aan: te weinig kennis hebben over het verouderen, onvoldoende doorzicht hebben in het dementiesyndroom en/of onvoldoende beschikken over vaardigheden in het begeleiden van dementerenden.

*Els: "(...) Ook met slaapmedicatie, verpleging of zo, omdat ze het systeem nog niet doorhebben dat het slaapgedrag ook verandert van dement..., van bejaarden. (...)" (1/701)*

*Sara: "Dat ze niet weten hoe daar mee om te gaan. Dat ze niet beter weten en dat ze soms denken dat dementerende personen moeilijk hanteerbaar gedrag expres doen." (4/97)*

Zij zijn van mening dat hun opleiding tekort schiet en dat deze te eenzijdig gericht is naar de fysieke verzorging en niet naar de emotionele begeleiding. Verder ondervinden zij dat de huidige opleiding geen realistisch beeld meegeeft over het werken als verpleegkundigen.

*Marc: "(...) prioritair is om de bewoners proper gewassen te hebben en netjes aangekleed en daarmee is de kous af. (...) Wij zijn blijkbaar zo opgeleid of opgevoed."* (2/1079)

*Sofie: "Dat ligt ook aan de school. Die vroege en lates, die moeten ze niet meer doen. Dat wordt in de school zo niet meer voorgesteld en dan verschieten ze als ze beginnen werken."* (4/1411)

We blijven nog even stilstaan bij het aspect van de emotionele zorgverlening. De verpleegkundigen zijn van mening dat zij dikwijls tekort schieten op dit vlak. Hierboven verklaren zij dat ze in hun opleiding niet geleerd hebben empathisch om te gaan met de bewoners. Toch zijn ze er zich van bewust dat dit niet de enige verklaring is voor het ontbreken van emotionele begeleiding, zoals blijkt uit onderstaand citaat.

*Wendy: "(...) Dat ligt ook gewoon aan de mens, aan de persoon. We gaan toch allemaal alle dagen met veel mensen om en dat ligt dan niet alleen aan de opleiding. De basis is uiteindelijk dezelfde. Maar de aard van de mens."*

*An: "Emotioneel begeleiden is ook aanvoelen. En je hebt mensen die dat hebben en ander niet. Kun je dat aanleren? Voor een stuk, maar je moet ook aanvoelen."* (1/1331)

Verder ondervinden sommige verpleegkundigen dat het empathisch begeleiden van bewoners eigenlijk wel moeilijk is en soms zelfs bedreigend. Zij weten bijvoorbeeld niet hoe ze zich tegenover de bewoner moeten gedragen, wat ze tegen hem/haar moeten zeggen en daardoor gaan ze vlug 'iets doen' (2/1127; 3/1367; 4/1323).

*Ingrid: "Wij hebben zo een project met aandachtspersonen. (...) Maar ik moet eerlijk toegeven, je moet mij daar nu ook niet aanzetten. Dat is iets bedreigend hé. Stel nu dat je met die mens naar de cafetaria gaat en dan... Wat moet je dan zeggen hé. Dan stel ik nog liever voor van 'leg de kast samen goed'."* (1/1359)

### **C) Onwetendheid**

Het derde grote aspect binnen de interne attributies is de onwetendheid, wat volgens Bakker e.a. (2000) betekent 'het niet beseffen wat de gevolgen van een handeling zijn'. De verpleegkundigen geven aan dat zij dikwijls niet nadenken over hun handelingen. Zij doen

hierover geen bezinning en staan niet altijd stil bij het feit dat bepaalde handelingen bij dementerenden een grote impact kan hebben.

*Mieke: “Ik vind ook, wij denken ook dikwijls te vlug dat wij wel weten. Wij weten best wat de bewoner nodig heeft of zo. Soms, nee beter vaak, vergeten wij te vragen aan de mensen ‘wat willen zij’.” (3/126)*

*Sara: “Ik denk dikwijls dingen die voor ons vanzelfsprekend zijn, dat die voor een dementerende bewoner helemaal niet vanzelfsprekend zijn. Euh... dat we daar dikwijls te weinig bij stilstaan of dat we daar niet kritisch over nadenken. Of dat we te weinig dingen in vraag stellen van ‘moeten we dat wel doen?’.” (4/166)*

#### ***D) Problemen in de privé- situatie***

Als vierde belangrijke punt bij de interne attributies komt de privé-situatie van de verpleegkundigen aan bod. Zij beseffen dat er een grote verwevenheid bestaat tussen hun persoonlijke problemen (op welk vlak dan ook) en hun manier van omgaan met de bewoners.

*Danielle: “Je mag in uw privé met niets zitten. Want ik merk dat als dat er is, dat er dan een ander gedrag naar de dementerende euh... een gedrag van ongeduld meer. (...)” (2/387)*

*Wendy: “(...) Maar dat moeilijk, dan kan ook met thuis te maken hebben hé. Dat ge serieuze problemen hebt, uwe bak is al vol! Dan moeten daar niet teveel aanklappende, veeleisende bewoners rond uw vel hangen, of ge krijgt het al!” (1/976)*

Om in dergelijke situaties toch op een correcte manier te blijven functioneren, verlangen de verpleegkundigen ondersteuning van collega's en directie. We gaan hier verder op in als we de externe attributies onder de loep nemen.

#### ***E) De doelgroep ligt hen niet***

Wat de verpleegkundigen ook nog duidelijk naar voor brengen, is het feit dat ontspoorde zorg bij dementerende kan ontstaan, louter door het gegeven dat het ‘werken met dementerenden hen niet ligt’. Zij omschrijven de dementerende bewoners als een specifieke doelgroep

waarbij het belangrijk is dat het personeel bewust kiest om bij deze mensen te werken. Daarbij is ook een vast team een belangrijk gegeven. Als deze beide voorwaarden niet zijn voldaan, kan er ontspoorde zorg ontstaan doordat de stress die het werk met zich meebrengt, veel te groot wordt.

*Danielle: “Ik denk dat je er echt moet voor kiezen. Want ik hoor vaak van mensen die niet kiezen, die er zo maar zijn ingezet, die houden dat echt niet vol. (...) En die aversie tegen dat roepgedrag is zo groot dat ze daar niet over kunnen. Dat moet echt iemand zijn dat daar voor kiest.”*

*Ilse: “Het is ook een heel andere benadering van mensen. Je hoort dat ook soms van collega’s van andere verdiepen, ‘hoe kunnen jullie dat volhouden’ en (...).” (2/1238)*

*Wendy: “(...) Dat is een job dat je geen tien jaar na elkaar kunt doen. Omdat dat psychisch vrij belastend kan zijn en dan geraakt de bak vol. Maar aan de andere kant heb ik zoiets van, zo een dienst moet eigenlijk wel een vast team hebben om er echt goed te kunnen werken met die mensen.” (1/1017)*

Hierop geeft één persoon toch nog een belangrijke repliek. Zij vat hiermee het standpunt van meeste respondenten samen, wat betreft het ontstaan van ontspoorde zorg:

*Inge: “Dan mag je nog niet kunnen kiezen, ik heb ook niet gekozen om op die afdeling te staan (...) Dan heeft het ook met uw karakter te maken of je ontspoorde zorg, of je dat doet.” (4/540)*

## ***F) Samenvatting***

We hebben hier getracht een beeld weer te geven van de interne attributies die de verpleegkundigen toekennen aan ontspoorde zorg bij dementerenden. Zo verklaren zij dat ze in sommige situaties handelen uit onmacht; men weet niet hoe men anders moet reageren. Deze onmacht vloeit ondermeer voort uit personeelstekort. De verpleegkundigen wijten hun ontspoord gedrag ook aan onkunde. Ze ondervinden dat ze te weinig kennis hebben over het verouderen of over het dementiesyndroom. Dit tekort heeft volgens hen te maken met hun opleiding. Ze beweren verder dat een basisvaardigheid zoals empathisch handelen hen niet ligt of dat ze dit te bedreigend vinden. Als derde interne attributie spreken de verpleegkundigen over het feit dat ze geen bezinning doen over hun handelingen, m.a.w. de



onwetendheid. Verder halen ze aan dat ontspoord gedrag kan ontstaan wanneer men teveel privé-problemen heeft. Het feit dat de doelgroep, dementerende bewoners, hen niet ligt, kan als laatste interne attributie worden beschouwd.

We hebben in de inleiding van dit onderdeel al gesproken over de samenhang tussen de interne en externe attributies. We zullen nu eerst dieper ingaan op de externe attributies, vooraleer we de samenhang toelichten in de conclusie.

### **3.3.2.2. De externe attributies**

We geven deze attributies weer in een viertal grote subcategorieën: de personeelsbezetting, de ondersteuning, de dementerende bewoners, de rusthuiscultuur of de rusthuisorganisatie. We baseren ons voor deze indeling op het model van Pillemer (1988), meer bepaald op de kenmerken van de instelling en die van de oudere.

#### ***A) De personeelsbezetting***

De personeelsbezetting kan een belangrijke rol spelen in het al dan niet ontstaan van ontspoorde zorg. Althans zo voelen de verpleegkundigen dit aan. Zij hebben het hier dan over twee aspecten: de onderbezetting en het geschikte personeel.

