



## ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9861

### Het psychosociaal welzijn van ouderen in woonzorgcentra

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on improving the psychosocial well-being, mental health care and quality of care for older adults living in residential care settings.

Versie gevalideerd op het College van  
01 april 2026<sup>1</sup>

### SAMENVATTING

Dit advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) richt zich op het **psychosociaal welzijn van ouderen** die in woonzorgcentra (WZC) verblijven, in het bijzonder op personen met **psychiatrische of neurocognitieve stoornissen**. De residentiële ouderenzorg in België staat immers onder toenemende druk door de stijgende prevalentie van bewoners met een cognitieve stoornis en/of psychiatrische kwetsbaarheid, wat grote gevolgen heeft voor hun levenskwaliteit en voor het werk van zorgverleners.

Psychosociale zorg is momenteel onvoldoende verankerd in regelgeving, financieringsmechanismen, personeelsnormen en opleidingen. Het rapport wijst op regionale verschillen, waarbij de Brusselse hervorming geldt als illustratief voorbeeld van een bredere cultuurverandering.

Katz en BelRAI, de huidig gebruikte **evaluatie-instrumenten** om het zorgniveau en de zorgbehoeften van bewoners in WZC te bepalen beschikken over beperkte sensitiviteit voor het detecteren van psychiatrische en psychosociale kwetsbaarheden en houden zij onvoldoende rekening met de bijkomende zorgbelasting die gepaard gaat met gedragsveranderingen.

Het tekort aan **gekwalificeerd personeel**, in combinatie met **organisatorische beperkingen**, vermindert de capaciteit van voorzieningen om adequaat in te spelen op de complexe behoeften van bewoners. Het gebrek aan samenwerking met externe geestelijke gezondheidszorg versterkt deze moeilijkheid.

De huidige organisatie van zorg in WZC blijft te sterk gericht op medische diagnoses, ten koste van **psychosociale en existentiële behoeften** van ouderen. Dit leidt tot suboptimale zorg, een verhoogd gebruik van medicatie en een verminderde levenskwaliteit.

Gezien deze vaststellingen stelt de HGR een diepgaande transformatie van praktijken en beleid voor, gebaseerd op een **cultuur- en leiderschapsverandering**, gericht op **participatie, autonomie en waardigheid**.

De Raad beveelt onder meer aan om **de impact van de gevolgen** van fysieke en mentale aandoeningen **te erkennen** in de financiering en personeelsnormen.

<sup>1</sup> De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

Daarnaast wordt aanbevolen om de **werkomgeving te verbeteren** via een geïntegreerde aanpak die inzet op taakoptimalisatie, **interdisciplinaire samenwerking, permanente vorming en structurele ondersteuning**, zodat de zorg beter kan inspelen op complexe noden van bewoners. Het mobiliseren van diverse expertises binnen het multidisciplinaire team is essentieel, met aandacht voor een duidelijke taakafbakening en samenwerking met huisartsen binnen een geïntegreerd zorgmodel. Zo moet de verplichte aanwezigheid van psychologen en zorgverleners met psychosociale expertise in elk woonzorgcentrum worden voorzien, moeten structurele opleidingen voor alle zorgverleners niet alleen over neurocognitieve stoornissen, maar ook over psychiatrie en psychosociale zorg worden aangeboden en moet een functionele samenwerking met geestelijke gezondheidsnetwerken en structurele inzet van mobiele teams worden gegarandeerd.

Verder beveelt de HGR aan om de **zorg meer te richten op de persoon** en relaties, met gepersonaliseerde plannen die psychosociale en existentiële behoeften integreren en autonomie bevorderen. Relationale zorgmodellen (Tubbe, Montessori, Humanitude, *Culture Change* en Odette) en relatiegestuurde participatiemethodieken of raamwerken (Betekenisvolle Activiteiten Methode, *Sense of Home*, Woonleefwijzer, Trialoog en Referentiekader Dementie) kunnen een organisatiebrede implementatie gericht op persoons- en relatiegerichte maatregelen ondersteunen. De literatuur toont aan dat er verschillende niveaus van wetenschappelijke evidentie bestaan voor het aanbieden van een palet aan niet-farmacologische interventies, zoals cognitieve interventies, bewegingsinterventies, muziektherapie, reminiscentie, massagetherapie, aromatherapie en multisensoriële stimulatie. Voortbouwend op deze bevindingen kan proactief ingespeeld worden op de behoeften en gedragskenmerken van ouderen in woonzorgcentra. Op die manier kan het overmatig gebruik van psychotrope middelen worden verminderd en kan deprescriptie op een onderbouwde manier worden gestimuleerd.

Het rapport benadrukt ook het belang van **actieve betrokkenheid van naasten en mantelzorgers** bij de planning en opvolging van zorg, het versterken van banden met de gemeenschap en het bevorderen van inclusie en diversiteit, terwijl ageïsme en leeftijdsgebonden stereotypen worden bestreden.

Daartoe pleit de HGR voor een **herziening van het bestuurlijk kader**, erkenningskaders en labels voor voorbeeldige instellingen en voor meer steun aan onderzoek en innovatie, onder meer door integratie van digitale technologieën.

Het advies pleit voor een **geïntegreerde biopsychosociale benadering** van ouderenzorg, met nadruk op **relationele zorg, zingeving en levenskwaliteit**. Dit vereist wettelijke, financiële, opleidings- en organisatorische aanpassingen. Alleen een **structurele en interdisciplinaire aanpak** kan het psychosociaal welzijn van ouderen in woonzorgcentra duurzaam verbeteren, terwijl professionals worden ondersteund en innovatie wordt gewaardeerd.

## INHOUDSTAFEL

SAMENVATTING.....	1
INHOUDSTAFEL .....	3
I INLEIDING EN VRAAGSTELLING.....	7
II Methodologie .....	8
III UITWERKING EN ARGUMENTATIE .....	9
1 Huidige uitdagingen van WZC .....	9
1.1 Existentiële behoeften en zoektocht naar zingeving.....	9
1.2 Prevalentie van stoornissen en complexiteit van de behoeften .....	9
1.3 Institutionele en organisatorische uitdagingen .....	10
2 Psychosociaal welbevinden: wetten, regels en toezicht.....	11
2.1 Regelgeving financiering van de woonzorgcentra in functie van zorgprofielen .	11
2.2 Erkenningsvoorwaarden en -normen voor woonzorgcentra .....	12
2.3 Regelgeving externe psychiatrische ondersteuning voor woonzorgcentra .....	17
2.4 Conclusie.....	18
3 Psychosociaal welzijn: impact van organisatie in woonzorgcentra.....	19
3.1 Introductie.....	19
3.2 Wetenschappelijke evidentie en praktijkmodellen .....	19
3.3 Samenwerking met families en mantelzorgers.....	24
3.4 Werkomstandigheden, werkomgeving en omkadering.....	25
3.5 Conclusie.....	28
4 Psychosociaal welzijn: opleidingen in woonzorgcentra .....	28
4.1 Levenslang leren .....	28
4.2 Impact van opleidingen .....	29
4.3 Opleidingsniveaus: kennis en vaardigheden .....	29
4.4 Opleidingsniveaus: sociale vaardigheden .....	30
4.5 Methodologie van de opleidingen .....	31
4.6 Aanbevelingen .....	32
5 Psychosociale welzijn: woonomgeving .....	33
6 Psychosociale welzijn: technologische hulpmiddelen .....	34
6.1 Technologische vooruitgang .....	34
6.2 Uitdagingen en overwegingen.....	35
7 Psychosociaal welzijn: optimaal medicatiegebruik.....	36
7.1 Inleiding .....	36
7.2 Doelstellingen .....	36
7.3 Voorbeelden van beleidsimplementatie en toekomstige richtingen .....	40
7.4 Conclusie.....	41
IV AANBEVELINGEN .....	41
1 Conclusie .....	41

2	Aanbevelingen.....	42
2.1	Kernboodschap.....	42
2.2	Aanbevelingen.....	42
V	REFERENTIES.....	47
VI	SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....	61

## Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms<sup>2</sup>

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Psychological Well-Being	Psychosocial well-being	Psychosociaal welzijn	Bien-être psychosocial	Psychosociales Wohlbefinden
Nursing Homes	Nursing homes	Woonzorgcentra	Maisons de repos et de soins	Pflegeheime
Neurocognitive Disorders	Neurocognitive disorders	Neurocognitieve stoornissen	Troubles neurocognitifs	Neurokognitive Störungen
Mental disorders	Psychiatric disorders	Psychiatrische stoornissen	Troubles psychiatriques	Psychiatrische Störungen
Patient-Centered Care	Person-centered care	Persoonsgerichte zorg	Soins centrés sur la personne	Person-zentrierte Pflege
Psychosocial Intervention	Non-pharmacological interventions	Niet-farmacologische interventies	Interventions non pharmacologiques	Nicht-pharmakologische Interventionen
Psychotropic Drugs	Psychotropic drugs	Psychofarmaca	Psychotropes	Psychotrope Arzneimittel &

MeSH (Medical Subject Headings) is de thesaurus van de NLM (National Library of Medicine) met gecontroleerde trefwoorden die worden gebruikt voor het indexeren van artikelen voor PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

### Lijst van afkortingen

ACP	<i>Advanced Care Planning</i>
AI	<i>Artificial Intelligence</i>
APN	<i>Advanced Practice Nurse</i>
AVIQ	<i>Agence pour une Vie de Qualité</i>
BPSD	<i>Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia</i>
CADeN	<i>Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network</i>
CoMBI	<i>Cognitive Model for Behavioral Intervention</i>
CoMBI-SMI	<i>Cognitive Model for Behavioral Intervention - Severe Mental Illness</i>
CRA	Coördinerend en Raadgevend Arts
CRWASS	<i>Code Réglementaire Wallon de l'Action Sociale et de la Santé</i> (Waalse reglementaire code voor maatschappelijke actie en gezondheid)
DOSS	<i>Delirium Observation Screening Scale</i>
DRA	Dementie ReferentieArts
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EHPAD	<i>Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes</i> (residentiële voorzieningen voor afhankelijke ouderen in Frankrijk)
EDV	Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HGR	Hoge Gezondheidsraad
HPRD	<i>Hours Per Resident Day</i>
MR(S)	<i>Maison de repos (et de soins)</i>
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SPAD	<i>Soins psychiatriques à domicile</i> (Psychiatrische thuiszorg)
VBM	<i>Virtual Behavioral Medicine</i>

<sup>2</sup> De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-terminen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

VIKZ Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg  
WGO Wereldgezondheidsorganisatie  
WZC Woonzorgcentrum

## I INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Tijdens de oproep tot het indienen van thema's voor het werkprogramma van het domein geestelijke gezondheid binnen de HGR heeft de Hogeschool Odisee een voorstel ingediend over het psychosociaal welzijn van ouderen in WZC.

De WZC worden inderdaad geconfronteerd met meerdere uitdagingen om tegemoet te komen aan de toenemende complexiteit van de psychische en cognitieve noden van de bewoners, en om hun welzijn en de kwaliteit van hun begeleiding te garanderen binnen een zorgkader dat al onder aanzienlijke organisatorische en structurele druk staat.

Een aangepaste omgeving en gerichte zorg kunnen echter een positieve invloed hebben op het welzijn van ouderen, in het bijzonder die met psychiatrische en neurocognitieve stoornissen. Een betere aandacht voor hun psychosociale behoeften kan onder meer bijdragen tot:

- vermindering van gedragsmatige symptomen,
- stabilisatie van hun geestelijke gezondheid,
- bevordering van een adequater gebruik van psychotrope medicatie,
- waarborgen van een betere levenskwaliteit,
- en vermindering van transfers naar psychogeriatrische of gerontopsychiatrische ziekenhuisafdelingen bij acute gedrags- of gezondheidsproblemen.

