

**24/12/2013**

**Marieke Van Vracem**  
**dr. Nele Spruytte**  
**Prof. dr. Chantal Van Audenhove**

## **Living Well with Dementia**

**Synthese van de veldstudie over nachtelijke onrust bij dementie in het woonzorgcentrum**

### **1. Inleiding**

Het project 'Living well with dementia' heeft als doel de levenskwaliteit van mensen met dementie en de zorgverleners te verbeteren. Nachtelijke onrust bij dementie heeft een grote impact op de kwaliteit van leven. Er zal gezocht worden naar ruimtelijke en zintuiglijke omgevingsinterventies om deze nachtelijke onrust bij dementie en de belasting hiervan op verschillende partijen te beperken of te voorkomen.

Om deze omgevingsinterventies zo dicht mogelijk bij de ervaringen en noden van de praktijk te laten aansluiten, werd een exploratieve veldstudie uitgevoerd in acht woonzorgcentra (april-oktober 2013). Volgende onderzoeksvragen werden hierbij als leidraad gebruikt:

- Wat is nachtelijke onrust in woonzorgcentra? Wat verstaan hulpverleners hieronder? Met welk gedrag worden zij geconfronteerd?
- Wat zijn mogelijke oorzaken en gevolgen van nachtelijke onrust volgens hulpverleners?
- Op welke manier is nachtelijke onrust belastend en voor welke partijen?
- Hoe wordt nachtelijke onrust op dit moment aangepakt?
- Welke ruimtelijke en zintuiglijke interventies worden op dit moment reeds uitgevoerd?

Om bovenstaande vragen te beantwoorden werden interviews met hoofd- en nachtverpleegkundigen gehouden. De nachtdienst van elk woonzorgcentrum hield gedurende 14 nachten nachtboeken bij over de nachtelijke onrust en de aanpak hiervan. Daarnaast werd er in elk woonzorgcentrum een nacht meegelopen om de omgeving, nachtelijke onrust en de aanpak ervan te observeren.

In dit document stellen we eerst een synthese voor van gedragingen die vermeld werden in de interviews en nachtboeken en geobserveerd werden. Daarna vatten we de mogelijke oorzaken en de gevolgen samen die zijn opgenoemd, wat mogelijke aanknopingspunten zijn voor interventies. Ten slotte vatten we de huidige aanpak samen.

## 2. Bevindingen

Hieronder kan u de globale bevindingen vinden over de acht woonzorgcentra heen. Echter elke situatie is anders, afhankelijk van bewoners, medewerkers, gebouw en visie.

### Wat is nachtelijke onrust?

Nachtelijke onrust omvat een veelheid van gedragingen. We proberen deze te ordenen in een aantal clusters.

#### FYSIEK GEDRAG

- Dwalen (in de kamer, de gang, de leefruimte)
  - Door oriëntatieprobleem (ruimte, persoon, tijd)
  - Niet-doelgericht dwalen
- Opstaan (aankleden, aan de dag beginnen) midden in de nacht.
- Moeilijk naar bed te brengen. Bewoners aanvaarden soms niet dat het avond is en dat ze in het WZC verblijven. Anderzijds zijn er mensen die 'te vroeg' naar bed willen gaan.
- Actief bezig zijn:
  - In bed: woelen, uit bed/ over onrusthekken proberen te kruipen, verpleegdekken scheuren, incontinentiemateriaal uittrekken, dekens afgooien, kloppen, ...
  - In de kamer: meubels verplaatsen, beroep uitoefenen, lakens in wc steken, ...
- Smeergedrag
- Lichamelijke onrust: verkramppt liggen, transpireren, rood aanlopen, zich opjagen

#### VERBAAL GEDRAG

- Roepgedrag (woorden, zinnen, geluiden). Vaak een combinatie met communicatiemoeilijkheden.
- Zingen, prevelen, praten (tegen zichzelf, tegen spiegelbeeld, tegen foto's, ...)