##### **A1) De onderbezetting**

De onderbezetting kan periodiek zijn door bijvoorbeeld ziekte van het personeel of door verlof. Dit betekent dat de verpleegkundigen tijdelijk een hogere werkdruk ervaren, maar die minder consequenties heeft wat betreft ontspoorde zorg. De reden hiervoor is dat zij vooruitzichten hebben op 'betere bezetting' (1/866; 4/1094).

De respondenten ervaren eigenlijk ook een permanent tekort aan personeel. Vooral met de avonddiensten ('late') of met de nachtdienst kan dit volgens hen leiden tot machteloosheid. Zij komen in een situatie waarin zij geen andere uitweg weten dan ontspoord gedrag.

*Wendy: "Omgekeerd, dat vroeg slapen. Als je maar met twee staat! Dan moet je wel om vijf uur, half zes beginnen, wil je iedereen om tien uur in zijn bed krijgen." (1/1602 )*

*Mia: "Als ik dat zo bij ons bekijk dan worden de meeste fixaties 's nachts gedaan. Er zijn maar drie personeelsleden voor honderdvijftig bewoners. Dan gebeuren die dingen hoor, echt waar!" (3/509)*

Dit tekort aan personeel heeft een grote impact op de werkdruk die zij ervaren. Zij ervaren die werkdruk evenzeer met de ochtenddienst dan in bovengenoemde diensten. Het gevolg is dat zij zich gaan haasten en enkel nog oog hebben voor de technische aspecten van hun zorgtaak (1/207; 2/963; 4/140).

Verder heeft het tekort aan personeel ook een invloed op de uurrooster. Het personeel is soms genoodzaakt om vele dagen na elkaar te werken, waardoor hun tolerantie naar de bewoners vermindert.

*Rita: “Ik denk ook dat je daar eerlijk in mag zijn, als je zo vijf, zes dagen achtereen hebt moeten werken(...) Dat die op de duur zeggen van ‘alstublieft doe iets, doe iets want het is niet meer houdbaar’ (...).” (2/647)*

De verpleegkundigen zijn van mening dat dit permanente tekort aan personeel te maken heeft met het feit dat de personeelsbezetting niet is aangepast aan hun doelgroep. De overheid houdt volgens hen te weinig rekening met de specifieke zorgbehoefte van een dementerende en met het feit dat deze zorgbehoefte ook nog eens kan fluctueren. Hierdoor komen zij dus weer in een moeilijke of stressvolle situatie

*Rita: “Ik denk euh... dat dementerenden extra aandacht moeten kunnen krijgen. En dat dit nergens in geen Katzschaal, in geen normen voorzien is. (...)” (2/864)*

*Inge: “Of als er een deel mensen van uw afdeling aan ’t achteruitgaan zijn. Of als je ineens een paar palliatieven hebt. Uw bezetting blijft dezelfde maar de zorgen stijgen.” (4/1099)*

Hoewel de onderbezetting een grote rol speelt in het ontstaan van ontspoorde zorg, halen sommige verpleegkundigen ook aan dat niet alle ontspoorde zorg toe te kennen is aan deze context.

*Rita: “(...) Het is niet omdat er extra mensen op dienst zijn dat er meer gebeurt. Het is de manier waarop mensen met de bewoners omgaan, als dat goed zit (...)” (2/1042)*

## **A2) Geen geschikt personeel**

Bij de personeelsbezetting denken de respondenten ook aan het geschikte personeel. Zij ervaren dat wanneer er personeel van een andere dienst komt inspringen, dat dit negatieve gevolgen heeft. Deze mensen zijn niet gewend om met dementerenden om te gaan. Zij pleiten dan ook zelf voor een vast team, wat bij de interne attributies al ter sprake kwam (3/1207;

4/1192). Hierbij aanvullend zijn de verpleegkundigen van mening dat de directie van het rusthuis een strengere selectie zou moeten doorvoeren bij het aanwerven van personeel. Of dat er vlugger maatregelen moeten getroffen worden wanneer een hoofdverpleegkundige aangeeft dat een bepaalde persoon niet geschikt is om op de dienst te werken.

*Mieke: “(...) En dat de directie strenger is. Als je daar niet voor openstaat, sorry maar dan hoor je niet op de dementen afdeling.”*

*Anke: “Maar wij hebben niet de gelegenheid om mensen te kiezen.”*

*Mieke: “Dat is het juist. Maar je kan nadien selecteren hé, met evaluaties en zo. (...) Ik opteer toch dat het juiste personeel met zo’n mensen werkt.” (3/1185)*

De verpleegkundigen laten in de focusgroepdiscussies regelmatig horen dat werken op een afdeling voor dementerenden een zware psychische belasting meebrengt voor het personeel. Niet iedereen kan deze belasting aan. Vandaar het belangrijk is dat het personeel kan kiezen om op dergelijke afdeling te werken. Zij tonen verder aan dat een goede ondersteuning noodzakelijk is, willen zij hun zorgtaak op een correcte manier blijven uitvoeren. Dit brengt ons tot de tweede subcategorie, die we hieronder zullen behandelen.

### ***B) Gebrek aan ondersteuning***

De respondenten zijn van mening dat zij positieve bekrachtiging nodig hebben om hun zorgtaak te kunnen volhouden. Deze bekrachtiging verlangen zij van drie partijen: de directie en dergelijke, de naaste collega’s en de familie van de bewoners. Toch tonen onderstaande citaten dat zij niet altijd de nodige ondersteuning van deze partijen ervaren. We zullen deze drie aspecten trachten duidelijk te maken.

#### **B1) Geen ondersteuning van directie e.a.**

*Karen: “(...) Als je van bovenuit geen steun krijgt, dan kun je ook niet voort. Je blust uit.” (3/1591)*

Die steun van ‘bovenuit’, daarmee wordt de directie bedoeld. De verpleegkundigen ervaren dat zij enkel terecht kunnen bij de directie om het personeelstekort aan te klagen en dat daar verder niets mee gebeurt. Maar zij verlangen meer psychische ondersteuning en zijn van mening dat zij deze niet ontvangen.

*Mia: “Ook zo het onderschatten van de directie uit.”*

*Luc: "Absoluut!"*

*Mia: " De onderschatting van de mentale ballast die dat de cumulatie van het gedrag van dementerende bewoners bij elkaar teweeg kan brengen." (3/1112)*

De hoofdverpleegkundigen onder de respondenten vinden dat dit hun taak is. Zij dienen het personeel te ondersteunen of op te merken wanneer anderen het moeilijk hebben. Bovendien beschouwen zij ontspoorde zorg als een 'virus', die ze elke dag moeten bestrijden (1/1054; 3/1561).

De mening of de verpleegkundigen ondersteuning krijgen van huisartsen in het omgaan met dementerenden, ligt nogal verdeeld. Een aantal van de respondenten vindt niet dat de huisarts hen steunt. In tegendeel, deze (eerder oudere) artsen vertonen voornamelijk voorschrijfgedrag en de verpleegkundigen zijn dan weer verplicht om de orders op te volgen (2/692; 4/666). Een andere groep van verpleegkundigen vindt dat zij van de huisartsen voldoende vrijheid krijgen om te handelen volgens eigen goeddunken (3/906). Zij voelen ook aan dat de jongere generatie huisartsen wel bereid is om samen naar een geschikte oplossing te zoeken voor storend gedrag bij dementerenden, in plaats van dadelijk medicatie voor te schrijven (2/562).

*Wim: "Het hangt ook af van welke arts. Euh... er zijn artsen met serieus voorschrijfgedrag."*

*M: "Kun je als verpleegkundige hier iets inbrengen?"*

*Wim: "Pff, ik heb met die arts al geprobeerd te babbelen. (...) Die staan daar niet voor open, dat zijn er nog van de oude stempel. Voor elk bestaat er een pilleke."*

*Martine: "De nieuwe generatie dokters hebben dat toch al veel minder. Of je kan die daar toch over aanspreken en samen zoeken." (4/666)*

## **B2) Geen ondersteuning van collega's**

Als het gaat over ondersteuning denken de respondenten ook aan hun naaste collega's. Zij ondervinden dat een onderling goede verstandhouding en begrip opbrengen voor ieders mogelijkheden, ervoor kan zorgen dat de zorglast minder doorweegt en zo minder sprake is van ontspoorde zorg.

*Sara: "Maar collegialiteit kan veel doen, aan die zorgoverlast." (4/1228)*

Hoewel de verpleegkundigen van mening zijn dat iedereen in zijn team terecht moet kunnen met problemen, blijkt dit niet altijd zo te zijn. Sommigen ondervinden dat het vooral lager geschoolden zijn die zich niet durven uiten (1/923) en anderen zijn van mening dat de

rivaliteit te groot is in de groep. Hierdoor durven zij bijvoorbeeld geen technisch taken laten liggen om zich meer bezig te houden met de bewoners.

*Agnes: “(...) Ge kunt gerust een toilet doen na tien uur. Dan schuift uw werk gewoon op. Maar het is niet gemakkelijk als je werk moet doorgeven van de vroege naar de late.”*

*Wim: “Dan ga je iets horen!”*

*Martine: “Het personeel is daar niet mee gediend!” (4/965)*

Dergelijke feiten benoemen zij zelf als ‘sociale druk of sociale controle’. De meeste verpleegkundigen ervaren dit als een domper op hun creativiteit en zien zich soms genoodzaakt maar ‘mee te doen met de hoop’ (1/256).