Zorgverleners in residentiële centra zouden eveneens minder emotionele belasting ervaren veroorzaakt door gedragsveranderingen bij ouderen en een groter gevoel van competentie ontwikkelen in het omgaan met moeilijk te begrijpen gedrag.

Dit voorstel werd door de permanente werkgroep geestelijke gezondheid van de HGR als prioritair bestempeld. Het College besliste om een eigen initiatiefadvies op te starten.

Het doel van dit advies is om te bepalen **welke zorgbenaderingen en omgevingsaanpassingen zouden het mogelijk maken om beter rekening te houden met psychosociale behoeften en zo het welzijn van ouderen met psychiatrische of neurocognitieve stoornissen in WZC verbeteren?**

Het doel is om evidence-based strategieën voor te stellen die het existentiële welzijn van bewoners van WZC in België ondersteunen. Het advies zal bijzondere aandacht besteden aan personen met psychiatrische en/of neurocognitieve aandoeningen, maar de geïdentificeerde psychosociale uitdagingen (zingeving, relaties, autonomie, participatie, levenskwaliteit, enz.) hebben betrekking op alle bewoners en de geformuleerde aanbevelingen richten zich dan ook tot alle bewoners.

## II METHODOLOGIE

Na analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc* werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: geriatrie, kinesithherapie, geneeskunde, neurologie, psychologie, psychiatrie, verpleegkunde. De experts van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc* verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

Het advies berust op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, zowel uit wetenschappelijke tijdschriften als uit rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn (*peer-reviewed*), alsook op het oordeel van de experts.

Om te bepalen hoe de interne organisatie van WZC de zorgverlening en het psychosociaal welzijn van bewoners met psychiatrische kwetsbaarheid en/of cognitieve stoornissen kan verbeteren (hoofdstuk 3), werd een **literatuuronderzoek** uitgevoerd. De vraagstelling literatuuronderzoek betrof **hoe kan de interne organisatie van woonzorgcentra de zorg en het psychosociale welzijn van bewoners met psychische kwetsbaarheid en/of dementie verbeteren?**

De **doelgroep** van het literatuuronderzoek bestond uit bewoners van WZC met

- neurocognitieve stoornissen zoals de ziekte van Alzheimer, fronto-temporale dementie, vasculaire dementie, *Lewy body*-dementie en de ziekte van Parkinson;
- risicoprofielen zoals meervoudig rouwverwerking, suïcidale gedachten en gevoelens van eenzaamheid;
- en psychiatrische profielen jonger dan 70 jaar.

De literatuur werd geselecteerd (reviews, meta-analyse: laatste 5 jaar; RCT: laatste 3 jaar) op basis van de relevantie voor de onderzoeksvragen. In totaal werden de wetenschappelijke conclusies van 59 artikelen en 1374 studies van verschillende opzet (kwantitatief, kwalitatief, gemengde methode, economische evaluatie) in aanmerking genomen. Daarnaast werden inzichten van studies toegevoegd over de thema's voeding en comorbide persoonlijkheidsstoornissen (case en pilot study).

Vermits verschillende onderzoeksdesigns werden opgenomen in het onderzoek, werd geen mate van evidentie opgenomen in de tekst tenzij verwijzing naar de meta-analyses.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep (en door de permanente werkgroep geestelijke gezondheid) werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

### III UITWERKING EN ARGUMENTATIE

#### 1 Huidige uitdagingen van WZC

##### 1.1 Existentiële behoeften en zoektocht naar zingeving

Verhuizen naar een WZC gaat vaak gepaard met negatieve emoties en gevoelens voor zowel ouderen als hun verzorgers (Groenvynck et al., 2022). Deze overgang brengt ingrijpende veranderingen met zich mee die iemands gevoel van betekenis fundamenteel kunnen beïnvloeden en zelfs kunnen leiden tot een existentiële crisis.

Zingeving is een actief proces waarbij mensen betekenis, doel en samenhang in hun leven ervaren. Het vertegenwoordigt een fundamentele menselijke behoefte die onze diepste existentiële vragen raakt en ons in staat stelt het leven als waardevol te ervaren, zelfs onder moeilijke omstandigheden. Zingeving heeft vijf kerndimensies: de cognitieve (Wat betekent dit voor mij?), de emotionele (Wat geeft mij voldoening?), de motiverende (Waar leef ik voor?), de relationele (Hoe verhoud ik me tot anderen?) en de transcendentale (Hoe pas ik in het grotere geheel?).

Uit een recent onderzoek bleek dat slechts 31% van de bewoners van WZC zich daar "thuis" voelde (Cater et al., 2022). Zich thuis voelen in een WZC is belangrijk, omdat dit gevoel van herkenning, onafhankelijkheid en individualiteit van bewoners versterkt - kwaliteiten die van vitaal belang zijn voor alle bewoners, inclusief degenen met dementie (Board & McCormack, 2018; Groenvynck, 2023; Leino et al., 2023; Rijnaard et al., 2016). Echter, een recente enquête van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het Expertisecentrum voor Dementie (EDV, 2025) toonde aan dat 49% en 40% van de bewoners aangaven zelden of nooit een band te voelen met andere bewoners of verzorgers en slechts 61% van de bewoners deelnam aan betekenisvolle activiteiten.

In een cultuur die jeugd en productiviteit verheerlijkt, kunnen oudere volwassenen - vooral degenen die zorgafhankelijk worden - het gevoel hebben dat ze "niet langer tellen" of "een last zijn," percepties die hun eigenwaarde direct ondermijnen en kunnen leiden tot verlies van betekenis. Depressie en angst worden beide gekenmerkt door een verstoord vermogen om een positieve betekenis te geven aan levenservaringen, wat tot een algemeen gevoel van zinloosheid leidt en een directe bedreiging vormt voor het existentiële welzijn. Ook kunnen ze bewoners verhinderen om deel te nemen aan betekenisvolle activiteiten en relaties.

Chronische ziekten en lichamelijke beperkingen - veelvoorkomend onder bewoners van WZC - vormen aanzienlijke uitdagingen voor het ervaren van een zinvol leven (Dezutter et al., 2013). Bovendien zijn zingeving en geestelijke gezondheid nauw met elkaar verbonden: aan de ene kant kan een verlies van betekenis leiden tot ongemak, onrust en psychiatrische symptomen; aan de andere kant kunnen psychiatrische stoornissen het vermogen om betekenis te ervaren diepgaand ondermijnen. Deze onderlinge verbinding benadrukt de noodzaak van een geïntegreerde aanpak die zich richt op zingeving en existentiële behoeften in WZC om psychische problemen bij bewoners te voorkomen en aan te pakken.

##### 1.2 Prevalentie van stoornissen en complexiteit van de behoeften

WZC worden geconfronteerd met een toenemende druk door de complexiteit van de zorgbehoeften van bewoners, wat negatieve gevolgen kan hebben voor zowel bewoners als zorgverleners. Er is een evolutie in de zorgprofielen van bewoners in woonzorgcentra. Het aantal bewoners in WZC met psychische kwetsbaarheden (in lijn met het door de WGO gehanteerde continuüm van mentale gezondheid<sup>3</sup>) neemt gestaag toe. Het aandeel bewoners

<sup>3</sup> <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mental-health>

met een “licht” zorgprofiel neemt af, terwijl het aandeel bewoners met cognitieve stoornissen en/of psychiatrische kwetsbaarheid toeneemt. Drie recente Belgische studies (Boyls & Bronfort, 2023; Vander Elst et al., 2024; Gillis et al., 2025) tonen aan dat een aanzienlijk deel van de bewoners lijdt aan psychische kwetsbaarheid, vaak in combinatie met dementie, en dat probleemgedrag en een hoog medicatiegebruik frequent voorkomen. In Vlaanderen heeft 49,7% van de bewoners minstens één bevestigd psychiatrisch of neurocognitief diagnostisch label en 17,5% kreeg ooit een gedocumenteerde psychiatrische diagnose (Gillis et al., 2025). De meest voorkomende stoornis is een majeure depressieve stoornis (8,2% tot 18,9%), gevolgd door stoornissen in middelengebruik (5,0%), angststoornissen (1,4% tot 5,0%) en psychotische stoornissen (2,7%) (Gillis et al., 2025). Meer dan de helft van de bewoners met een psychiatrische stoornis heeft ook een vorm van dementie (Gillis et al., 2025). Deze prevalentie van psychische stoornissen in WZC ligt hoger dan bij ouderen die in de thuisomgeving wonen, wat deels verklaard wordt door selectie-effecten: WZC-bewoners worden opgenomen vanwege hun hogere zorgbehoefte<sup>4</sup>. De selectie naar WZC leidt ertoe dat de psychische en cognitieve kwetsbaarheid in deze populatie hoger ligt dan in de algemene oudere bevolking.

Ondanks deze hoge prevalentiecijfers worden de werkelijke aantallen waarschijnlijk onderschat door onderrapportage en onderdiagnostiek (Gutiérrez-Rojas et al., 2020). Majeure depressieve stoornis wordt bijvoorbeeld vaak over het hoofd gezien omdat de symptomen kunnen worden gemaskeerd door chronische ziekte en pijn en omdat zorgverleners depressieve symptomen- zoals verdriet of terugtrekking - kunnen normaliseren als een natuurlijk onderdeel van veroudering of als typisch voor mensen met cognitieve of psychische stoornissen (Baldwin, 2000; Heok, 2008; Gillis et al., in beoordeling). Omgekeerd kunnen depressie, angststoornissen, verslavingen, psychoses of persoonlijkheidsproblemen onderliggende chronische ziektes verhullen. Deze wederzijdse maskering benadrukt de complexiteit van diagnose en de nood aan een multidisciplinaire en zorgvuldige benadering van zowel psychische als lichamelijke gezondheid bij oudere bewoners van WZC.

Belangrijk is bovendien dat uitgesproken cognitieve problemen, die klinisch regelmatig worden geduid als beginnende of onderliggende dementie, zeer frequent voorkomen bij oudere volwassenen met ernstig psychiatrisch lijden. Cognitieve achteruitgang kan hierbij zowel een primaire neurodegeneratieve oorzaak hebben als secundair samenhangen met langdurige psychische kwetsbaarheid, waardoor de grenzen tussen psychiatrische en cognitieve problematiek in deze populatie vaak vervagen. Comorbiditeit weerspiegelt bijgevolg vaak de ernst van de zorgbehoefte en vormt een belangrijke indicator om de zorgzwaarte van bewoners in te schatten. Dit benadrukt het belang van geïntegreerde benaderingen die zowel psychische als cognitieve dimensies in rekening brengen.

### 1.3 Institutionele en organisatorische uitdagingen

Deze stoornissen hebben een aanzienlijke impact op de levenskwaliteit van bewoners, maar ook **op het werk van zorgverleners**. Zorgverleners ervaren moeilijkheden bij het herkennen van en omgaan met deze complexe problematiek, deels door een gebrek aan gespecialiseerde opleiding en onvoldoende samenwerking met externe geestelijke gezondheidsorganisaties. Bovendien erkent de financiering onvoldoende de bijkomende zorglast die voortvloeit uit de gedragsveranderingen die met deze moeilijkheden gepaard

---

<sup>4</sup>Een beter uitgebouwde en gecoördineerde thuiszorg, inclusief geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn, zou kunnen bijdragen aan het langer thuis wonen van ouderen en het uitstellen of verminderen van residentiële opname. Maar een opname in een WZC is niet noodzakelijk het ‘worstcasescenario’. Voor veel ouderen, zeker wie alleenstaand is en kampt met verhoogde mentale of psychosociale kwetsbaarheid, kan een residentiële setting net meer veiligheid, continuïteit van zorg, sociale verbondenheid en levenskwaliteit bieden dan de thuissituatie. Residentiële ouderenzorg vormt dan ook geen eindpunt in een hiërarchie van zorgvormen, maar een volwaardige schakel binnen een continuüm van zorg. De meest aangewezen zorgvorm blijft steeds afhankelijk van de individuele noden, draagkracht, context en voorkeuren van de oudere persoon.

gaan. Het tekort aan middelen en gekwalificeerd personeel in woonzorgcentra leidt vaak tot antwoorden die zich richten op het probleem en de medische diagnoses (psychotrope medicatie, doorverwijzing naar een psychogeriatrische of gerontopsychiatrische afdeling) in plaats van tot een benadering die afgestemd is op de individuele psychosociale behoeften. Dit resulteert in een vermindering van de levenskwaliteit van ouderen.