#### AGRESSIEF GEDRAG

- Verbaal (schelden, beledigen)
- Fysiek (personen/materialen)

In twee woonzorgcentra wordt aangegeven dat men zich door het registreren van de nachtelijke onrust meer bewust geworden is van de frequentie van dit gedrag. Dit bleek beter mee te vallen dan verwacht, maar wil niet zeggen dat de impact van dit gedrag niet groot kan zijn.

### Wat zijn oorzaken en dus aangrijpingspunten voor interventies?

- We proberen de diverse oorzaken te ordenen binnen een globalere structuur.
- Er is onderlinge beïnvloeding tussen de vele factoren. Vaak is het een combinatie of ketting-effect.
- Er is niet één oorzaak en ook bij één persoon kan het sterk wisselend zijn.
- Onderstaande factoren kunnen zowel het wakker worden op zich als de nachtelijke onrust veroorzaken.

#### Oorzaken vanuit de persoon zelf

- Dementieproces
  - Slaapstoornissen, sundowning, dag-nachtritmestoornis
  - Oriëntatieproblemen (ruimte, tijd, persoon, maar ook niet kunnen plaatsen van bv geluiden)
  - Angst, dwang, piekeren, niet alleen willen zijn, hallucinaties
  - Beleving (bv. naar huis willen)
  - Afasie & apraxie (bv. niet begrijpen wat zorgverlener zegt of niet herkennen van een wc)
  - Geen/beperkt ziekte-inzicht
- Lichamelijk probleem bij de persoon
  - Incontinentie/gevoel van naar toilet moeten
  - Bijwerking medicatie
  - Infectie/pijn
  - Primaire behoeften: honger, dorst, koude, warmte
  - (over)vermoeidheid
- Nood aan veiligheid, geborgenheid, menselijke nabijheid, rust
- Eenzaamheid
- Culturele normen (schaamte, proper willen zijn)
- Leefgewoontes, levensgeschiedenis, rituelen (kennen we niet altijd, vragen we aan familie)
- Karakter, persoonlijkheid (kan ook veranderen zijn door het dementieproces) bv. fixeren op dingen
- Emoties zoals verdriet
- Aanpassingsmoeilijkheden, ook omwille van dementie zelf

## Oorzaken vanuit de omgeving

### *Organisatorisch*

- Uur van naar bed gaan dat vaak te vroeg ligt volgens velen en zo ook te veel uren in bed liggen  
Dit heeft verschillende oorzaken: mensen gaan slapen omwille van desoriëntatie, omwille van de organisatie van de afdeling, uit verveling. Voor sommige mensen die overprikkeld of oververmoeid zijn kan het wel goed zijn om vroeg te gaan slapen. Er worden verschillende meningen geuit over middagrust.
- Verzorging 's nachts op regelmatige tijdstippen (2 of 3 toeren per nacht)
- Verloop, structuur en benadering van overdag
- Wegvallen van structuur versus te veel regels
- Tijdsdruk waardoor beperkte persoonlijke begeleiding
- Het stilvallen van de werking op de afdeling na het avondeten

### *Psycho-sociaal*

- Onrust van andere bewoners, bezoekers, personeel
- Piekeren, bezig zijn met zaken. Dit kunnen ook zaken zijn van overdag.
- Benadering door zorgverleners en bezoekers: inhoud, stem, houding
- Het aantal sociale prikkels (te veel, te weinig)
- Manier hoe men naar ouderen en mensen met dementie kijkt bv. infantiliseren

### *Ruimtelijk-zintuiglijk*

Deze oorzaken bleken moeilijk te identificeren door zorgverleners. Men denkt er niet spontaan aan.