*Ingrid: “(...) Die doen een sjaaltje aan en een parfumke. En die ander die gaan dan tekeer ‘potver, die kunnen nogal! En wij kunnen weeral bijwassen van hun’. (...) En dan zijn er die weer met de hoop gaan meelopen, van we moeten nog zus en zo.” (1/1193)*

*Agnes: “Evengoed van collega’s. Die kunnen u zo een gevoel geven precies dat je niets goed hebt gedaan. (...)”*

*Inge: “(...) Of is die wel gewassen? Ik heb daar geen washandje gevonden. Als je zo door eigen collega’s wordt gecontroleerd. Dat geeft nogal wat druk!”*

*Wim: “En nog van collega’s: soms kunnen die al eens lachen of zo. Als je zo echt bekommerd bent met de bewoner. Allé, je voelt je dan bekeken en dan durf je zo niet meer.” (4/1265)*

### **B3) Geen ondersteuning van familie**

Sociale controle ervaren de respondenten ook vanuit de familieleden van de bewoners. Komen dezen meer op bezoek, dan zijn de verpleegkundigen geneigd hun handelingen aan te passen of te beheersen. Zij beseffen dat ze dit minder zullen doen wanneer een bewoner geen bezoek krijgt (2/1844). Die sociale controle ervaren zij als een positief gegeven in het kader van de ontspoorde zorg.

Nochtans zijn ze ook van mening dat familie eerder ‘bijdraagt’ tot ontspoorde zorg, dan afremt. Dit schrijven ze toe aan de extra druk die familie kan uitoefenen, bijvoorbeeld bij het medicatiegebruik of bij het fixeren. De vraag om deze handelingen te stellen, komt volgens de respondenten dikwijls van de familie zelf en verpleging krijgt vanuit de directie meestal de boodschap om deze vraag in te willigen (“Klant is koning” (4/478)).

*Marc: “(...) De vraag van de familieleden zelf, dat die ongerust zijn over wat de afloop kan zijn. Of familieleden of medebewoners, die een bedreiging ervaren en dan toch expliciet vragen om ‘kunt ge die niet vastzetten’. Want zij nemen dat niet dat er iemand in de kamer komt en dat die agressief is ten opzichte van moeder of vader.” (2/375)*

Verder draagt familie bij tot het verhogen van de werkbelasting. De meeste familieleden hebben nood aan ondersteuning in het verwerken van het dementieproces, volgens het relaas van de respondenten. Deze ondersteuning bieden, vraagt veel tijd van de verpleegkundigen, tijd die niet altijd beschikbaar is (3/2071). Toch vinden de verpleegkundigen dat dit mee tot hun taak behoort en maken dan op één of andere manier tijd vrij om de familieleden op te vangen.

Maar extra werkbelasting kan ook expliciet opgelegd worden door familie. De verpleegkundigen ondergaan dit en voelen zich hierbij machteloos.

*Sofie: “Familie geeft inderdaad meer zorgen. Die komen dan vragen ‘om dat uur moet ze in bed, om dat uur op de wc’. Dan staat daar weer een ander familielid om hun eisen te stellen en je zijt zelf precies een robot.(...)”*

*Agnes: “Ja familie kan er voor zorgen dat je overvraagd wordt en dan alles vlug moet doen bij de bewoner.” (4/1125).*

We herhalen nog even dat de verpleegkundigen regelmatig vermelden dat het werken bij dementerenden zeer belastend is. Aan deze werkbelasting die voortvloeit uit de dementie op zich, schrijven zij ontspoorde zorg toe. We lichten deze derde subcategorie hieronder toe.

### ***C) De dementerende bewoner***

Ontspoorde zorg ontstaat bij dementerende bewoners soms louter door het dementiesyndroom. De verpleegkundigen beseffen dat een dementerende persoon een gewillig slachtoffer is. Omwille van de grote afhankelijkheid en het verlies aan cognitieve functies, kunnen dementerenden meestal geen klachten uiten op een ‘normale manier’. De verpleegkundigen hoeven geen gevolgen voor hun handelingen te vrezen (1/1097).

*Sofie: “Wij moeten ’s nachts wassen. (...) Er werden kaftjes klaargelegd en die mensen moesten gewassen worden. Dementerenden wel te verstaan, die reclameren niet.” (4/1070)*

Verder vertonen dementerende bewoners dikwijls gedragsstoornissen zoals roepen, dolen, stoelgang smeren en dergelijke. De respondenten voelen aan dat zij soms afhaken omwille van dergelijk gedrag. Niet alleen omdat ze niet weten hoe ze ermee moeten omgaan, maar soms ook louter omdat zij dergelijk gedrag afstotend vinden (wat ook beschouwd kan worden als een interne attributie).

*Inge: “En ook dat roepgedrag denk ik. Constant dat roepen, een hele dag door. (...) En dan soms nog er bij kloppen op tafel. Maar het personeel is daar zo door afgestoten.” (4/1445)*

Als laatste externe attributie lichten we de rusthuiscultuur toe.

#### ***D) De rusthuiscultuur***

Hieronder verstaan de respondenten de mentaliteit die heerst binnen de instelling, het al dan niet strikt vasthouden aan reglementen enz. Vooral dit laatste maakt dat verpleegkundigen zich erg beperkt voelen: ze kunnen volgens hun inziens niet voldoende individuele zorg bieden aan de dementerenden omdat er niet kan afgeweken worden van het vaste werkstramien.

*Els: “Het leven in het rusthuis is op het ritme van de keuken.” (1/1654)*

*Sara: “Ook gewoon organisatorisch. De was moet in de wasserij zijn, en de plateaus. De etenskarren, anders staat de keuken weer te zagen. Je wordt langs alle kanten gepusht. (4/1008)*

Een aantal van de respondenten is ook van mening dat de mentaliteit binnen een RVT een ‘doe-mentaliteit’ is. Er wordt verwacht vanuit de directie dat de verpleging fysieke arbeid levert. Deze tendens wordt op de duur een ‘cultuur’; collega’s verdragen ook niet meer dat iemand met de bewoners een wandeling gaat maken of een babbeltje doet. Dit is wel niet overal het geval.

*Anke: “Zo iets als dat spreken met de dementen, er gaan bij zitten en zo, dat wordt niet gezien als werken. Door de directie wordt dat niet zo gezien hoor.”*

*Mieke: “Bij ons directie wel zene, die aanziet dat wel zo. Die zeggen van ‘ik kwam boven en ze waren niets aan het doen, maar ze zaten bij de mensen’.” (3/1136)*

Buiten die ‘doe-mentaliteit’ spreken de verpleegkundigen ook over de manier waarop in het RVT met bewoners wordt omgegaan. Zij hebben het hier dan bijvoorbeeld over de gewoonte om iedere bewoner met de voornaam aan te spreken (4/190) of over het feit dat enkel de ‘roepers of dolers’ op een afdeling voor dementerenden thuishoren. De respondenten ondervinden dat zij hier niet tegen opgewassen zijn (wat evenzeer een interne attributie is) en de mentaliteit gewoon overnemen.

Als laatste punt in dit deel spreken de verpleegkundigen over de architectuur van het RVT. Dit is wel meer een organisatorisch aspect, dan een cultuur die er heerst. De respondenten zien zich genoodzaakt om bewoners te fixeren of meer medicatie te geven omdat ze niet beschikken over een grote leefruimte (2/417).

*Martine: “Bij ons is dat een lange gang met van voor en van achter een deur en die zijn alle twee op slot. Dus mensen met weglooptgedrag die willen altijd maar naar die deur. Als je dan naar een ander rusthuis gaat kijken, waar ze meer loopruimte hebben, dan zijn die mensen minder geagiteerd en moet je ook minder medicamenten geven.” ( 4/827)*

### ***E) Samenvatting***

De verpleegkundigen kennen aan ontspoorde zorg bij dementerenden een viertal externe attributies toe. Als eerste attributie bespraken we de personeelsbezetting. Door periodieke maar vooral door permanente onderbezetting stijgt de werkdruk enorm waardoor risico op ontspoorde zorg kan ontstaan. Verder vermelden de verpleegkundigen dat een afdeling voor dementerende bewoners niet altijd bemand wordt door personeel dat ook geschikt blijkt om met deze mensen om te gaan.

Ten tweede spraken de verpleegkundigen over het gebrek aan ondersteuning vanuit de directie, de collega’s en de familie. Ze beweren dat voornamelijk de familie ervoor zorgt dat de werkbelasting te erg stijgt en dat hieruit ontspoorde zorg kan voortvloeien.

Als derde externe attributie benoemt men de dementerende zelf. Doordat deze mensen geen klachten uiten, zullen zij vlugger slachtoffer worden van ontspoorde zorg. Ook het feit dat dementerenden soms gedragsstoornissen vertonen, verhoogt het risico op ontspoorde zorg.

Als laatste noemen de respondenten de rusthuiscultuur. Hiermee bedoelen ze de manier van omgaan met dementerenden, de regels van het huis, de doe- mentaliteit en de niet aangepaste architectuur. De verpleegkundigen ervaren een gevoel van onmacht of druk vanuit deze rusthuiscultuur. In dergelijke context kan ontspoorde zorg ontstaan.