Op individueel niveau belemmeren emotionele stress, een gevoel van zinloosheid en moeilijkheden bij het opbouwen van een goede band het vermogen van verpleegkundigen om effectieve zorg te bieden (Artis & Smith, 2013; Plant & White, 2013; Weiland et al., 2016; Zolnierek & Clingerman, 2012). Op institutioneel niveau melden verpleegkundigen onvoldoende opleiding en training over psychische aandoeningen, zowel tijdens hun formele studie als hun professionele praktijk, wat resulteerde in beperkte kennis en vaardigheden om passende ondersteuning en behandeling te bieden (Tyerman et al., 2021; Zolnierek & Clingerman, 2012).

Deze moeilijkheden zijn geworteld in **negatieve en stereotiepe opvattingen** over ouderen in onze samenleving, wat onderliggende leeftijdsdiscriminatie weerspiegelt. Bovendien kan de kwaliteit van de zorg aangetast worden door mogelijke stereotypen van zorgprofessionals over mensen met een psychische aandoening, zo zouden zij incompetent, onvoorspelbaar, storend of gewelddadig zijn (Brunero & Lamont, 2016; Seeman et al., 2016). Dergelijk stigma kan leiden tot isolatie, uitsluiting, misbruik, diagnostische overschaduwning en afwijzing binnen zorginstellingen (Vaghee et al., 2017; WGO, 2012). Een systematische review door Tyerman et al. (2021) toonde aan dat stigma en discriminatie een significante invloed hebben op de verpleegkundige zorg voor mensen met een psychische aandoening. Dit fenomeen wordt gevoed door onjuiste kennis over de pathologieën, hun symptomen en het daarmee samenhangende gedrag, wat een negatieve invloed heeft op de houding en het gedrag van zorgverleners ten opzichte van deze bevolkingsgroep. Deze houding van zorgverleners heeft bijgevolg een impact op het gedrag van de bewoners zelf.

Ten slotte kan het **dominante biomedische zorgmodel** in WZC leiden tot wat Derkx (2011) beschrijft als een reductie van de oudere tot een "verzameling zorgbehoeften" in plaats van een uniek individu met persoonlijke levensdoelen en existentiële vragen. Een overmatige focus op lichamelijke zorg gaat vaak ten koste van de spirituele en existentiële behoeften van bewoners, vooral bij mensen met dementie.

## 2 Psychosociaal welbevinden: wetten, regels en toezicht

### 2.1 Regelgeving financiering van de woonzorgcentra in functie van zorgprofielen

In België gebeurt de financiering van WZC op basis van zorgprofielen (in Wallonië worden de normen voor het toezicht op zorg en re-activeringspersoneel vastgesteld door het AVIQ (Bijlage 120 van de Waalse reglementaire code voor maatschappelijke actie en gezondheid, *Code Réglementaire Wallon de l'Action Sociale et de la Santé* - CRWASS); in Vlaanderen door het Departement Zorg en in Brussel door Iriscare).

De zorgzwaarte wordt voornamelijk bepaald aan de hand van de Katz-schaal, die het verlies van autonomie of afhankelijkheid van een bewoner in beeld brengt. Dat gebeurt door een score te geven op een aantal levensdomeinen zoals persoonlijke hygiëne, mobiliteit, en voeding, maar dit is onvoldoende om de zorgzwaarte van personen met een psychiatrische kwetsbaarheid te evalueren.

De gegevens die met de Katz-schaal worden verzameld, maken het mogelijk om de basissubsidie voor zorg te berekenen die de instelling per bewoner en per dag kan factureren aan de mutualiteiten.

Doordat de Katz-schaal **de zorgzwaarte** van oudere volwassenen met een psychiatrische kwetsbaarheid onvoldoende evalueert (ze geeft hen doorgaans een normaal profiel), heeft

een opname van een bewoner met dit profiel een negatieve impact op de basistegemoetkoming voor zorg.

## 2.2 Erkenningsvoorwaarden en -normen voor woonzorgcentra

### 2.2.1 Kader

De norminterpretaties van 2017 (RIZIV) verschaffen een gedetailleerde uitleg van de erkenningsvoorwaarden en -normen voor WZC in Vlaanderen, *maisons de repos* en *maisons de repos et de soins* (MR/S) in Wallonië en Brussel) en centra voor kortverblijf.

Er bestaan verschillende types van bijkomende erkenningen voor woonzorgcentra. De belangrijkste vormen van bijkomende erkenning zijn die van bijkomende erkenning in het algemeen en die van bijzondere erkenning voor personen met jongdementie. Er zijn ook extra personeelsvereisten voor deze bijzondere erkenning.

In Vlaanderen informeert de procescommunicatie van juni 2021 van het kabinet minister Beke<sup>5</sup> de sociale partners over het VIA 6 akkoord voor residentiële ouderenzorg, met focus op kwaliteitsmaatregelen en wijzigingen in de financieringsnormen en -onderdelen vanaf juli 2021.

Het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 (het zogenaamde stambesluit), actualiseert de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, waarbij de analyse de nieuwe en gewijzigde bepalingen ten opzichte van het stambesluit van 2009 belicht<sup>6</sup>.

Het stambesluit bevat bepalingen over het verkrijgen en behouden van zowel de bijkomende erkenning voor een woonzorgcentrum als de bijzondere erkenning voor het aanbieden van gespecialiseerde zorg aan specifieke doelgroepen.

In Brussel is het regelgevend kader voor woonzorgcentra gebaseerd op de Ordonnantie van 24 april 2008, aangevuld met besluiten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Op 18 januari 2024 werd een belangrijk besluit goedgekeurd, waarbij de nieuwe erkenningsnormen op 1 september 2024 in werking traden. Deze hervorming heeft als kern doel een cultuuromslag in woonzorgcentra te realiseren, waarbij zowel het welzijn van de ouderen als de arbeidsomstandigheden van het personeel centraal staan.

De hervorming focust op twee hoofdpunten. Ten eerste beoogt ze de omvorming van instellingen tot echte leefomgevingen voor ouderen. De nieuwe normen stimuleren de overgang van een zorggericht model naar woonplaatsen waar de autonomie, keuzevrijheid en participatie van de bewoners centraal staan. In de praktijk betekent dit dat de capaciteiten van de ouderen actief worden gewaardeerd en gestimuleerd, en dat ze betrokken worden bij dagelijkse activiteiten, zoals de planning van menu's, uurregelingen en deelname aan sociale en culturele initiatieven. De principes van de Tubbe- en Montessorimethoden zijn hierbij leidend: bewoners worden bijvoorbeeld begeleid naar ruimtes in plaats van passief vervoerd te worden, en de interne democratie van de instelling wordt versterkt. Daarnaast wordt de openstelling naar de wijk aangemoedigd, bijvoorbeeld via samenwerking met lokale verenigingen, scholen of culturele initiatieven. Ten tweede wil de hervorming zinvolle en aantrekkelijke werkplekken voor het personeel creëren.

Om de uitvoering van deze hervorming te begeleiden, stelt Iriscare een uitgebreid pakket ondersteunende instrumenten ter beschikking. Dit omvat een vademecum, toelichtende documenten en briefings over de nieuwe normen, webinars en presentatiemateriaal op maat van de verschillende personeelscategorieën, en het gratis online platform "*It takes a village*",

<sup>5</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/VIA%206%20OZ%20-%20procescommunicatie%20sociale%20partners\\_0.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/VIA%206%20OZ%20-%20procescommunicatie%20sociale%20partners_0.pdf)

<sup>6</sup> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/oplijsting%20wijzigingen%20Stambesluit%2020-05-2021.pdf>

dat coaching, tools en uitwisseling van goede praktijken aanbiedt. Het project “*It takes a village*”, ontwikkeld in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting, voorziet bovendien in begeleidingssessies en inspiratie rond de Tubbe- en Montessorimethoden.

Het AVIQ is voor Wallonië verantwoordelijk en heeft bijlage 120 van de CWRASS gepubliceerd met daarin de normen voor de woonzorgcentra (accreditatie, financiering, toezichtsnormen en interne werking). Sommige woonzorgcentra beschikken over een aangepaste eenheid of dagopvang voor ouderen met cognitieve stoornissen<sup>7</sup>. Dat is een specifieke architecturale unit die dag en nacht mensen met cognitieve stoornissen huisvest. De unit is geïntegreerd in een WZC en heeft een maximumcapaciteit van 30 bewoners. De aangepaste unit bevordert de individuele autonomie door de deelname van de bewoners aan de dagelijkse activiteiten en de collectieve autonomie door het creëren van aangepaste vrijetijds- en therapeutische activiteiten.

De Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) kan, om redenen van aangepaste zorg, beslissen om een geïnterneerde persoon over te brengen naar een andere inrichting. Sporadisch worden geïnterneerden opgenomen in woonzorgcentra. **Er bestaan tot op heden echter geen erkenning of bijhorende voorwaarden en normen voor woonzorgcentra die zorg bieden aan geïnterneerden**<sup>8</sup>.

Naast klinische en organisatorische normen is ook het rechtentoegangsbeleid cruciaal. Woonzorgcentra moeten bewoners actief informeren over hun rechten, waaronder toegang tot de bemiddelingsdienst, het recht op klachtenbehandeling, inspraak, vrijheidsbeperkende maatregelen volgens de wettelijke kaders, en het behoud van politieke rechten zoals stemrecht. Deze elementen zijn essentieel voor autonomie, waardigheid en participatie.

Naast de erkennings- en kwaliteitsnormen zijn woonzorgcentra als werkgever onderworpen aan de Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers, die een preventiebeleid inzake onder meer psychosociale risico's verplicht stelt.

### 2.2.2 *Regelgeving betreffende de personeelskwalificaties*

Volgens de regelgeving moet in elk woonzorgcentrum een **coördinerend en raadgevend arts** (CRA) aangesteld worden. Daarnaast moeten woonzorgcentra beschikken over verplegend en verzorgend personeel volgens regionale normen en bijzondere of bijkomende erkenningsnormen.

De Vlaamse regelgeving en normering benoemt **psychologen** in WZC in verschillende contexten. Hoewel er geen expliciet verplicht aantal psychologen voor algemene erkenning wordt voorgeschreven, benadrukken bepalingen rond het personeelslid voor reactivering, bijzondere erkenning voor jongdementie, psychosociale ondersteuning en het psychosociale dossier de belangrijke rol van psychologische expertise. In tijden van personeelsschaarste is het echter belangrijk te focussen op de kwaliteitsbijdrage van deze functies, in plaats van op het strikt afdwingen van dwingende beroepsprofielen. Zo kan de impact van psychologische expertise op zorgkwaliteit worden gewaarborgd, zelfs als functies flexibel worden ingevuld. Hoewel personen met een achtergrond in psychologie soms ingezet kunnen worden ter vervanging van een voltijdsequivalent verpleegkundige, moet men voorzichtig zijn met het vermengen van taken. Psychologen en verpleegkundigen hebben elk een specifieke inhoudelijke bijdrage: psychologen ondersteunen psychisch welzijn en cognitieve functies, terwijl verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor fysieke zorg en medische opvolging. Het combineren van deze rollen garandeert niet automatisch de kwaliteit van beide disciplines, ook al blijft de verpleegkundige permanentie formeel gewaarborgd.