- Lawaai bv. onrust van anderen, karren, liften, beloproepen, bedden en onrusthekken, deuren en sloten, chauffages en apparaten, gepraat
- Te veel licht in de gang
- Temperatuur bv. te warm in de kamer, verwarming niet afzonderlijk kunnen regelen
- Fixatiemateriaal (bv. deur sluiten, onrusthekken, verpleegdekken, driepuntsfixatie)

- Incontinentiemateriaal
- Het aantal prikkels en de soort prikkel bv. lichtje van de bel waarvan de bewoners niet weten waarvoor het dient
- Beperkte huiselijke/avondsfeer
- De beperkte oppervlakte waarover de bewoner beschikt
- Beperkte tactiele stimulatie (bv. weinig geknuffeld)
- Weinig verluchting, geur van de kamer
- Maanstand, weeromstandigheden, veranderen van het uur (zomer/winter)

#### Randvoorwaarden

- Beschikken over info over het individuele levensverhaal en gewoontes van de bewoner: via observatie, ervaring, familie, overdracht
- Overleg tussen dag- en nachtdienst en tussen nachtdiensten onderling

### Wat zijn de gevolgen voor de verschillende partijen?

#### Voor de persoon zelf

- Vermoeidheid: door beperkte/onderbroken nachtrust of door het gedrag zelf bv. dwangmatig dwalen  
Dit heeft invloed overdag bv. sufheid, minder alert. Risico's hierbij zijn valincidenten, verschuiven van het dag-nachtritme
- Plassen in de kamer, nat liggen, smeergedrag, koud hebben, pijn
- Meer onrust
- Nachtelijke onrust houdt een verhoogd risico op onveiligheid in
- Emotionele belasting (bv. schaamtegevoel)
- Gevolgen van interventies (bv. vastgeraken in fixatiemateriaal)

#### Voor medebewoners

- Verstoorde nachtrust door:
  - Lawaai: roepgedrag, verschuiven van meubels, ...
  - Binnentreden van de kamer door een andere bewoner. Dit kan tot gevolg hebben dat de persoon zich (langdurig) onveilig voelt in zijn eigen kamer.
- Onrustig worden door onrust van anderen

#### Voor personeel

- Machteloosheid: oorzaak niet vinden, geen werkzame interventie vinden, niets aan kunnen doen omwille van de beleving van de persoon
- Hoge werkdruk, oa. door aantal beloproepen (ook van andere afdelingen dan van de afdeling dementie)  
Het is dan vooral moeilijk kort op de bal te spelen.
- Frustratie, geduld dat opdraakt
- Afwegen, stellen van grenzen (wanneer grijp je in?), kiezen tussen 2 opties die beide niet ideaal zijn (Bv. onrusthekken naar beneden laten want men kruipt er over maar onrusthekken zijn nodig want als bewoner opstaat is er valgevaar)
- Angst om dingen fout te doen, alleen te moeten beslissen, niet weten wat er elders in het gebouw gebeurt
- Niet gehoord worden bij hoofdverpleegkundige, personeel van overdag, familie
- Voor personeel overdag: sufheid van de mensen wat maakt dat eten geven moeilijk is of men de persoon niet wakker kan houden

### Huidige aanpak

In de interviews benadrukken zorgverleners dat nachtelijke onrust zeer individueel is. Het is telkens zoeken naar een persoonlijke aangepaste interventie. Men probeert over het algemeen eerst de oorzaak te zoeken en er wordt aangegeven dat er vaak geëvalueerd dient te worden. Er wordt meestal eerst nagegaan of er een fysieke oorzaak is. Bij het kiezen van een interventie maakt men een afweging tussen kwaliteit van leven, voorkeuren, noodzaak en veiligheid.