Na uitgebreid te zijn ingegaan op de resultaten, trachten we hieruit een aantal conclusies te trekken betreffende ontspoorde zorg bij dementerenden. We geven deze conclusies hieronder weer.

### **3.4. Conclusies uit de resultaten**

We trachten hier onze bevindingen weer te geven betreffende de resultaten. Deze hebben enkel betrekking op de onderzochte groep verpleegkundigen en kunnen niet veralgemeend worden. Wat meteen opvalt, is dat de eensgezindheid van mening onder de respondenten zeer groot is. Er komen geen grote tegenstrijdigheden aan bod, noch in de omschrijving van ontspoorde zorg, noch in het ontstaansmechanisme.

Het was moeilijk voor de respondenten om een algemene omschrijving te geven van wat ontspoorde zorg volgens hen juist inhoudt. Ze maakten hiervoor enerzijds gebruik van praktijkvoorbeelden, die we verder zullen bespreken als de verschillende vormen waarin ontspoorde zorg kan voorkomen. Anderzijds beschrijven zij ontspoorde zorg aan de hand van contexten of attributies waarin ze kan ontstaan.

Ontspoorde zorg heeft aan de ene kant te maken met hun overmatige gerichtheid op de technische verpleegtaken, zodanig dat ze in een vaste routine vervallen. Dit kan beschouwd worden als een externe attributie. Aan de andere kant hangt ontspoorde zorg samen met het feit dat er geen of onvoldoende reflectie bestaat over de gevolgen van hun handelingen. Dit laatste kan dan weer gezien worden als interne attributie. Volgens de verpleegkundigen bestaat er geen vaste norm voor ontspoorde zorg, maar is het iets dat individueel of interpersoonlijk moet bekeken worden. Het feit of men dus kan spreken over ontspoorde zorg heeft vooral te maken met de morele intuïtie van de verpleegkundigen. Zij beoordelen hun handelingen op een subjectieve manier naar 'goed of kwaad doen' ten opzichte van de bewoner en kunnen hierdoor een paternalistische houding aannemen.

Het omschrijven van ontspoorde zorg op dergelijke manier maakt dat de grensoverschrijding in de interpersoonlijke relatie moeilijk weer te geven is. De verpleegkundigen zijn van mening dat de grens onduidelijk en vaag is.

Bij het opsommen van praktijkvoorbeelden valt het op dat iedereen spontaan binnen de drie opgegeven categorieën blijft, namelijk ontspoorde zorg op lichamelijk vlak, op psychisch vlak en schending van rechten.

Ontspoorde zorg op lichamenlijk vlak heeft volgens de verpleegkundigen in grote mate te maken met aspecten van slechte kwaliteitszorg: de noodzakelijke lichamenlijke zorgen niet toedienen. Ook de manier van werken valt hieronder: gejaagd zijn, ruw handelen, mensen laten wachten,... Een slecht of ontbrekend fixatiebeleid en medicatiebeleid worden hier ook toe gerekend.

Onder ontspoorde zorg op psychisch vlak verstaan de respondenten voornamelijk hun 'ongepaste' omgangsvormen met de dementerende bewoners. In dergelijk geval gaan ze deze mensen onvriendelijk benaderen, bedreigen, negeren, isoleren en zo voort. Zij gaan ook regelmatig de bewoners op een kinderlijke manier bejegenen.

Bij de schending van rechten spreken zij voornamelijk over de schending van privacy, de beperkte vrijheid en zelfbeschikking. De verpleegkundigen vinden allemaal dat zij de basisrechten van de bewoners dagelijks schenden. Verder is men geneigd om te zeggen dat ontspoorde zorg op psychisch vlak meer voorkomt dan op lichamenlijk vlak. Wanneer je hen uitdrukkelijk vraagt welke van deze twee vormen het meeste voorkomt, is hun eerste reactie steeds de ontspoorde zorg op psychisch vlak. Maar wanneer ze verder praten, beginnen ze te twijfelen of ontspoorde zorg op lichamenlijk vlak niet evenveel voorkomt. Waarschijnlijk omdat er niet altijd een duidelijke grens kan getrokken worden tussen deze twee vormen. Ontspoorde zorg op lichamenlijk vlak heeft dikwijls ook psychische gevolgen voor de bewoner.

Het valt ons op dat bij het omschrijven van ontspoorde zorg en de vormen waarin ze kan voorkomen, de verpleegkundigen niet expliciet verwijzen naar de minimale kwaliteitszorg, zoals deze werd bepaald door het Decreet van 1997. Nochtans wanneer we de verschillende aspecten bekijken die zij in hun omschrijving en voorbeelden aanhalen, herkennen we een aantal S.M.K.S.: privacy, autonomie, waardigheid,... We kunnen ons afvragen of de verpleegkundigen hier bewust of eerder intuïtief mee omgaan.

Tijdens de bevraging van de contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan, komen duidelijk de interne en externe attributies naar voor. We merken ook op dat deze attributies erg met elkaar in verband staan. Zo komt het vaak voor dat eenzelfde persoon in zijn of haar verklaring een directe link legt tussen interne en externe attributies. We trachten hieronder deze verbanden weer te geven.

Zo wordt in de focusgroepen voortdurend gepraat over een gevoel van onmacht van waaruit ontspoorde zorg kan ontstaan. De verpleging ervaart in vele situaties dat zij geen andere uitweg weet dan een handeling te stellen die zij ontspoorde zorg noemen. Zij hebben in dat geval niet de intentie kwaad te berokkenen aan de bewoners. Dit gevoel van onmacht hangt

volgens de respondenten zeer sterk samen met de personeelsbezetting. Wanneer er een permanent tekort aan personeel is, zal de werkdruk toenemen met als gevolg dat het personeel zich klemgezet voelt. Verder vloeit dit gevoel van onmacht voort uit het (storend) gedrag van de dementerende bewoner. De verpleegkundigen krijgen dikwijls het gevoel dat zij voor een onbehaaglijke keuze staan: de groep bewoners of de individuele bewoner. Zij voelen het als een morele verplichting om in dergelijk geval steeds de groep te laten primeren.

De respondenten zijn ook van mening dat zij over te weinig kennis beschikken in verband met verouderen en met het dementiesyndroom. Dit beschouwen zij als een tekort in hun opleiding. Hierdoor zullen zij handelingen stellen die als ontspoorde zorg kunnen worden beschouwd.

Verder tonen zij aan dat uit onwetendheid alsnog ontspoorde zorg kan ontstaan. De meeste verpleegkundigen beweren dat zij geen bezinning doen over de gevolgen van hun daden. Zij staan er niet bij stil dat het uitvoeren of juist niet uitvoeren van bepaalde handelingen een zware impact kunnen hebben op de dementerenden.

Het besef dat men als zorgverlener ook aan 'zelfzorg' moet doen, komt ook aan bod. Hiermee bedoelen de respondenten dat wanneer zij te kampen hebben met privé-problemen dat hun tolerantiegrens naar de bewoners veel lager ligt en ze vlugger overgaan tot ontspoord gedrag.

Een ander interessant gegeven in de zoektocht naar contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan, is dat de verpleegkundigen weinig ondersteuning ondervinden vanuit hun directie. Zij ervaren het werken bij dementerenden als psychisch vrij belastend. Wanneer zij in hun zorgtaak niet voldoende positief bekrachtigd worden, haken zij af en nemen het minder nauw. Van hun naaste collega's ondervinden sommige verpleegkundigen ondersteuning, maar de meerderheid ervaart vanuit het team een enorme druk om zich te gedragen zoals het merendeel van de groep. Hoewel verpleegkundigen professioneel geschoold zijn, zou men verwachten dat zij zich durven manifesteren in de groep. Nochtans blijkt dat 'erbij horen' zeer belangrijk is en dat men daardoor een voor het team sociaal aanvaardbaar gedrag zal stellen, ook al beseft men dat dit gedrag ontspoorde zorgverlening is.

Vanuit de familieleden van de bewoners ervaren de verpleegkundigen enerzijds sociale controle waardoor zij minder tot ontspoorde zorg overgaan. Anderzijds ondervinden zij dat de werkbelasting enorm kan toenemen onder druk van de familie, wat negatieve gevolgen kan hebben voor andere bewoners.

Het laatste item binnen het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg is het eigen karakter of geaardheid. Volgens de verpleegkundigen speelt dit een zeer belangrijke rol of ontspoorde zorg al dan niet zal ontstaan, eender in welke context men zich bevindt. De manier waarop zij

dementerende bewoners zullen benaderen, heeft veel te maken met het opbrengen van respect en de beeldvorming die men heeft over de oudere persoon.

Als we bovenstaande attributies in beschouwing nemen, stellen we vast dat de verpleegkundigen aan ontspoorde zorg bij dementerenden meer externe dan interne attributies toekennen. We kunnen ook concluderen dat binnen de ontspoorde zorg bij dementerenden de verpleegkundigen een dubbele rol zijn toebedeeld: zij zijn zowel 'dader' als 'slachtoffer' van hun werkomstandigheden.

## **Hoofdstuk 4: De discussie**

### ***4.1. Inleiding***

Na uitgebreid de resultaten van de analyse te hebben besproken, trachten we deze kritisch te bekijken. We zullen hiervoor eerst onze resultaten vergelijken met de gegevens uit de literatuur. Vervolgens komen de beperkingen van dit onderzoek aan bod. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor verder onderzoek.