<sup>7</sup> <https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines/accompagnement-des-troubles-cognitifs-en-maison-de-repos>

<sup>8</sup> [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=nl&caller=summary&pub\\_date=14-07-09&numac=2014009316](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=14-07-09&numac=2014009316)

Samenvattend kan worden gesteld dat interne psychologen en psychologisch geschoolde zorgprofessionals in een woonzorgcentrum door de regelgeving worden gezien als integraal onderdeel van het multidisciplinaire team, met specifieke taken gericht op reactivering, de zorg voor personen met jongdementie en de algemene psychosociale ondersteuning. Binnen woonzorgcentra zijn verschillende psychologische taken nodig om de zorg en het welzijn van bewoners te waarborgen. Sommige psychologen richten zich op de dagelijkse begeleiding en psychosociaal welzijn van bewoners binnen de instelling, terwijl andere psychologen gespecialiseerde taken uitvoeren, zoals diagnostiek, therapie of consultatie, vaak in samenwerking met artsen-specialisten zoals psychiaters. Het onderscheid gaat dus niet zozeer om interne of externe tewerkstelling, maar om het type taak dat wordt vervuld, zodat alle noodzakelijke psychologische functies adequaat worden gedekt.

In Wallonië en in Brussel zijn er geen regels met betrekking tot de integratie van psychologen in het multidisciplinaire team. In Brussel is de psychosociale begeleiding versterkt sinds het Besluit van het Verenigd College van 18 januari 2024, dat voorziet in een uitbreiding van het personeel voor reactivatie en begeleiding (waaronder psychologen, logopedisten, opvoeders, kinesitherapeuten en diëtisten).

### 2.2.3 *Regelgeving betreffende opleiding van medewerkers in woonzorgcentra*

#### (a) Kader

De opleiding van het personeel (zorg en diensten) in woonzorgcentra is onderworpen aan een Europese, federale en regionale verplichting.

#### (b) Opleiding in zorg voor personen met cognitieve problemen

Voor een woonzorgcentrum met een bijzondere erkenning voor een verblijfseenheid voor personen met jongdementie, is er een specifieke vereiste voor bijkomend personeel. Per 25 gebruikers moeten er 0,5 voltijdsequivalenten aan bijkomende personeelsleden zijn die onder andere beschikken over een kwalificatie als maatschappelijk werker, sociaal verpleegkundige, orthopedagoog of master in de psychologie (of een daarmee gelijkgestelde kwalificatie) en beschikken over het getuigschrift **referentiepersoon dementie**. De opleiding tot referentiepersoon dementie is een opleiding die een getuigschrift kan opleveren waarbij de geslaagde medewerker vergoed wordt tot 16 jaar anciënniteit. Dit toont aan dat voor gespecialiseerde zorg aan personen met dementie specifieke kennis en een erkend getuigschrift vereist zijn.

In Wallonië organiseert de referentiepersoon dementie opleidingen voor het verzorgend personeel en het reactivatiepersoneel. Deze opleidingen hebben onder meer betrekking op de begeleiding van bewoners met cognitieve stoornissen en op niet-medicamenteuze benaderingen.

In Brussel versterken de erkenningsnormen die op 1 september 2024 in werking zijn getreden de structurering en coördinatie van de functie van referentiepersoon dementie. Het netwerk van referentiepersonen wordt voortaan via Iriscare specifiek gefinancierd.

In Wallonië en Brussel is bovendien een algemene verplichte opleiding over cognitieve stoornissen (waaronder dementie) voorzien voor alle zorgverleners die in een woonzorgcentrum werkzaam zijn.

In Vlaanderen wordt in het kader van de VIA6 de "Opleiding dementie" als een financieringselement in de Vlaamse Sociale Bescherming beschreven. Dit suggereert dat er

aandacht en middelen zijn voor opleidingen rond dementie, maar het document specificeert niet of dit een verplichte opleiding is voor alle zorgverleners<sup>9</sup>.

(c) Opleiding in de zorg voor personen met een psychiatrische kwetsbaarheid

Er is **geen algemene specifieke opleiding in psychiatrische zorg** verplicht voor al de zorgprofessionals in woonzorgcentra. Wel blijkt uit de regelgeving dat psychosociale ondersteuning een belangrijk aspect is van de zorg die geboden moet worden. Dit impliceert dat personeel over de nodige competenties moet beschikken om hieraan invulling te geven. De regelgeving voorziet in raadplegingen door psychiaters en in psychotherapeutische behandelingszittingen door hen, wat aangeeft dat bewoners van woonzorgcentra toegang kunnen hebben tot gespecialiseerde psychiatrische zorg. Dit betekent echter niet dat basispersoneel over een specifieke psychiatrische opleiding moet beschikken. Hoewel sommige psychiaters een bijkomende specialisatie in dementie kunnen hebben, is dit niet standaard. Het zou wenselijk zijn dat basiscompetenties in cognitieve en psychische zorg ook voor psychologen en verpleegkundigen worden geïntegreerd. Voor verpleegkundigen blijft bovendien de persoonlijke en sociale benadering een **generieke competentie**, essentieel voor het welzijn van bewoners, ongeacht de beschikbaarheid van gespecialiseerde consultaties.

2.2.4 *Regelgeving betreffende de kwaliteit van zorg in woonzorgcentra*

In België valt de regelgeving omtrent de **kwaliteit van zorg** in WZC onder de bevoegdheid van de drie gewesten, die elk hun eigen erkennings- en werkingsnormen vastleggen. Ondanks enkele verschillen schrijven alle gewesten de monitoring voor van essentiële kwaliteitsindicatoren. Zo moeten de instellingen systematisch gegevens registreren over onder meer het aantal decubitusletsels, zorggerelateerde infecties, vallen, incontinentie en het gebruik van fixatie- of isolatiemaatregelen.

Daarnaast zijn WZC verplicht een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen dat meerdere belangrijke domeinen omvat: de zorg voor personen met dementie, het beheer van gedragsproblemen, de preventie van vallen en decubitus, infectiepreventie, het beheer van vrijheidsbeperkende maatregelen, mondzorg, ondervoeding en de palliatieve en levenseindezorg. De uitvoering van deze beleidslijnen vereist een regelmatige evaluatie van de resultaten, de ontwikkeling van corrigerende maatregelen en de analyse van klachten, die worden beschouwd als een aanvullende indicator van het functioneren en de zorgkwaliteit.

Bepaalde regionale specificiteiten vullen dit algemene kader verder aan.

In Vlaanderen is het gebruik van de BelRAI verplicht: elk WZC moet de zorgzwaarte van de bewoner binnen de 8 weken na opname evalueren om een coherente planning en opvolging te verzekeren. Daarnaast organiseren de Vlaamse Ouderenraad en het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg een kwaliteitsenquête in Vlaamse woonzorgcentra, waarbij de tevredenheid van gebruikers wordt beschouwd als een belangrijke kwaliteitsindicator die inzicht biedt in de ervaringen van bewoners.

In Wallonië en Brussel bestaan gelijkwaardige mechanismen voor kwaliteitsopvolging via regionale inspecties en verplichtingen inzake het interne kwaliteitsbeleid.

2.2.5 *Toezicht op regelgeving inzake kwaliteit van zorg*

De belangrijkste controle-instanties zijn de Zorginspectie (Vlaanderen), Iriscare (Brussel) en AVIQ (Wallonië). Om bewoners de garantie te geven op kwaliteitsvolle zorg, zijn er diverse

<sup>9</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/VIA%20%20OZ%20-%20procescommunicatie%20sociale%20partners\\_0.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/VIA%20%20OZ%20-%20procescommunicatie%20sociale%20partners_0.pdf)

structuren die variëren van sterk controlerend (Zorginspectie, Iriscare en AVIQ) naar controlerend en waarderend (AVIQ).

Daarnaast bestaat er de Woonzorglijn (Vlaanderen), een communicatiekanaal tussen Vlaamse burgers en het Departement Zorg. Deze lijn verstrekt informatie en advies en behandelt klachten over residentiële ouderenzorgvoorzieningen. Senoah Asbl (Wallonië) en InforHomes (Brussel) vervullen dezelfde rol inzake informatie, advies en klachtenbehandeling.

Het VIKZ heeft als doel om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in diverse sectoren van de Vlaamse gezondheidszorg en woonzorg transparant te maken en te verbeteren. Via Zorgkwaliteit.be bieden ze een platform voor de burger om zich te informeren over de gemeten kwaliteit van zorg. Ze bieden er wetenschappelijk gefundeerde informatie aan, aan de hand van sets van kwaliteitsindicatoren.

VIKZ, de Vlaamse Ouderenraad en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen werken samen rond 'Kwaliteit van leven, wonen en zorg in Vlaamse woonzorgcentra'. Ze werken aan de ontwikkeling van een kostenefficiënte, wetenschappelijk onderbouwde methodologie om de ervaren kwaliteit van leven, wonen en zorg in de Vlaamse WZC te meten bij bewoners en hun naasten, waaronder een observatiemethodiek specifiek gericht op de kwaliteit van leven bij bewoners met verregaande dementie.

#### 2.2.6 *Regelgeving betreffende de kwaliteit van de medische zorg in WZC*

Elk woonzorgcentrum dient een overeenkomst te hebben met een **Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA)**, die samenwerkt met de directie en het zorgteam bij het opmaken en evalueren van het zorgbeleid.

Het ligt binnen de verantwoordelijkheden van de CRA's om huisartsen te ondersteunen bij medisch complexe zorg van individuele bewoners, om een medisch beleid uit te tekenen en te implementeren voor de totale bewonersgroep of een subgroep, om de samenwerking tussen het zorgteam, de directie, de toeleverend apotheker, de behandelende huisartsen en de andere zorg- en welzijnsverleners te stimuleren en om goede functionele relaties buiten de muren van het woonzorgcentrum uit te bouwen om binnen dit netwerk op een laagdrempelige manier een beroep te kunnen doen op elkaars expertise en mogelijkheden.

Het medisch beleid omvat onder andere een infectieziekte-beleid, een farmaceutisch beleid en een zorg-ethisch beleid. De rol van de CRA ten aanzien van het farmaceutisch beleid is gericht op het coördineren en bijsturen van het farmaceutisch zorgbeleid en het bevorderen en organiseren van het gebruik van niet-farmacologische methoden binnen het WZC, met name waar deze kunnen dienen als alternatief voor medicatie, en dit in overleg met de betrokken zorgverleners.

CRA's volgen de CRA-basisvorming en scholen zich permanent bij met het doel op het verkrijgen van kennis en vaardigheden rond ouderenzorg en kwaliteitsvolle zorg op populatieniveau. De basisopleiding bestaat uit zes modules en focust sterk op preventie, stelt de samenwerking met de geriater in het licht en ziet de CRA als verbindend figuur tussen de directie, het zorgteam, visiterende huisartsen, specialisten, apothekers, psychologen en andere zorg- en welzijnsdisciplines die over de vloer van het woonzorgcentrum komen (uitbouwen van functionele netwerkrelaties). Momenteel wordt in Vlaanderen ook gewerkt rond de Dementie ReferentieArts (DRA). Deze arts zijn er niet enkel voor intercollegiale intervisie maar ook voor de realisatie van een netwerk waarin kennis maximaal wordt gedeeld met andere zorgprofessionals. Enkele van deze DRA's zijn ook CRA.