Voorbeelden van aangehaalde aanpak en interventies:

### **Ruimtelijk/zintuiglijk**

- Lichtje in de kamer/badkamerlicht laten branden
- Individuele voorkeuren: extra deken, gordijnen open, deur toe, ...
- Sporadisch: aromatherapie, kleurlamp, spiegels afplakken, ...
- Juiste incontinentiemateriaal + materiaal zodat men het niet kan aftrekken
- Fixatiemateriaal (in samenspraak met familie en na meerdere voorvallen) (bv. onrusthekken, deur sluiten, verpleegdeken, driepuntsfixatie)
- Medicatie (in samenspraak met familie en na meerdere voorvallen)
- Op afdelingniveau:
  - Huiselijke sfeer (ook in de kamers)
  - Interventies om de gevolgen te beperken bv. matras op de grond
  - Lawaai beperken door bv. tilliften op een centrale plaats te zetten of geen karren te gebruiken 's nachts
  - Licht uit op de gang
  - Naamkaartjes aan elke deur
  - Verschillende kleuren in de gang voor bevordering van de oriëntatie (bv. zodat bewoners makkelijker kamer terugvinden of deuren voor personeel minder zichtbaar worden door deze in dezelfde kleur als de muur te schilderen)
  - Dwaalgang
  - Badgesysteem voor de kamerdeuren zodat bewoners niet in de kamer kunnen van medebewoners en men geen sleutel hoeft te gebruiken

### **Psychosociaal**

- Individuele aanpak afgestemd op die bewoner
- Bewoners kennen
- Persoonlijke omgang met bewoners en letten op manier waarop men contact heeft met de bewoners
- Afleiden, praten, tijd nemen voor de bewoner
- Kort op de bal spelen

### **Organisatorisch**

- Informatie-overdracht
- Flexibiliteit bv. plasschema aanpassen, mensen laten opstaan om 6u
- Structuur overdag behouden (bv. vaste uren om te eten)

## **3. Besluit**

De veldstudie brengt aan het licht dat het personeel heel wat strategieën gebruikt om om te gaan met nachtelijke onrust.

Tegelijk ondervinden we dat de problematiek van nachtelijke onrust weinig bekend is. Het personeel in de nachtdienst zegt niet altijd erkenning en gehoor te vinden en ook in opleidingen, studiedagen of in de brede media komt wat er in de nacht gebeurt niet vaak aan bod. De beperkte personeelsinzet in de (nacht)zorg zorgt voor een eigen dynamiek.

Als één van de belangrijkste aandachtspunten onthouden we dat flexibiliteit en individualisering essentieel zijn om gepaste omgang en aanpak te vinden voor nachtelijke onrust. Er zijn veel aangrijpingspunten uit de genoemde oorzaken hierboven.

Daarnaast sommen we hieronder enkele bijkomende aandachtspunten op:

- Worden de oorzaken van onrust, de onrust zelf of de gevolgen aangepakt?
- In een woonzorgcentrum speelt bijkomend de balans tussen 'levenskwaliteit van individuele bewoners' en 'levenskwaliteit van de bewonersgroep als geheel'
- Financiële elementen: de kost van sommige oplossingen is vaak te hoog, ook de personeelskost speelt hierin mee
- Het afwegen en kiezen voor een oplossing of aanpak hangt nauw samen met de visie van de organisatie en het personeelslid zelf:
  - Versterken van de autonomie van de persoon met dementie (werken we bv incontinentie niet in de hand, de persoon kan meer dan je denkt)
  - Waarborgen van de privacy van de persoon
  - Garanderen van de fysieke veiligheid, valpreventie
  - Rekening houden met de menselijke waardigheid
  - Hoe kijkt men naar een persoon met dementie: als een zieke of als een persoon?
  - Balans tussen fysieke zorg en psychosociale ondersteuning
- Zoveel mogelijk rekening houden met de levensgeschiedenis en leefgewoonten, veronderstelt dat we die kennen. Zorg op maat.
- De aanpak van nachtelijke onrust dient een geheel te zijn van organisatorische, psychosociale en ruimtelijke factoren.

We hopen dat deze synthesesnota mag bijdragen tot een beter bewustzijn van de vele soorten nachtelijke onrust en de grote variëteit aan oorzaken en dus aanpakmogelijkheden. Vanuit LUCAS werken we verder aan het uitwerken van een training en interventie ter ondersteuning van de zorgpraktijk. We hopen de positieve samenwerking met de woonzorgcentra te kunnen verderzetten.