### ***4.2. Vergelijking van de resultaten met de literatuur***

Als we de antwoorden op onze onderzoeksvragen vergelijken met de gegevens uit de literatuur, merken we enerzijds dat er heel wat overeenkomsten bestaan en anderzijds dat er een aantal aspecten aan bod kwamen die wij niet dadelijk in de literatuur terug hebben gevonden. We zullen eerst ingaan op de overeenkomsten.

#### **4.2.1. Overeenkomsten met de literatuur**

De verpleegkundigen die deelnamen aan ons onderzoek beschouwen ontspoorde zorg, evenals de auteurs Bakker e.a. (2000) en Van de Ven (1997), als een subtiele vorm van ouderenmishandeling. De respondenten geven aan dat de interpersoonlijke grensoverschrijding niet altijd duidelijk is. Zij beseffen dat ze ‘slecht’ bezig zijn maar hebben niet de intentie om de bewoner kwaad te berokkenen.

Decalmer e.a. (1994) en Tarbox (1983) beweren dat ontspoorde zorg ook te maken heeft met de waarden en normen die de zorgverleners hanteren. Dit stemt overeen met wat de verpleegkundigen bedoelen met ‘respect en beeldvorming’ over de bewoner. Wanneer zij handelen vanuit het deficitmodel, zullen zij eerder geneigd zijn een fatalistische houding aan te nemen ten opzichte van de dementerende bewoner.

Wat betreft de vormen waarin ontspoorde zorg kan voorkomen, merken we een zeer grote overeenkomst met andere onderzoeken. We richten onze aandacht specifiek op de Belgische situatie en vergelijken onze resultaten met deze van de Rusthuisinfofoon (2002), het onderzoek van Casman e.a. (1998) en van Everaerts e.a. (1993) (zie Bijlage III). Zo spreken Casman e.a. (1998) over 'institutioneel geweld'. Volgens onze respondenten kan dit beschouwd worden als ontspoorde zorg. Ze hanteren dezelfde categorieën om institutioneel geweld te omschrijven: schending van privacy, geen structurele vrijheid en gebrek aan aandacht en individuele behoeften. Als we deze aspecten zo bekijken, kunnen we ook stellen dat ontspoorde zorg het niet geven van het minimum aan kwaliteit is. Wat dat betreft, kan ze beschouwd worden als ouderenmishandeling. Het verschil heeft te maken met de intentionaliteit ervan. Hetzelfde merken we op als we de resultaten van de Rusthuisinfofoon (2002) en het onderzoek van Everaerts e.a. (1993) bekijken. Deze twee onderzoeken geven dezelfde typologie weer, maar benoemen het als ouderenmishandeling op lichamelijk en psychisch vlak en de schending van rechten. De gelijkenissen in de subcategorieën is frappant. Ook hier kunnen we besluiten dat wat de ene ontspoorde zorg noemt, de andere ouderenmishandeling zal noemen. Het opsommen van de verschillende aspecten binnen de typologie geeft geen intentie of context weer waarbinnen ze kan ontstaan. Het resultaat van dergelijke handeling zal echter wel hetzelfde zijn voor de bewoner.

Ook het ontstaansmechanisme zoals de verpleegkundigen het beschrijven, maakt een grote overlapping met het model van Bakker e.a.(2000) en met aspecten uit het model van Pillemer (1988). Onmacht, onkunde en onwetendheid zijn volgens de verpleegkundigen belangrijke factoren die aan de basis liggen van het ontstaan van ontspoorde zorg (Bakker e.a., 2000). Deze interne attributies maken dat we werkelijk kunnen spreken over ontspoorde zorg. We hebben in ons theoretisch kader echter vermeld dat we vermoeden dat het model van Bakker e.a. (2000) ontoereikend zal zijn gezien we hier te maken hebben met de intramurale setting. We merken inderdaad dat de verpleegkundigen ontspoorde zorg toekennen aan externe attributies. Deze attributies stemmen overeen met aspecten uit drie componenten van het theoretisch verklaringsmodel van Carl Pillemer (1988), zoals het beschreven staat in punt 1.4.2.. Als kenmerken van het personeel beschrijven de verpleegkundigen het tekort in hun opleiding, alsook burn-out door privé- problemen. Wat betreft de kenmerken van de instelling merken we dat de verpleegkundigen het hebben over slechte personeelsbezetting en de zorgcultuur van de instelling die beiden kunnen leiden tot ontspoorde zorg. Als laatste bekijken we de kenmerken van de bewoner. We herhalen dat dementerende bewoners risico lopen om het slachtoffer te worden van ontspoorde zorg. De verpleegkundigen geven ook aan

dat zij geconfronteerd worden met valkuilen die eigen zijn aan de beeldvorming die zij hebben over dementerenden alsook aan de emoties die het omgaan met dementerenden oproepen (cf. 1.4.2.5.)

Naast deze overeenkomsten in de literatuur, zijn er ook een aantal ‘nieuwe’ aspecten die de inzichten betreffende ontspoorde zorg kunnen vergroten. We zullen deze hieronder toelichten.

#### **4.2.2. Aanvullingen op de literatuur**

Bij het beschrijven van contexten waarbinnen ontspoorde zorg kan ontstaan, viel het ons op dat de verpleegkundigen spraken over het gebrek aan morele ondersteuning vanuit de directie. Doordat zij zich in hun werk niet erkend voelen, haken zij af en vervallen ze soms in ontspoorde zorg. Dit is een aspect wat we niet direct in de literatuur terugvinden.

Een tweede punt dat zij aanhalen is de ‘sociale druk’ van collega’s. Hierdoor voelen sommige verpleegkundigen zich geremd in hun omgang met de bewoners of zijn ze geneigd hun gedrag aan te passen aan dat van het merendeel van de groep. Deze aspecten hebben te maken met groepsdynamica en komen volgens ons te weinig aan bod in de literatuur over het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg.

Hierbij aansluitend bekijken we de rol die familie kan spelen in het ontstaan van ontspoorde zorg. Hoewel de respondenten evenals de literatuur melding maken van de sociale controle door familieleden, leggen de verpleegkundigen vooral de nadruk op de extra werkbelasting die familie kan veroorzaken. Zij ondervinden dat ze bijna evenveel tijd moeten spenderen aan familie dan aan de bewoners zelf. Hierdoor ervaren zij een extra bron van stress, die aanleiding kan zijn tot ontspoorde zorg.

Deze drie voorgaande aspecten maken dat verpleegkundigen evengoed als slachtoffer van hun werksituatie kunnen worden beschouwd.

Als laatste punt maken we een aanvulling op de literatuur over het institutioneel geweld. Manthorpe (2002) en Casman e.a. (1998) schrijven institutioneel geweld toe aan organisatorische beperkingen en regels, waar het personeel machteloos tegen staat. Zij spreken zich echter niet uit of deze machteloosheid dan kan leiden tot ontspoorde zorg (cf. 1.3.1.3.). De ondervraagde verpleegkundigen zijn hierover wel duidelijk: zij zijn van mening dat ze deze regels moeten aanpassen aan de individuele zorgomstandigheden. Wanneer zij dit nalaten te doen, spreken zij over ontspoorde zorg.

Na de vergelijking van onze resultaten met de literatuur, gaan we onze onderzoeksmethode kritisch benaderen.

### **4.3. De onderzoeksmethode kritisch bekeken**

Het nadeel van de focusgroepen is dat het samenstellen van de groepen moeizaam kan verlopen, wat hier het geval was. Verder blijft men met de onzekerheid kampen of de deelnemers ook werkelijk komen opdagen.

De gebruikte methode is zeer tijdsintensief en kan op dat punt vergeleken worden met individuele interviews. Vooral het uittypen van de gesprekken vraagt enorm veel inspanning.

We zijn ons ook bewust van de beperkingen van dit onderzoek, die voortvloeien uit de onervarenheid van de gespreksleider. Deze maakte soms gebruik van suggestieve vragen of had niet voldoende vaardigheid om de respondenten op bepaalde ogenblikken dieper te bevragen. Misschien heeft de gespreksleider niet iedereen voldoende aan bod laten komen.

We hebben ook ondervonden dat de deelnemers aan de 'piggyback'groep zich geremd voelden om spontaan te praten. We wijten dit aan het feit dat er observatoren aanwezig waren, waardoor de anonimiteit in de grote groep in het gedrang kwam.

Nochtans zijn we ervan overtuigd dat de focusgroepmethode een geschikt medium was om deze gevoelige materie te behandelen. We merkten immers dat het groepsgesprek de deelnemers stimuleerde om hun opvattingen verder uit te diepen. Op deze manier hebben we een duidelijk antwoord bekomen op onze twee onderzoeksvragen.

We zijn van mening dat we op een voldoende betrouwbare manier te werk zijn gegaan. Gelijkaardige uitspraken van de verpleegkundigen over bepaalde aspecten van ontspoorde zorg geven dit aan.

Als laatste punt in dit hoofdstuk trachten we enkele aanbevelingen voor verder onderzoek weer te geven.



#### **4.4. Aanbevelingen**

De informatie die in dit onderzoek naar voor komt, kan nuttig zijn bij het verder uitstippelen van het ontstaansmechanisme van ontspoorde zorg bij dementerende ouderen. We denken dan specifiek aan de ‘slachtofferrol’ van de verpleegkundigen.