De CRA heeft, naast zijn rol als tussenpersoon tussen alle partijen (directie, personeel, families, bewoner, behandelend arts), ook een opleidingsopdracht voor alle categorieën. Het concept van deze aanpak maakt deel uit van het instellingsproject ter verbetering van de levenskwaliteit van de bewoners en van de kwaliteit van de verleende zorg. De CRA is

medeverantwoordelijk voor het bevorderen van een opleidingsbeleid en neemt in die hoedanigheid deel aan informatie- en opleidingsactiviteiten voor zorgverleners en dienstverleners. Hij werkt mee aan het opleidingsplan van de instelling (Despierre, 2007).

Samengevat hebben CRA's een belangrijke verantwoordelijke rol die de kwaliteit van de zorg ondersteunt. In de beschrijving van de verantwoordelijkheden en van de opleiding van CRA's blijkt hierin het biomedisch perspectief te overheersen. Een meer biopsychosociale en existentiële benadering van deze verantwoordelijken kan het beleid rond psychisch en sociaal welbevinden van bewoners verbeteren, in het bijzonder van personen met cognitieve problemen en/of een psychiatrische kwetsbaarheid. Daarnaast biedt kwaliteitsborging door uitsluitend medische disciplines geen garantie op multidisciplinaire kwaliteitszorg. Idealiter wordt de eindverantwoordelijkheid over kwaliteitsbeleid gedragen door een academische staf of multidisciplinair team, inclusief psychologen, verpleegkundigen en andere relevante zorgprofessionals. Evenzeer belangrijk is de betrokkenheid van bewoners en hun vertegenwoordigers via een bewoners- of betrokkenenraad, zodat beleidsvoering, zorgpraktijk en leefkwaliteit geïntegreerd worden. Dit voorkomt dat beroepsgroepen zich afzonderlijk organiseren, zoals enkel psychologen of verpleegkundigen, en bevordert een samenhangend kwaliteitsbeleid.

### 2.3 Regelgeving externe psychiatrische ondersteuning voor woonzorgcentra

Zorgteams, huisartsen en CRA's beschikken niet altijd over voldoende competenties om bij destabilisatie van het psychosociaal welbevinden van een bewoner een adequaat zorgplan op te stellen. Bewoners en/of familieleden weigeren vaak een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Andere mogelijkheden voor externe ondersteuning zijn niet altijd beschikbaar om naar een WZC te komen.

Artikel 11 en artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen<sup>10</sup> beoogden in 2008 (in werking 2013) de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België. Het doel van deze hervorming was de ontwikkeling van een gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgnetwerken en zorgcircuits. De uiteindelijke doelstelling was continuïteit van de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de natuurlijke leefsituatie (thuis).

Bij de uitwerking van deze strategieën werden **mobiele teams** voor de acute zorg (2a) en mobiele teams voor de langdurige GGZ-problemen (2b) uitgerold.

Mobiele teams zijn multidisciplinair samengesteld en omvatten doorgaans een psychiater, psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ergotherapeut en soms een orthopedagoog. Idealiter opereren deze teams binnen transmurale zorgdomeinen, waarbij ze niet enkel klinische problemen aanpakken, maar ook samenwerken met externe zorgpartners, familie en bewonersraden. Wanneer mobiele teams zich uitsluitend op klinische interventies richten, bestaat het risico van "professionele verblinding", waardoor bredere aspecten van welzijn en leefkwaliteit onvoldoende worden meegenomen in de zorgplanning. Eerstelijnsactoren vragen steeds vaker aan medewerkers van de mobiele teams om hun deskundigheid te bevorderen. Deze opdracht mag de caseload en de werking van het team niet in gedrang brengen en komt bovenop de basiswerking. Deze financiering wordt als ad hoc beschouwd en kan niet structureel worden ingebed. Er is geen nomenclatuur voor.

Daarnaast dienen woonzorgcentra systematisch te kunnen terugvallen op de expertise van **eerstelijnspsychologen** (ELP). Deze vormen een rechtstreeks toegankelijk en laagdrempelig aanspreekpunt voor bewoners met milde tot matige psychische problemen en kunnen een brugfunctie vervullen tussen de interne psychosociale ondersteuning, de huisarts en de gespecialiseerde GGZ. Het structureel opnemen van eerstelijnspsychologen in het zorgcontinuüm van woonzorgcentra kan vroegdetectie, preventie en kortdurende interventies

<sup>10</sup> <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2008/07/10/2008A24327/justel>

versterken, zeker voor bewoners die niet in aanmerking komen voor mobiele teams of gespecialiseerde ambulante zorg.

Sinds het Koninklijk Besluit van 18/11/2021<sup>11</sup> is via de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen financiering beschikbaar voor **consultaties van psychiaters** in WZC, op schriftelijke aanvraag van de huisarts, met toeslagen voor nacht- en weekendbezoeken. In de praktijk blijkt dat psychiaters vaak onvoldoende mogelijkheden hebben om hierop in te gaan. Eenzelfde financierings- en ondersteuningsmechanisme zou idealiter beschikbaar zijn voor psychologen, aangezien zij structureel minder aanwezig zijn in WZC. Bovendien moet hun rol niet beperkt blijven tot individuele consultaties; psychologen kunnen ook het algemene bejegeningssklimaat binnen de instelling beïnvloeden en bijdragen aan het functioneren van het multidisciplinaire team. Deze bijdrage is het meest effectief wanneer zij via een duurzame relatie met het team geïntegreerd wordt, en niet slechts ad hoc wordt ingezet.

In Wallonië moeten we ook de psychiatrische thuiszorg (SPAD) en pilootprojecten, zoals GetUp Wallonia, benoemen. Sinds de covid-crisis bieden sommige SPAD's zowel individuele als collectieve ondersteuning aan ouderen in woonzorgcentra en RVT's, evenals aan de teams die hen en hun familieleden begeleiden.

## 2.4 Conclusie

Aanpassingen in de huidige wetten en reglementen zijn noodzakelijk om de psychosociale zorg voor bewoners met psychiatrische kwetsbaarheid en/of cognitieve stoornissen in residentiële zorgcentra te verbeteren.

In de huidige Vlaamse, Brusselse en Waalse regelgeving zijn reeds duidelijke initiatieven aanwezig om de zorg voor personen met cognitieve problemen te ondersteunen. Dit is duidelijk in mindere mate aanwezig voor bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid. De huidige evaluatie-instrumenten slagen er niet altijd in om de reële complexiteit van psychiatrische kwetsbaarheid binnen woonzorgcentra adequaat te weerspiegelen. Dit kan leiden tot een discrepantie tussen zorgprofiel, effectieve zorglast en financiering. Een mogelijke piste zou kunnen bestaan uit het explicieter erkennen van psychiatrische complexiteit binnen de bestaande beoordelingskaders.

Tegelijkertijd verdient het de aandacht dat een louter diagnostische of classificerende benadering ook risico's inhoudt. Een sterke focus op formele indicatiestelling kan onbedoeld strategisch gebruik in de hand werken of de complexiteit reduceren tot labelvorming. Het is daarom aangewezen om verschillende beleidsopties te verkennen die recht doen aan de feitelijke zorgzwaarte, zonder deze exclusief te koppelen aan diagnostische categorieën.

Het is aan de overheid om, in dialoog met het werkveld, te onderzoeken welke mechanismen het meest rechtvaardig, transparant en werkbaar zijn om de ondersteuning van bewoners met psychiatrische kwetsbaarheid structureel te versterken.

Er is ook een gebrek aan kennis en expertise op het gebied van psychosociale ondersteuning van bewoners in WZC. Er is geen structurele norm voor professionals met deskundigheid in psychosociale zorg in woonzorgcentra en er wordt geen specifieke opleiding voor psychosociale zorg aanbevolen/vereist.

Met de huidige indicatoren is er onvoldoende aandacht voor het psychosociaal welbevinden van bewoners. Hoewel er evolutie is in het zoeken naar gepaste manieren om de kwaliteit van zorg in WZC te monitoren en te beoordelen, is deze tot op vandaag nog steeds sterk

---

<sup>11</sup>[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart02\\_20220501\\_20220831\\_02.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart02_20220501_20220831_02.pdf)

controleerend en laat ze weinig autonomie voor de bewoner én zorgverleners toe. Dit verhindert organisaties om een gepaste ondersteunende omgeving te creëren.

Vanuit hun verantwoordelijkheid voor het (medisch) zorgbeleid kunnen CRA's een belangrijke rol opnemen in het uitwerken van een psychosociaal zorgbeleid dat preventie, kennis van psychosociale niet-farmacologische interventies en samenwerking met externen benadrukt. Dit vraagt wel om een ruimere, ook psychosociale, benadering binnen hun basisopleiding.

Mobiele teams kunnen een meerwaarde bieden bij complexe zorgbehoeften in crisissituaties. Om de capaciteit en de werking hiervan te garanderen, is een structurele ondersteuning van hun werking nodig.

### 3 Psychosociaal welzijn: impact van organisatie in woonzorgcentra

#### 3.1 Introductie

WZC in België worden geconfronteerd met steeds complexere zorgbehoeften, vooral in verband met de psychische kwetsbaarheid en cognitieve stoornissen van bewoners. Het personeel beschikt niet over gespecialiseerde opleiding en ondersteuning om deze situaties aan te pakken, terwijl regionale ongelijkheden en onvoldoende financiering de druk verergeren. De uitdaging bestaat er dus in om, ondanks deze beperkingen, een aangepaste en eerlijke zorgverlening te waarborgen.

De interne organisatie van WZC draagt bij tot het creëren en verbeteren van een omgeving en cultuur die gedragsveranderingen kan beheersen en de sociale integratie en levenskwaliteit van de bewoners kan waarborgen.

#### 3.2 Wetenschappelijke evidentie en praktijkmodellen

##### 3.2.1 *Persoons- en relatiegerichte interventies*

Een integratieve review (Deprez et al., 2024) toont aan dat een **persoons- en relatiegerichte** aanpak positieve effecten heeft op de bewoners (kwaliteit van leven, neuropsychiatrische functies), het personeel (tevredenheid op het werk, minder stress), de familie (tevredenheid, minder depressie) en de organisatie (meer personeel). Cruciale factoren zijn tijdgebrek, kennis van de bewoners en samenwerking, wat een nauwkeurige personeelsplanning, taakverdeling en passende opleiding van het team vereist. Goede zorg vereist voortdurende aanpassing aan individuele behoeften en respect, waarbij formele en informele zorgverleners een cruciale rol spelen (van der Geneugten et al., 2020).

Eenzaamheid en sociaal isolement in de ouderenzorg vereisen een *evidence-based* aanpak waarbij rekening wordt gehouden met individuele omstandigheden (Fakoya et al., 2020). Op die manier variëren de interventies in woonzorgcentra van groeps- en individuele interacties, verrijkende activiteiten, het gebruik van technologie, therapeutische en vrijetijdsactiviteiten tot bredere vernieuwingen op het gebied van zorg. Actieve betrokkenheid van mantelzorgers en familie versterkt de sociale banden (Autschbach et al., 2024). Het is essentieel om de dimensies van eenzaamheid te definiëren en een gepersonaliseerde aanpak te hanteren die zich niet beperkt tot de frequentie van sociale interacties, maar ook rekening houdt met de subjectieve ervaring van bewoners en de dynamiek van hun sociale relaties. Bewoners empoweren door het versterken van hun zelfvertrouwen, identiteit, gevoel van nut en controle is een belangrijk aandachtspunt.

Een sociale benadering van cognitieve stoornissen richt zich op het welzijn en de zelfredzaamheid van bewoners, in plaats van louter op het behandelen van cognitieve beperkingen. Systematische reviews (Mohr et al., 2021; Berkovic et al., 2024; Ramos et al., 2024) bevestigen de positieve effecten van persoonsgerichte dementiezorg op agitatie,

kwaliteit van leven en neuropsychiatrische symptomen, hoewel de heterogeniteit van de studies de evaluatie van specifieke interventies bemoeilijkt. Gebhard et al. (2024) tonen ook aan dat sociale interventies, zoals gestructureerde activiteiten, groepsmomenten en participatie in het woonzorgleefplan, verbondenheid bevorderen, eenzaamheid verminderen en bijdragen aan gedragsstabilisatie en een hogere levenskwaliteit voor bewoners met dementie.

Hierbij staan bejegening, communicatie en dagelijkse interactie centraal: medewerkers leren bewoners te ondersteunen met respect voor hun identiteit, voorkeuren en autonomie. **Relatiegerichte zorg** benadrukt hoe zorgverleners de zorgervaring en omgeving beleven, met het besef dat "de hoogste kwaliteit van zorg waarschijnlijk niet wordt geleverd tenzij zorgverleners een positieve aanleg hebben voor dergelijke zorg" (Nolan et al., 2004). Zorgverleners in woonzorgcentra hebben een grote invloed op de kwaliteit van de zorg (Kalankova et al., 2019), maar velen ervaren een kloof tussen de zorg die zij willen bieden en de zorg die zij in de praktijk kunnen realiseren (Munkeby et al., 2022). In hun poging om goed te doen, ervaren ze vaak een gevoel van falen tegenover bewoners (Munkeby et al., 2022). Relatiegerichte zorgmodellen helpen dit gevoel tegen te gaan door nieuwe perspectieven en hoop te bieden - waardoor medewerkers de (vaak onuitgesproken) behoeften van bewoners beter begrijpen en beter kunnen reageren. Daarnaast versterken deze modellen de professionele identiteit van zorgverleners (van der Cingel & Brouwer, 2021). In modellen zoals behoeftegebaseerde zorg zijn "denken" (analyse en reflectie) en "doen" (reageren op onvervulde behoeften) gebaseerd op compassie - een essentiële morele waarde in zorg die zorgverleners ertoe aanzet om te reageren op het lijden van anderen (van der Cingel, 2014). Zorgverleners worden aangemoedigd om aannames over tijdsbeperkingen en zelfeffectiviteit te heroverwegen bij het bieden van individuele aandacht en betekenisvolle momenten aan bewoners. Wanneer zij daartoe worden ondersteund, kunnen zij zowel de kwaliteit van zorg als de levenskwaliteit van bewoners aanzienlijk verbeteren, zelfs binnen uitdagende werkomgevingen. Sterke managementondersteuning is cruciaal om dergelijke veranderingen te behouden.

In het afgelopen decennium zijn er verschillende modellen ontwikkeld in België en andere Europese landen om managers te ondersteunen bij het transformeren van zorgprocessen naar meer persoons- en relatiegerichte benaderingen (Dely et al., 2020; Boxstaens & Nuytiens, 2024; Mallentjer, 2018; Van de Velde & Muilenburg, 2023; Gillis et al., 2023). Deze modellen plaatsen de relatie tussen bewoners, zorgverleners, familieleden en de bredere gemeenschap centraal in de zorg. Ondanks de aangetoonde voordelen voor bewoners en personeel, **blijft de uitvoering in de praktijk uitdagend** (Gillis et al., 2024). Een studie toonde echter aan dat afdelingsmanagers in WZC in Vlaanderen minder vaak relationele leiderschapsstijlen gebruiken dan hun Europese tegenhangers (Poels et al., 2020). Daarover bestaan geen gegevens in Wallonië of in Brussel. Duurzame implementatie vereist organisatorische paraatheid voor verandering en expertise in klinisch verandermanagement.

### 3.2.2 *Psychosociale en niet-farmacologische interventies*

Een gerandomiseerde studie (Gillis et al., 2024) benadrukt eveneens het belang van gepersonaliseerde en op behoeften-gebaseerde zorg met **niet-farmacologische interventies** zoals aromamassage, reminiscentie, hechting, muziek en lichaamsbeweging, die superieur bleken te zijn aan standaardzorg voor het verminderen van pijn-gerelateerd gedrag en de intensiteit (maar niet de frequentie) van gedrags- en psychologische symptomen gerelateerd aan dementie.

Verschillende studies tonen de veelbelovende effecten aan van niet-farmacologische interventies op de cognitie, levenskwaliteit en het psychologisch welzijn van bewoners met cognitieve en/of psychische stoornissen. Deze benaderingen zoals mind-body-interventies, cognitieve gedragstherapie, reminiscentie (gebaseerd op het oproepen en delen van

herinneringen met behulp van verschillende hulpmiddelen) en lichaamsbeweging, worden in verband gebracht met een vermindering van depressieve symptomen onder WZC-bewoners (Gramaglia et al., 2021). Deze systematische review toont aan dat interventies, zoals tuintherapie, dierondersteunde therapie en lichaamsbeweging het welzijn en de sociale interactie kunnen verbeteren. Andere psychosociale interventies zoals psycho-educatie, revalidatie, cognitieve gedragstherapie en reminiscentie tonen ook diverse positieve effecten aan, hoewel de resultaten heterogeen blijven en afhankelijk zijn van de wijze van implementatie.

Een tweede systematic review (Liu et al., 2021) bevestigt het belangrijke effect van reminiscentie, vooral bij vrouwen en ouderen met een ernstigere depressie, evenals de toename van de levensvreugde en de vermindering van gevoelens van eenzaamheid.

Een meta-analyse (Ngamwongwiwat et al., 2023) toont aan dat herinneringen de levenskwaliteit verbeteren en dat interventies met actieve sociale interactie depressieve symptomen kunnen verminderen, maar de resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege de heterogeniteit en de beperkte zekerheid van de evidentie.

Remiscentie is nuttig (Cammisculi et al., 2022), maar standaardisatie is wenselijk.

Cognitieve gedragstherapie en *mindfulness* tonen gematigde positieve effecten voor comorbide angst en depressie (Wuthrich et al., 2020) maar er is onderzoek nodig.

Een andere meta-analyse (Declercq et al., 2024) wijst op de effectiviteit van niet-farmacologische interventies voor depressie in woonzorgcentra, waarbij cognitieve en bewegingsinterventies aanzienlijk effectiever zijn dan de gebruikelijke zorg. Voor ernstigere symptomen zijn dagelijkse structuur, psycho-educatie, gezonde voeding, creatieve activiteiten en sociale interactie effectief. Voor bewoners zonder formele diagnose zijn lichtere interventies, zoals lichaamsbeweging, ontspanning en natuurgerichte activiteiten, nuttig omdat ze helpen stress te verminderen, de stemming te verbeteren en het algemene welzijn te versterken.

Muziektherapie (Moreno-Morales et al., 2020) verbetert de cognitie en levenskwaliteit, vooral bij depressie, waarbij luisteren effectiever is dan zingen. Volgens Atchinson et al. (2023) kunnen muziektherapie en massagetherapie angst verminderen, maar de effectiviteit ervan varieert. Zinnvolle activiteiten (zoals het luisteren naar muziek of het stimuleren van familieaanwezigheid; Jones et al., 2020) en andere psychosociale interventies zoals aromatherapie en reminiscentie (Hui et al. 2021) verbeteren de levenskwaliteit bij ernstige dementie. Aerobe lichaamsbeweging kan een gunstig effect hebben op de cognitie. *Maintenance Cognitive Stimulation Therapy* (die de standaard cognitieve stimulatie verlengt via regelmatige sessies gericht op het behouden van cognitieve vaardigheden en sociale betrokkenheid, is kosteneffectief (Eaglestone et al., 2022).

Naast deze interventies verdienen ook 'peer support'-initiatieven en sociale-receptbenaderingen een plaats binnen het aanbod. Dit omvat doorverwijzing naar activiteiten zoals museumbezoek, natuuractiviteiten, bibliotheekwerking, kunstparticipatie en beweegprogramma's, die aantoonbaar bijdragen aan sociaal verbondenheid, zingeving en mentaal welbevinden. Dergelijke interventies verlagen drempels voor participatie en versterken de kwaliteit van leven van bewoners (Czuba et al., 2023; Sadio et al., 2024).

Daarnaast toont een meta-analyse (Octary et al., 2025) aan dat multisensoriële stimulatie door gelijktijdige activatie van meerdere zintuigen (visueel, olfactorisch, auditief, gustatief en tactiel) zoals bij snoezelen, agitatie, apathie en depressie aanzienlijk vermindert en de cognitieve functie bij ouderen met dementie verbeterd. Het is een veilige en effectieve aanvullende strategie uitgevoerd door verpleegkundigen en andere zorgverleners, om de complexe symptomen van dementie te beheersen en het (overmatig) gebruik van medicijnen te verminderen.

### 3.2.1 *Gecombineerde interventies*

Interventies die meerdere componenten combineren zijn voordelig, vooral wanneer ze gepersonaliseerd zijn (Koch et al., 2022).

Gecombineerde interventies voor zorgprofessionals en patiënten lijken het meest veelbelovende, omdat ze de levenskwaliteit verbeteren, het gebruik van antipsychotica verminderen en tot meer persoonsgerichte en relationele zorg bijdragen. Het WHELD-programma (McDermid et al., 2022), gericht op gepersonaliseerde activiteiten, sociale interactie en medicatiebeoordeling, heeft in de digitale versie iWHELD met coachingsessies (McDermid et al., 2023) aanzienlijke verbeteringen in de levenskwaliteit en een vermindering van het gebruik van psychotrope medicijnen laten zien. Spichinger et al. (2025) demonstreren de effectiviteit van maandelijkse persoonsprofielbesprekingen onder begeleiding van een interventieverpleegkundige, met systematische evaluaties aan de hand van de *Integrated Palliative Care Outcome Scale for People* (IPOS-Dem) en multidisciplinaire samenwerking.

**Het cognitieve model voor gedragsinterventies** (*Cognitive Model for Behavioural Intervention* - CoMBI) is een niet-farmacologisch model dat is afgestemd op personen met gedrags- en psychologische symptomen van dementie (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* - BPSD) en comorbide en maladaptieve persoonlijkheidskenmerken (*Comorbid Maladaptive Personality Traits*, CMPT). Het combineert cognitieve therapie (fundamentele overtuigingen, behoeften) en verpleegkundige interventies (*Nurse Intervention Classification*, NIC) door fundamentele behoeften te identificeren, de invloed van de omgeving op BPSD te analyseren en verpleegkundige interventies toe te passen. Een haalbaarheidsstudie (Ekiz et al., 2022) toonde een significante vermindering van moeilijk gedrag en een brede acceptatie van CoMBI aan. Een casestudy (Bollen et al., 2025) waarin *Cognitive Model for Behavioural Intervention - Severe Mental Illness* (CoMBI-SMI) werd toegepast bij een patiënt met paranoïde schizofrenie, met nadruk op de basisbehoeften autonomie en veiligheid, leidde tot een vermindering van agressief gedrag, een verbetering van de participatie en therapietrouw en een verlichting van de werkdruk van het zorgteam. CoMBI-SMI blijkt daarmee een effectieve transdiagnostische interventie te zijn om moeilijk gedrag te verminderen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. CoMBI biedt daarmee een onderbouwd kader om gedragsproblemen te begrijpen en interventies doelgericht af te stemmen.