Zo zou men bijvoorbeeld kunnen nagaan of ondersteunende interventies naar de verpleegkundigen toe, het voorkomen van ontspoorde zorg doen dalen. We denken dan bijvoorbeeld aan het invoeren van een gelijkaardig project als dat van de Nederlandse overheid in samenwerking met het RIAGG: zorgverleners kunnen de hulp inroepen van een ‘mobiel team’. Dit team bestaat uit o.a. een psychiater, een psycholoog, een sociaal verpleegkundige,... Zij bieden ondersteuning aan medewerkers in verzorgingstehuizen in het omgaan met ouderen met psychosociale/psychiatrische problematiek.

Verder zou men bijvoorbeeld een vergelijkende studie kunnen maken tussen ergotherapeuten/kinesisten en verpleegkundigen en kijken of er in beide groepen ontspoorde zorg voorkomt.

## Literatuurlijst

BAKKER H., BEELEN J., NIEUWENHUIZEN C., De au van ouderdom: ouderenmishandeling, perspectieven voor hulpverlening, Utrecht, NIZW uitgeverij, 2000, 135 pp.

BILLIET J., WAEGE H., Een samenleving onderzocht – methoden van sociaal - wetenschappelijk onderzoek-, Antwerpen Standaard uitgeverij, 2001, 390 pp.

BLOOR M., FRANKLAND J., THOMAS M., ROBSON K., Focus groups in social research, Londen, SAGE Publications Ltd, 2001, 110 pp.

BULCKENS L., Handboek kwaliteitszorg in de ouderenvoorzieningen, Leuven, Garant, 2001, 224 pp.

CASMAN M.T., LENOIR V., BAWIN LEGROS B., Oud worden in een rusthuis: rust of onrust, 1998, 102 pp., onderzoek van de Universiteit van Luik op initiatief van Mevrouw Miet Smet Minister van Tewerkstelling en Arbeid

COMIJS H., LUITEN R., POT A.M., Krijg de ...! Mishandeling van ouderen door bekenden, Denkbeeld, jrg. 10, nr. 2, 1998, p. 24 – 27

COONEY C., MORTIMER A., Elder abuse and dementia: a pilot study, International Journal of Social Psychiatry, jrg. 41, nr. 4, 1995, p. 276-283

DECALMER P., GLENDENNING F., The mistreatment of elderly people, Londen, SAGE Publications Ltd, 1994, 198 pp.

ERIKSSON C., SAVEMAN B., Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings, Scandinavian Journal of Caring Sciences, jrg. 16, nr. 1, 2002, p. 79 – 85

EVERAERTS N., PEERAER J., PONJAERT – KRISTOFFERSEN I., Zorg om zorg, misbehandelen van ouderen, Leuven, Garant, 1993, 179 pp.

HAK T., WESTER F., De methodologie van kwalitatief onderzoek, Kwalon: tijdschrift voor kwalitatief onderzoek in Nederland, 2003, jrg. 8, nr. 2, p. 7 – 17

HAWES C., Elder abuse in residential long-term care facilities: What is known about prevalence, causes and prevention, Testimony before the U.S. Senate Committee on Finance, 2002, 12 pp.

HEWSTONE M., STROEBEN W., Introduction to social psychology, hoofdstuk 7 Attribution theory and research: from basic to applied, Oxford, Blackwell Publishers, 2001, p. 197 – 238

JANSSENS A., Van oude dingen, Nieuwsbrief Infocentrum Dementie, jrg. X, nr.x, 2002, 5 pp.

KRUEGER R., CASEY M., Focus groups 3<sup>rd</sup> edition, a practical guide for applied research, Londen, SAGE publications, 2000, 215 pp.

MANTHORPE J., Identifying and assessing abuse in care homes – part 2, Nursing Older People, jrg. 14, nr. 1, 2002, p. 27-28

MANTHORPE J., Assessing elder abuse in the community – part 1, Nursing Older People, jrg. 13, nr. 10, 2002, p. 27-28

McDANIEL C., Elder abuse in the institutional setting, Keln. Org. Bibliography, 1997, 16 pp.

MEDDAUGH D., Covert elder abuse in the nursing home, Journal of Elder Abuse & Neglect, jrg. 5, nr. 3, 1993, p. 21 – 37

MEERLING, Methoden en technieken van psychologisch onderzoek, deel 1, Model, observatie en beslissing, Druk Boompers drukkerijen BV, Amsterdam, p. 209

MILISEN K., DE MAESSCHALCK L., ABRAHAM I., Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen, hoofdstuk 18 Geweld op ouderen: een onheil met vele gedaanten, hoofdstuk 19 Het gebruik van fixatiemiddelen bij ouderen, Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, 2002, p. 353-372 en p.373 - 384

MUHR T., Atlas-ti Visual qualitative data analysis, management, model building, Relaise 4.1 User's Manual 1st Edition, Berlijn, 1997, 306 pp.

NCCNHR, National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform, Abuse and Neglect, 2003, Elektronische kopie, URL: [http://www.nccnhr.org/public/50\\_156\\_450.cfm](http://www.nccnhr.org/public/50_156_450.cfm)

NIZW, Achtergrondinformatie over ouderenmishandeling, 2003, Elektronische kopie, URL: <http://webserv1.nizw.nl/mishand/om/omachter.htm>

PEERAER J., Mis-handeling in de intramurale bejaardenzorg, Brussel, 1992, 183 pp., eindverhandeling aangeboden tot het behalen van de graad Sociale Gerontologie aan de Vrije Universiteit Brussel

PILLEMER K., Maltreatment of patient in nursing homes: overview and research, Journal of health and social behaviour, jrg.x, nr. 29, 1988, p. 227-238

PILLEMER K., BACHMAN – PREHN R., Helping and hurting, Predictors of maltreatment of patients in nursing homes, Research on aging, jrg. 13, nr. 1, 1991, 74 – 95

PILLEMER K., FINKELHOR D., Prevalence of elder abuse, The Gerontologist, jrg. 28, nr. 1, 1988, p. 51-57

PILLEMER K., MOORE D., Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff, The Gerontologist, jrg. 29, nr. X, 1989, p. 314 – 320

ROE B., Protecting older people from abuse, Nursing Older People, jrg. 14, nr. 9, 2002, p. 14-18

RUSTHUISINFOFOON, Jaarverslag 2002, 31 pp.

TARBOX A., The elderly in nursing homes: psychological aspects of neglect, Clinical Gerontologist, jrg. 1, nr. 4, 1983, p. 39 – 52

VALKENBURG T., Oud... Zeer: mishandeling van ouderen, Nijkerk, Intro, 1990, 91 pp.

VANDENBERK A., OPDEBEECK S., LAMMERTYN F., Geweld en onveiligheidsgevoelens bij ouderen: prevalentie en gevolgen, Rapport in opdracht van Mevr. M. Smet, Minister van Tewerkstelling en Arbeid en Gelijke Kansenbeleid, K.U.Leuven, 1998, 190 pp.

VAN DE VEN L., Het verzwegen leed, lezing n.a.v. een studiedag ouderenmishandeling, organisatie Liberale Mutualiteit van Oost-Vlaanderen en Solidariteit voor het gezin, 1997

VAN DE VEN L., Abstract infonamiddag ‘multidisciplinaire samenwerking bij vermoedens van bejaardenmis(be)handeling, in samenwerking met Paradox, 2001

VAN GORP L., Kwaliteit van leven, Diegem, Kluwer, 2001, 98 pp.

VAN OVERWALLE F., Attribution theory in an individual and a social context, 1991, Cursus Groepsdynamica Vrij Universiteit Brussel, 2003, 14 pp.

VAN SCHELVERGEM N., Valkuilen bij dementie, lezing naar aanleiding van een vormingsnamiddag expertisecentrum Paradox, 2000

VAUGHN S., SHAY SCHUMM J., SINAGUB J., Focus group interviews in education and psychology, Londen, SAGE Publications Ltd, 1996, 173 pp.

VERRIJCKEN M., Fixatie, Nieuwsbrief Infocentrum Dementie, jrg. x, nr. x, 2002, 5 pp

VOGELS e.a., Kwaliteitszorg in ouderenvoorzieningen, handleiding bij het werk van de sectorale overleggroep ouderenvoorzieningen, in opdracht van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1999, 79 pp.

WEENINK D., Verslag van de cursus Atlas-ti, Kwalon: tijdschrift voor kwalitatief onderzoek in Nederland, 2002, jrg. 7, nr. 3, p. 50 – 51

WESTER F., Methodische aspecten in kwalitatief onderzoek, In WESTER F., SMALING A., MULDER L., Praktijkgericht kwalitatief onderzoek, Coutinho, Bussem, 2000, p. 15 – 40

WESTER F., PETERS V., De bijdrage van de computer in de kwalitatieve analyse, Kwalon: tijdschrift voor kwalitatief onderzoek in Nederland, jrg. 8, nr. 2, 2003, p. 138 - 149

WOOLF L., Elder abuse and neglect, 1998, Elektronische kopie, URL: <http://www.webster.edu/~woolflm/abuse.html>

## **Lijst van bijlagen**

Bijlage I: uitnodiging voor deelname aan de focusgroep

Bijlage II: bedanking en concrete afspraak voor de focusgroep

Bijlage III: lijsten met vormen van mishandeling volgens typologie

Bijlage IV: scenario van het focusgroep interview

## ***Bijlage I: uitnodiging voor deelname aan de focusgroep***



Mevrouw, Mijnheer,

Met dit schrijven willen wij U vriendelijk uitnodigen om deel te nemen aan een discussiegroep in verband met een thesisonderwerp voor de licentie Gerontologie.