### 3.2.2 Preventie van suïcide, suïcidale gedachten

Een meta-analyse (Bareeqa et al., 2023) rapporteert een totale prevalentie van **suïcidaal gedrag** in WZC van 6,4 %, hoger bij vrouwen (15,8 %) dan bij mannen (7,9 %), met een significant hogere prevalentie in Europa (30,4 %). Zelfmoordgedachten (12 %) en zelfdestructief gedrag (40,4 %) kwamen het meest voor. Regionale verschillen kunnen worden verklaard door variaties in maatregelen, cultuur, kwaliteit van de zorg en risicofactoren (depressie, sociaal isolement). De studie legt de nadruk op preventie en verder onderzoek. Een systematische review (Chauliac et al., 2020) vond geen directe impact van suïcidepreventieve interventies (*life review*, *gatekeeper training* of een gerichte preventietraining, kennisverhoging personeel) op suïcidaliteit, hoewel *gatekeeper training* wel de kennis van verpleegkundigen en andere zorgverleners verbeterde. Een systematische review (Joshaghani et al., 2022) toont een gebrek aan recent onderzoek naar het risico op zelfmoord bij bewoners met dementie. Risicofactoren uit deze studies zijn mannelijk geslacht, depressie, milde dementie en sociaal isolement. Beschermende factoren zijn een langdurig verblijf in WZC, ernstige dementie en sterke sociale relaties. Er is meer onderzoek nodig naar zelfmoordpreventie bij deze groep.

### 3.2.3 Preventie en detectie van delirium

**Delirium** is een veelvoorkomende en onvoldoende erkende acute hersenaandoening bij ouderen in WZC (prevalentie van ongeveer 14 % in België), die gepaard gaat met negatieve gevolgen (Komici et al., 2022; Sabbe, 2025). Risicofactoren zijn leeftijd, dementie, fysieke fixatie, vallen, ondervoeding, uitdroging, infecties, bepaalde medicijnen en comorbiditeiten. Detectie is niet eenvoudig, zeker bij dementie, en screeningstools zijn van beperkt nut (Komici

et al., 2022). De *Delirium Observation Screening Scale* (DOSS) is een bruikbaar instrument voor WZC (Sabbe, 2025). Er is behoefte aan verbetering van de detectie, het risicobeheer en de preventie van delirium.

### 3.2.4 *Innovatieve benaderingen: nutritionele interventies*

De link tussen ondervoeding en een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen is duidelijk aangetoond. Ook tekorten aan micronutriënten (bijvoorbeeld zink, vitamine D) hebben een duidelijke link met een verminderd affectief en cognitief functioneren (Shakil et al., 2024; Mei Lin et al., 2024).

Nutritionele interventies bieden een innovatieve en mogelijk effectieve manier om het mentaal welbevinden te ondersteunen, de cognitieve capaciteit te behouden en verbeteren en affectieve parameters te verbeteren. Bovendien maakt het een vermindering van het gebruik van psychofarmaca mogelijk (Kejžar et al., 2022).

Persoonsgerichte nutritionele interventies vormen dus een nog weinig bekende toepassing om het mentaal welbevinden van bewoners in woonzorgcentra te bevorderen. Wetenschappelijk onderzoek is nodig om, vanuit een perspectief van volksgezondheid en gezondheidseconomie, beter te begrijpen hoe de kosten van voeding kunnen worden afgewogen tegenover de verbetering van mentaal welbevinden van bewoners.

### 3.2.5 *Inclusieve en holistische benadering*

De diversiteit in WZC vereist een inclusieve en persoonsgerichte aanpak met interdisciplinaire teams (Messas-Fernandez et al., 2024) en is essentieel voor het welzijn van alle ouderen, ongeacht hun religie, afkomst of seksuele geaardheid.

**Palliatieve zorg** vereist aandacht voor de fysieke, psychosociale, existentiële en spirituele dimensies, en moet vroegtijdig worden geïntegreerd. Palliatieve zorg voor mensen met dementie en hun families dient de **spirituele behoeften** te erkennen en te ondersteunen (Palmer et al., 2020). Het erkennen van spirituele behoeften draagt bij aan een holistische benadering van de zorg, die niet alleen fysieke, maar ook emotionele en existentiële aspecten omvat. Bovendien moet informatie over wettelijke rechten, voorafgaande zorgplanning en de rol van de ethische commissie expliciet toegankelijk worden gemaakt voor bewoners en hun families.

Om de mensenrechten van bewoners met dementie te erkennen en te ondersteunen, dient de nadruk ook te worden gelegd op **mobilititeit en bewegingsvrijheid**, waarbij restrictieve maatregelen worden vervangen door ondersteuning van autonomie (Sturge et al., 2024).

De aanpak van het **middelengebruik** van psychoactieve stoffen (tabak, alcohol, enz.) in woonzorgcentra vereist een evenwicht tussen autonomie, veiligheid en persoonsgerichte zorg, waarbij aandacht wordt besteed aan zowel medische als persoonlijke aspecten (De Graaf et al., 2023).

### 3.2.6 *Bestaande modellen en methodieken in België*

Een breed scala is beschikbaar aan veelbelovende methodieken en modellen die een antwoord kunnen bieden op de geschetste problematiek in de ouderenzorg. Deze benaderingen, zoals de Montessori-pedagogiek (aangepast aan ouderen), Culture Change, Humanitude, de Validatiemethode, het Tubbe-model en Odette, delen een gemeenschappelijke filosofie: persoonsgerichte, respectvolle en waardige zorg waarbij de bewoner centraal staat. **Montessori-pedagogiek**<sup>12</sup> focust op het benutten van de resterende

<sup>12</sup> <https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/04/Modeles-inspirants-mars-2023-Montessori-1.pdf>

mogelijkheden van ouderen door een aangepaste omgeving en zinvolle activiteiten aan te bieden. **Culture Change**<sup>13</sup> streeft naar een transformatie van woonzorgcentra naar huiselijke gemeenschappen, gekenmerkt door relationele zorg en actieve participatie van bewoners. **Humanitude**<sup>14</sup> benadrukt respectvolle, relationele zorg op basis van specifieke principes en pijlers, met een focus op non-verbale communicatie en waardigheid. De **Validatiemethode**<sup>15</sup> biedt een empathische communicatieaanpak voor gedesoriënteerde ouderen, gericht op het valideren van hun gevoelens en ervaringen. Het **Tubbe-model**<sup>16</sup> richt zich op co-beslissing en relationele zorg door actieve betrokkenheid van bewoners en personeel bij de dagelijkse gang van zaken. **Odette**<sup>17</sup> focust op het begrijpen van de onderliggende behoeften achter gedrag en het aanbieden van niet-medicamenteuze oplossingen die zijn afgestemd op individuele voorkeuren. Het **Bloesem-project** focust op het behouden en/of verhogen van mentale capaciteit en autonomie door implementatie van non-farmacologische interventies en de afbouw van (cognitief) schadelijke medicatie.

Hoewel de formele certificering varieert (Humanitude en Montessori hebben bijvoorbeeld erkende certificeringen), bestaan er voor de meeste modellen gestructureerde trainingen en ondersteuning voor implementatie, zoals bij het Tubbe-model (via de Koning Boudewijnstichting, Dispa 2019), Culture Change (via LyAge) en Odette (via Hoge School Odisee).

De gids "Samen is evident"<sup>18</sup> vult deze benaderingen aan door nog andere modellen en methodieken voor relatiegestuurde participatie te bespreken (onder andere de Betekenisvolle Activiteiten Methode, Sense of Home, Woonleefwijzer, Dialoog en Referentiekader Dementie). Deze gids, gevalideerd in Vlaanderen, biedt praktische handvatten voor vijf fundamentele verschuivingen (wil, visie, proces, samenwerking, gedeeld leiderschap) met concrete stappen en methodes. Het doel is om de participatie van alle betrokkenen te versterken, zodat elk centrum een unieke weg kan volgen naar een participatieve cultuur.

### 3.3 Samenwerking met families en mantelzorgers

Interventies binnen de zorg voor personen met neurocognitieve stoornissen richten zich voornamelijk op de interacties tussen familie en personeel en minder op de interacties tussen bewoners en familie (Backhausen et al., 2020). Een echte betrokkenheid van de familie bij de besluitvorming is zeldzaam en training en opleidingen zijn voornamelijk gericht op zorgprofessionals. Er bestaan geen meetinstrumenten om de effectiviteit van interventies op verschillende gebieden met betrekking tot mantelzorgers te beoordelen (Harper et al., 2021). Een aanbod van interventies voor mantelzorgers kan inspelen op de veranderende behoeften tijdens het proces van neurodegeneratieve aandoeningen en de overgang naar langdurige zorg (Harper et al., 2021).

Er zijn veelbelovende initiatieven die de betrokkenheid van families en de zorgresultaten verbeteren, zoals de Partner in Care-interventie, een interventie voor geavanceerde zorgplanning, en Montessori-activiteiten, die niet alleen de betrokkenheid van families versterken, maar ook de zorgresultaten voor bewoners verbeteren (Hayward et al., 2022). Familieleden spelen een essentiële rol in het omgaan met reactiegedrag bij bewoners met neurocognitieve stoornis (Tasseron-Dries et al., 2023). Interventies die actief rekening houden met de behoeften van mantelzorgers kunnen niet alleen de levenskwaliteit van bewoners verbeteren, maar ook de samenwerking tussen zorgverleners en familie versterken.

<sup>13</sup> <https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/07/Modele-inspirant-juin-2023-Culture-change.pdf>

<sup>14</sup> <https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/05/HUMANITUDE-Article-1.pdf>

<sup>15</sup> <https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/05/Modeles-inspirants-Validation.pdf>

<sup>16</sup> <https://kbs-frb.be/nl/het-tubbe-model-relatiegericht-organisatiemodel-voor-woon-zorg-centra>

<sup>17</sup> [https://projectodette.be/wp-content/uploads/2022/10/Odette\\_FolderBGZdigitaal.pdf](https://projectodette.be/wp-content/uploads/2022/10/Odette_FolderBGZdigitaal.pdf)

<sup>18</sup> [https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/publication/2024-10/Samen%20is%20evident\\_Online.pdf](https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/publication/2024-10/Samen%20is%20evident_Online.pdf)

### 3.4 Werkomstandigheden, werkomgeving en omkadering

#### 3.4.1 *Werkomstandigheden en personeelsbezetting*

Onderzoek (Hodroj et al., 2022) bevestigt dat de werkomgeving en arbeidsomstandigheden impact hebben op de kwaliteit van de zorg volgens het *Job Demands-Resources Model*, met een grotere impact in WZC dan in ziekenhuizen vanwege mogelijk minder autonomie, beperkte sociale ondersteuning en beperkte opleiding. Een hoge werkdruk en stress werden geassocieerd met contraproductief gedrag zoals verwaarlozing en mishandeling.

Bovendien wordt de tevredenheid op het werk (Aloisio et al., 2021) beïnvloed door leeftijd, gezondheid, autonomie, verantwoordelijkheid, betrokkenheid, uitputting, stress, ondersteuning door het management, de werkomgeving en de relaties met de bewoners. Beleidsmakers en instellingen dienen daarom te investeren in ondersteunende middelen.

Systematische reviews (Tuinman et al., 2021; Clemens et al., 2021) tonen aan dat een hogere personeelsbezetting, met name van verpleegkundigen correleert met betere zorgresultaten. De kwaliteit hangt sterk af van de werkomgeving en werkomstandigheden van verpleegkundigen en andere zorgverleners (Perruchoud et al., 2021; Meulenbroek et al., 2022; Bakerjian, 2022). Voldoende en gekwalificeerd personeel, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen, is essentieel voor de zorg in woonzorgcentra. Het tekort aan personeel en de variërende hoeveelheid uren per bewoner per dag (*Hours per Resident Day*, HPRD) vormen echter een blijvend probleem. Daarbij spelen ook **arbeidsomstandigheden** een belangrijke rol: hoge werkdruk en emotionele belasting beïnvloeden de continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te compenseren, kunnen **kwalitatieve alternatieven** worden ingezet zoals verder behandeld in het hoofdstuk.