Deze thesis gaat over “ontspoorde zorg” bij dementerende bejaarden in RVT’s. Hiermee bedoelen we de subtiele, minder spectaculaire vormen van ouderenmishandeling zoals overdreven infantiliseren, geen privacy op toilet, te lange wachttijd na een beloproep enz.

Uit de literatuur blijkt dat dementerenden beschouwd worden als mensen met een grotere risicofactor op ontspoorde zorg. De afhankelijkheid van hun verzorgers neemt toe naarmate hun cognitieve achteruitgang stijgt. Bijkomende fysieke problemen en gedragsstoornissen maken dat zorgen voor dementerenden extra belastend kan worden.

Als verpleegkundige op een dienst voor dementerende bewoners bent U wellicht de persoon bij uitstek om uw ervaringen hieromtrent mee te delen.

Meer gegevens verwerven over het bestaan en de oorzaken van ontspoorde zorg kan een bijdrage leveren tot het verbeteren van een preventiebeleid, met name het optimaliseren van de kwaliteitszorg binnen de rusthuizen, de bewustmaking van het probleem bij de directies, de overheid overtuigen dat ontspoorde zorg een reëel probleem is dat de nodige aandacht vereist.

Bent U geïnteresseerd om deel te nemen aan dit onderzoek dan kan U uw gegevens terug sturen via bijgevoegde enveloppe of via é-mail t.a.v. [daisythys@planetinternet.be](mailto:daisythys@planetinternet.be) .

In de hoop op een spoedig antwoord, danken wij U bij voorbaat voor uw medewerking.

Met de meeste hoogachting

Promotor:  
Prof. Dr. I. Ponjaert – Kristoffersen

Daisy Thys  
Grote Dries 46/1A  
2650 Edegem

03 457 76 51

0485 50 58 64



in samenwerking met expertisecentrum Orion

***Deelnameformulier Focusgroep “ontspoorde zorg”***

Naam:

Voornaam:

Adres:

Telefoon:

É-mail adres:

Wenst deel te nemen aan het onderzoek omtrent ontspoorde zorg bij dementerenden binnen de RVT's.

Mijn voorkeur gaat uit om deel te nemen aan de focusgroep die doorgaat:

(voorkeur aankruisen)

Maandag 8 maart '04 van 14u tot 16u

Vrijdag 12 maart'04 van 19u tot 21u

De focusgroep heeft plaats in RVT De Wijtshage, 's Herenbaan 170, 2840 Reet.

Ik voldoe aan de voorwaarden voor dit onderzoek:

ik ben een verpleegkundige ( A1 of A2 diploma )

ik ben werkzaam op een afdeling voor dementerende bewoners binnen een RVT in de provincie Antwerpen

Ik heb de folder gelezen en ben op de hoogte van de gebruikte onderzoeksmethode.

(al mijn gegevens worden anoniem verwerkt)

Handtekening:

Terugsturen naar Daisy Thys via bijgevoegde enveloppe of via é-mail met de vermelding onderwerp 'thesis oz'.

# Waar ligt de grens?...

Een discussie over ontspoorde zorg bij dementerende bejaarden binnen de RVT's.



Een onderzoek in het kader van een licentieverhandeling voor de graad van licentiaat in de Gerontologie

## Wat is ontspoorde zorg?

Het is erg moeilijk om precies te omschrijven wat kan verstaan worden onder ontspoorde zorg.

Om dit te verklaren vertrekken we vanuit het begrip "ouderenmishandeling". Dit kan in principe opgesplitst worden in twee grote deelgebieden: de grove, strafrechterlijke vormen van mishandeling (bijv. slaan, verkrachting, geld verduisteren,...) en de subtiele, minder spectaculaire vormen zoals roepen, geen privacy verlenen, kinderlijk benaderen enz. (Van de Ven, 1983)

Al deze vormen van ouderenmishandeling zijn eigenlijk grensoverschrijdingen. Bij de subtiele vormen van mishandeling is de grens eerder vaag en zal afhangen van persoon tot persoon.

Deze persoonlijke grensoverschrijding maakt dat er een grijze zone is waarin niet altijd duidelijk zal zijn of men werkelijk

van mishandeling kan spreken. In dit onderzoek zullen wij het aanduiden als "ontspoorde zorg".

## Wat is een focusgroep?

Een focusgroep is een bijeenkomst van ongeveer zes mensen met een zelfde kennis, die een gesprek hebben over een op voorhand vastgelegd onderwerp.

Dit gebeurt onder begeleiding van een interviewer die een aantal vragen in de groep gooit.

Focusgroepdiscussies geven in een relatief korte tijd zicht op de gedachten die leven binnen een bepaalde groep van mensen.

De kracht van deze methode ligt in de dynamiek van het gesprek, waarbij allerlei verschillende visies van de deelnemers onderling besproken en genuanceerd worden.

Van de deelnemers wordt verwacht dat zij:

- Ø 2 uur aanwezig zijn
- Ø zoveel mogelijk gedachten en ervaringen omtrent ontspoorde zorg meedelen
- Ø actief meepraten in de groep

## ***Bijlage II: Bedanking en concrete afspraak voor de focusgroep***



Edegem, 09 december 2003

Geachte heer/mevrouw,

Ik was zeer verheugd te vernemen dat U wenst deel te nemen aan mijn thesisonderzoek. Ik ben er van overtuigd dat Uw bijdrage betekenisvol zal zijn.

De afspraak gaat dus door op donderdag 18 december van 14u tot 16u in RVT de Wijtshage, 's Herenbaan 170 te Reet. (plannetje met wegbeschrijving is bijgevoegd)

Gelieve een tiental minuutjes vroeger te komen, zodanig dat we met de gespreksgroep stipt op tijd kunnen starten. Dit betekent dan ook dat we ernaar streven om stipt te eindigen om 16uur.

U mag zich bij aankomst in het RVT aanmelden bij de receptie met de vermelding dat U meewerkt aan het thesisonderzoek van Daisy. Men zal U naar het betreffende lokaal begeleiden.

Alvast bedankt en tot binnenkort,

Daisy Thys

03/457 76 51

03/ 880 98 12 (werk)

### Bijlage III: Lijsten met vormen van mishandeling volgens typologie

#### Fysieke mishandeling

Auteurs:											
	Hawes, 2002	McDaniel 1997	NCCNHR 2003	Janssens 2002	Milisen e.a. 2002	Pillemer e.a. 1989	Decalmer e.a. 1994	Rusthuisinfofoon	Everaerts e.a. 1993	Valkenburg 1990	Casman e.a.; 1998
Vormen:											
Geen wisselhouding of decubituspreventie	X				X						
Nat laten zitten, lange wachttijd op WC, geen incontinentietraining	X		X							X	
Geen hulp bij maaltijden, onthouden van eten of drinken	X		X	X				X	X	X	X
Geen preventie voor contracturen geen positioneringstechnieken	X		X								
Geen hulp bij ADL	X	X			X			X			
Geen toezicht op gewichtverlies, Geen aandacht voor medische problemen	X										
Geen pijnmanagement	X										
Geen valpreventie	X										
Beloproep uitdoen zonder hulp te bieden, lange wachttijd na beloproep	X		X		X			X			X
Medicatiefouten, te hoge dosis psychofarmaca, Geen toezicht bij inname, geen aandacht aan nevenwerkingen	X	X	X				X	X	X		X
Fysieke immobilisatie, vastbinden, fixeren	X	X			X	X			X	X	X
Arts niet of niet tijdig roepen		X					X	X			
Geen aandacht schenken aan dieet, eenzijdige voeding geven		X			X						
Geen (regelmatig) bad geven, baden met venster open, niet wassen in het weekend			X	X						X	
Slechte handhygiëne van de zorgverleners			X				X				
Ruw handelen tijdens de verzorging			X		X						X

## Psychische mishandeling

Vormen:	Auteurs:											
	Hawes 2002	McDaniel 1997	NCCNHR 2003	Milisen e.a. 2002	Meddaugh 1993	Pillemer 1991	Pillemer e.a. 1989	Tarbox 1983	Decalmer e.a. 1994	Everaerts e.a. 1993	Valkenburg 1990	Casman e.a. 1998
Vernederen, kleineren		X	X						X	X		
Beledigen, uitschelden				X		X	X					
Afkeuren, misprijzen								X				
Intimideren, angst aanjagen, bedreigen	X		X			X	X		X	X		
Manipuleren, dwingen tot handelen					X				X			
Niet serieus nemen, infantiliseren, betuttelend behandelen				X				X	X		X	
Roepen	X	X					X					
Vloeken	X					X	X					
Afzonderen, isoleren	X		X		X	X	X	X				
Negeren			X								X	
Geen rekening houden met individuele noden, geen rekening houden met de eigenheid van de oudere		X		X	X			X		X	X	X
Onvriendelijk zijn				X						X		
Geen respect voor persoonlijk bezit								X				X
Slecht management van gedragsstoornissen bij dementerenden	X											
Onbeleefd zijn												X
Straffen	X		X				X					
Onaangepast infrastructuur voor dementerenden									X			
Veelvuldig verhuizen van bewoners			X									
Bevelen		X										
Ondoordacht handelen					X							

## Schending van rechten

Het valt onmiddellijk op dat hieromtrent veel minder onderzoek gedaan werd. In onze literatuurlijst vinden we maar vijf auteurs die hierover melding maken. Zij spreken voornamelijk over subcategorieën zoals gebrek aan privacy, gebrek aan inspraak enz. Dit zijn zeer ruime begrippen, die door elke persoon anders kunnen ingevuld worden. Elke nuancering die de auteurs gebruikten, is dan hier ook weergegeven.

<b>Vormen:</b>	<b>Auteurs:</b> Rusthuisinfofoon 2002	Milisen e.a. 2002	Casman e.a. 1998	Bakker e.a. 2000	Decalmer e.a. 1994
Post openen	X	X	X	X	
Niet kloppen aan de deur, direct na kloppen binnengaan	X	X	X		
Opgelegde bedtijd en tijd van opstaan	X	X	X	X	X
Niet vrij mogen ontvangen van bezoek, Geen gelegenheid hebben om dit vertrouwelijk te doen	X	X	X		
Plaatsen van wcstoel in de kamer		X	X		X
Afnemen van identiteitskaart, SIS-kaart	X			X	
Geen sleutel van de kamer hebben		X	X		X
Niet kunnen kiezen in welke ruimte men zijn tijd doorbrengt	X	X	X		X
Enkel mogen buiten gaan na verwittigen		X	X	X	
Geen keuze hebben qua kleding		X	X	X	X
Geen vrijheid van godsdienst		X	X	X	
Geen inspraak hebben in behandeling		X	X	X	

## ***Bijlage IV: Scenario van het focusgroep interview***

### **Verwelkoming**

Ik wil u allen van harte welkom heten en u alvast bedanken voor uw bereidwillige deelname aan dit onderzoek. Zoals u in de uitnodiging kon lezen wordt dit onderzoek opgezet in kader van mijn thesis, die ik maak voor mijn studies gerontologie aan de VUB.

Het is de bedoeling dat we een tweetal uur gaan debatteren over ontspoorde zorg bij dementerende bejaarden binnen de RVT's. Op deze manier tracht ik zoveel mogelijk informatie en argumenten te bekomen: wat u als ontspoorde zorg ziet en met welke vormen u te maken heeft in uw werksituatie; waaraan u die ontsporing toeschrijft enz. Het is dus belangrijk dat u uw argumenten zo duidelijk mogelijk formuleert. Het is niet nodig dat we in deze groep tot een consensus komen.

Ik wens nogmaals te beklemtonen dat alle gegevens die tijdens deze discussie verkregen worden strikt vertrouwelijk zijn en enkel voor dit onderzoek zullen worden gebruikt.

Mag ik er u op wijzen dat dit hele gesprek op band opgenomen wordt voor verdere verwerking. Om zowel het gesprek als de opname ervan zo vlot mogelijk te laten verlopen, is het best dat er enkele afspraken worden gemaakt. Indien u het woord wil nemen, gelieve dit dan duidelijk te maken met bijvoorbeeld het hand op te steken. Als er teveel door elkaar gepraat wordt, is het moeilijk om achteraf het gesprek uit te schrijven. Ik zal er zeker op toezien dat iedereen voldoende kans krijgt om zijn mening weer te geven. Wilt u ook telkens u het woord neemt uw naam noemen, zodat het uitschrijven vlotter verloopt.

Als er geen vragen zijn, dan stel ik voor dat we nu beginnen met een korte voorstelling zodanig dat ik u stem op band gemakkelijk kan herkennen.

**Wilt u uw naam zeggen en vertellen hoe lang u al werkt op een afdeling met dementerende bewoners en hoe u daar terecht bent gekomen. ( waarom u koos om bij dementerende bewoners te werken )**

Zoals u in de uitnodiging kon lezen, verstaan we onder ontspoorde zorg: “ de subtiele, minder spectaculaire vormen van ouderen mishandeling” (Van de Ven, 1997).

**Wat verstaat u zelf onder ontspoorde zorg?**

**Kunt u hier voorbeelden van geven?**

Uit het weinige onderzoek dat verricht werd naar ontspoorde zorg in België kan men besluiten dat dit voorkomt in 1 op 4 rust- en verzorgingstehuizen. We onderscheiden voor ons

onderzoek er drie soorten, namelijk ontspoorde zorg op lichamelijk vlak, ontspoorde zorg op psychisch vlak en schending van rechten.(Casman, 1998; Everaerts e.a.,1993; Pillemer & Moore, 1989)

**Wat is uw ervaring hierrond?**

**Welke vormen van ontspoorde zorg komen volgens u het meeste voor?**

**Kunt u argumenteren waarom de ene vorm meer zou voorkomen dan de andere?**

We hebben bij 11 auteurs nagegaan welke vormen van ontsparing van zorg met lichamelijke gevolgen zij beschrijven. Zeven auteurs vermelden het fixeren van bewoners (vastbinden). De meest voorkomende redenen tot fixatie zijn valpreventie, vrees voor de familie en het indekken van de eigen aansprakelijkheid. (Milisen e.a., 2002, Everaerts e.a., 1993)

**Hoe staat u tegenover fixeren?**

**Welke factoren kunnen leiden tot het fixeren van dementerende bewoners? Zijn er specifieke kenmerken van de ouderen die hiertoe leiden? Of van de omgeving?**

In de zorg voor dementerenden hebben verpleegkundigen regelmatig te maken met gedragsstoornissen zoals roepen, hallucinaties, agressief gedrag enz. Er kan dan gegrepen worden naar medicatie (Marcello, 1994). Op dit vlak kan er ontsparing van zorg bestaan (7/11 door ons gelezen auteurs vermelden dit). Er is dan sprake van te hoge doses psychofarmaca, geen aandacht voor negatieve bijwerkingen, onvoldoende toezicht op de werkelijke inname van de medicatie,... (Hawes, 2002; rusthuisinfofoon, 2002)

**Hoe staat u tegenover het geven van psychofarmaca?**

**Hoe zou u dit (het geven van teveel medicatie, geen rekening houden met de nevenwerkingen) verklaren?**

De auteurs Delescen (in Everaerts e.a., 1993) en Bakker (2000) zijn van mening dat een optimale zorgsituatie één is van evenwicht tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. Wanneer de zorgvraag het aanbod van zorg overtreft, komt er een dysbalans. De zorgverlener voelt zich tekort schieten, hij voelt zich machteloos.



Zij halen hier eigenlijk twee variabelen aan die de ontsporing zouden kunnen verklaren, namelijk: de mate van zorgbehoefte en de hoeveelheid zorg die kan gegeven worden.

**Wat roept deze stelling bij u op?**

**Hebt u ervaringen binnen uw werksituatie die deze stelling bevestigen of weerleggen?**

In de literatuur vinden we ook ontspoorde zorg op psychologisch vlak. Eén van de meest voorkomende vormen (6/12 auteurs) is: “de bewoner behandelen als een object, dit wil zeggen geen aandacht hebben voor zijn affectieve en sociale behoeften, meer aandacht die uitgaat naar de lichamelijke verzorging in plaats van aandacht te hebben voor verbaal en emotioneel contact” (McDaniel, 1997; Milisen e.a., 2002; Casman e.a.; 1998,...)

**In welke situaties zag je deze vorm van ontspoorde zorg optreden? Voorbeelden geven.**

**Zijn er volgens u specifieke kenmerken van het rusthuis die dit kan verklaren?**

**In welke mate speelt burn-out bij de verpleging een rol?**

**In welke mate speelt het gedrag van de oudere een rol?**

Een laatste thema is de schending van rechten. Kortweg gezegd komt uit de literatuurstudie van 5 auteurs dat bewoners in een rust- en verzorgingstehuis beperkt worden in hun vrijheid, hun zelfbeschikking en hun privacy (Casman e.a., 1998).

Denk bijvoorbeeld aan niet kloppen aan de deur, niet kunnen kiezen waar men zijn dag doorbrengt, niet kunnen beslissen over tijdstip van opstaan en slapen gaan, enz.

**Welke van deze schendingen komen volgens u wel eens voor?**

Nemen we de stelling van professor Verrijcken (2002, p. 2): “Het probleem van de vergrijzing van de bevolking bestaat hierin dat ouderen wel grondrechten hebben, maar er niet altijd in lukken deze te doen eerbiedigen.”

**Hoe staat u als personeelslid op een afdeling voor dementerenden tegenover deze stelling?**

**Zijn er volgens u factoren die maken dat de grenzen worden overschreden?**

Dan zijn we aan het einde van deze discussie gekomen. Ik tracht even kort voor u de voornaamste punten te schetsen.

**Heb ik uw standpunt correct samengevat?**

**Wenst er nog iemand iets toe te voegen?**

Ik dank u allen hartelijk voor uw inzet en medewerking. Ik ben ervan overtuigd dat uw bijdrage zeer zinvol was.