Perruchoud et al (2021) suggereren dat een hogere totale personeelsbezetting en een groter aandeel gediplomeerde verpleegkundigen significant verband houden met betere klinische resultaten voor bewoners, zoals minder doorligwonden en urineweginfecties, en minder tekortkomingen in de zorg.

De studies uit deze *systematic review* laten variaties zien in het aantal werkuren van verpleegkundigen per bewoner per dag, zowel in totaal als per type personeel (gediplomeerde verpleegkundigen, verpleegassistenten en zorgkundigen). Gemiddeld ligt het totale aantal werkuren per bewoner per dag tussen 3 en 3,5 uur, waarbij het grootste deel voor rekening komt van verpleegassistenten en zorgkundigen. De HPRD van verpleegkundigen varieert aanzienlijk, van 0,18 tot 1,15 uur, wat wijst op verschillende benaderingen bij de inzet van gekwalificeerde verpleegkundigen. Deze gegevens benadrukken het belang van rekening houden met de personeelsmix en de totale personeelsuren in de context van de kwaliteit van de geleverde zorg.

#### 3.4.2 *Behoud van personeel*

Een overzicht van studies (Gilster et al., 2018) benadrukt het belang van opleiding, waardering, communicatie, participatie, ondersteuning, teamwork en leiderschap voor hoogwaardige zorgteams voor mensen met neurocognitieve stoornissen. Problemen met werving en behoud (verloop van 40 tot 100%) vormen een bedreiging voor de kwaliteit als gevolg van ontoereikende opleiding, lage verloning en hoge werkdruk. De *Alzheimer's Association* pleit voor een holistisch personeelsbeleid met adequate personeelsbezetting, opleiding, verloning en loopbaanontwikkeling. Flexibele werktijden en persoonsgerichte principes verbeteren de werkervaring en de kwaliteit van de zorg. Praktijkgerichte opleiding vermindert stress en vergroot de vaardigheden. Ondersteuning, communicatie en interdisciplinaire samenwerking bevorderen een sterke zorgcultuur.

Een gerandomiseerde studie (Gillis et al., 2023) toont aan dat op behoeften gerichte interventies kunnen worden geïntegreerd met sterk leiderschap, waardoor de vaardigheden

van zorgverleners toenemen zonder dat de burn-outscores stijgen. Reflectie over de tijd en inzet van het personeel is essentieel.

Een systematische review (Moenke et al., 2023) en een narratieve review (Zonneveld et al., 2021) tonen aan dat effectief leiderschap van het management van WZC cruciaal is voor persoonsgerichte zorg. Dit omvat het waarderen van het personeel, het betrekken van bewoners en families, het creëren van een positieve cultuur en het aanpakken van obstakels zoals personeelstekorten. Samenwerkings- en inspirerend gericht leiderschap, zoals transformationeel leiderschap, kan deze dynamieken ondersteunen.

Passend leiderschap is afhankelijk van de context, met een evenwicht tussen relatiegericht en taakgericht gedrag. Leiderschap dient breder te worden gezien dan management (Moenke et al., 2023; Zonneveld et al., 2020).

### 3.4.3 *Multidisciplinaire teams*

Het multidisciplinaire team – inclusief psychologen, verpleegkundigen, ergotherapeuten en maatschappelijk werkers – speelt een sleutelrol bij het creëren van een veilige, betekenisvolle en stimulerende leefomgeving.

Een efficiënte organisatie vereist een evenwicht tussen het management en de zorgteams, met coachend leiderschap en **interprofessionele samenwerking** (Vleminckx et al., 2024), waarbij gemeenschappelijke doelstellingen worden afgestemd in een wederzijds proces, rekening houdend met de draagkracht van het zorgteam en de behoeften van de bewoners. Een systematische review (Ayeno et al., 2025) benadrukt dat de succesvolle implementatie van niet-farmacologische interventies voor personen met neurocognitieve stoornissen afhankelijk is van multidisciplinaire samenwerking, betrokkenheid van families en mantelzorgers, organisatorische ondersteuning, personeelsbezetting, opleiding, bekendheid met niet-farmacologische interventies en bewoners, documentatie en de actieve betrokkenheid van de verschillende partijen. Essentiële vaardigheden van het multidisciplinaire team zijn onder meer kennis van neurocognitieve stoornissen, communicatie, samenwerking, leiderschap, flexibiliteit, reflectie en specifieke vaardigheden in de toepassing van niet-farmacologische interventies, observatie, empathie, probleemoplossing en omgaan met weerstand. Een integratie van verschillende expertises, zoals psychologen, maatschappelijk werkers, gedragsspecialisten en andere therapeuten zoals ergotherapeuten, kinesitherapeuten, muziektherapeuten en ervaringsdeskundigen is daarom sterk aangewezen. Het zorgteam moet een waaier aan niet-farmacologische interventies aanbieden en uitvoeren, mits gepaste training en begeleiding, als aanvulling op een reeks van therapieën aangeboden door therapeuten.

### 3.4.4 *Management- en besluitvormingsprocessen*

Een goed functionerende zorgorganisatie is gebaseerd op respectvolle relaties tussen expertise en leiding, gelijkwaardige besluitvorming (instemming in plaats van consensus), stabiele zorgprocessen met voldoende middelen, intrinsieke motivatie om zich aan de regels te houden, besluitvorming op basis van bewijsmateriaal en data-gestuurde procesverbetering, waarbij de zorgteams zich verantwoordelijk en eigenaar voelen.

Zorgteams kunnen hun werksysteem in evenwicht houden (Holden et al., 2013) door leerstrategieën voor structurele verbetering toe te passen: single-loop leren (fouten corrigeren), double-loop leren (structuren en aannames aanpassen) en triple-loop leren (visie en strategie herdefiniëren) (Brouwer et al., 2019). Structurele en psychologische *empowerment* stelt zorgteams in staat om adaptief en veerkrachtig te reageren (Van Bogaert & Clarke, 2018), wat bijdraagt aan een duurzame transformatie naar een “*human-system fit*” met optimale samenwerking. Een *realist* review (Haunch et al., 2021) legt niet langer de nadruk op het aantal personeelsleden en hun relatie met kwaliteitsindicatoren, maar op de erkenning van de manier waarop het personeel de zorgervaringen en dus de kwaliteit

beïnvloedt, met zes verbeterpunten: een bewonersgerichte omgeving met vaste teams, op individuele behoeften afgestemde zorg, actieve betrokkenheid van de familie, goede teamdynamiek met zichtbaar leiderschap, autonomie van het personeel, erkenning en beloning en culturele competentie.

### 3.4.5 *Inschakelen van experts en deskundigheid*

Carrièrekaders voor **verpleegkundigen in de ouderenzorg** zijn cruciaal (Thennakoon et al., 2024).

Verpleegkundig specialisten<sup>19</sup> (*Advanced Practice Nurses* - APN's) en gespecialiseerde verpleegkundige rollen in woonzorgcentra hebben de nodige competenties en expertise om betere uitkomsten te bekomen (Bakerjian, 2022; Basinska et al., 2020) en kunnen de eerstelijnszorg transformeren (Adams et al., 2024). Verpleegkundigen geleide modellen in de langdurige zorg (waarbij het verpleegkundig team een centrale rol speelt in de coördinatie en de klinische leiding) hebben potentieel maar ondervinden implementatieproblemen (Schmüdderich et al., 2023).

Verpleegkundig specialisten spelen een belangrijke rol in *advanced care planning* (ACP) in woonzorgcentra en kunnen daarenboven ziekenhuisopnames verminderen (Pedersen et al., 2025, Milkeski et al., 2020) APN's in de eerstelijnszorg kunnen het gebruik en de kwaliteit van zorg beïnvloeden (Horton et al., 2024).

Verpleegkundig specialisten (APN) rapporteren een hogere zelfwaargenomen competentie op het gebied van leiderschap, counseling, interprofessionele samenwerking, zorgmanagement en gezondheidsbevordering vergeleken met geregistreerde verpleegkundigen (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019). Naast de focus op de gezondheid en het welzijn van bewoners, bieden APN's coaching en educatie voor personeel aan (Mileski et al., 2020). Gezien de aangetoonde leiderschapskwaliteiten, de wetenschappelijk onderbouwde holistische zorgaanpak en de capaciteit voor personeelsontwikkeling, kunnen APN's een unieke en centrale rol spelen bij het implementeren en onderhouden van relatiegerichte zorgmodellen in WZC. Toekomstig onderzoek zou dit potentieel verder moeten onderzoeken.

Chadborn et al (2023) benadrukken de klinische expertise en coördinerende functie van **huisartsen** in woonzorgcentra, maar hun betrokkenheid wordt beïnvloed door concurrerende prioriteiten en het gebrek aan specifieke training in kwaliteitsverbetering. De bevindingen suggereren dat succesvolle verbeteringen afhangen van het opbouwen van vertrouwen en het erkennen van de unieke bijdragen van huisartsen binnen multidisciplinaire teams. De studie concludeert dat, hoewel huisartsen essentieel zijn, hun leiderschap niet altijd vanzelfsprekend is en structurele ondersteuning nodig is om hun effectieve deelname te waarborgen.

De uitdagingen in de ouderenzorg zijn reëel en verdienen erkenning. Tegelijk is het belangrijk dat de aandacht niet uitsluitend uitgaat naar knelpunten, maar ook naar de kansen en ontwikkelingsmogelijkheden die dit advies aanreikt. Dit advies beoogt in de eerste plaats richting te geven aan versterking en ondersteuning van het werkveld.

De aanbevelingen voor zorgprofessionals dienen dan ook niet gelezen te worden als louter individuele opdrachten of verantwoordelijkheden, los van hun organisatorische en structurele context. Professioneel handelen wordt steeds meebepaald door beschikbare tijd, personeelsbezetting, middelen, beleidskeuzes en interdisciplinaire samenwerking. Verwachtingen ten aanzien van zorgverleners moeten daarom realistisch zijn en afgestemd op de randvoorwaarden waarbinnen zij functioneren.

Een duurzaam beleid erkent zowel de inzet en deskundigheid van teams als de nood aan adequate ondersteuning, structurele omkadering en haalbare implementatievoorwaarden,

<sup>19</sup> <https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/gezondheidszorgberoepen/toegang-tot-gezondheidszorgberoepen/beoefenaars-verpleegkunde/verpleegkundig-specialist>

zoals in dit hoofdstuk onderbouwd werd toegelicht. Alleen binnen die gedeelde verantwoordelijkheid, tussen professionals, organisaties en beleid, kunnen de geformuleerde aanbevelingen hun beoogde meerwaarde realiseren.

### 3.5 Conclusie

De wetenschappelijke inzichten tonen verschillende niveaus van evidentie aan voor de toepassing van psychosociale en niet-farmacologische interventies voor bewoners met neurocognitieve en psychiatrische kwetsbaarheden zowel als eerste interventie en therapie als proactieve aanpak voor behoefte en gedragskenmerken van ouderen in woonzorgcentra, als aanvullende interventie en therapie voor medicamenteuze behandeling. Aansluitend op de inzichten van persoonsgerichte zorg betreft het maatwerk waarbij rekening gehouden wordt met de behoefte en de capaciteit van de bewoner. Integratie met en partnership van de familie wordt in de studies als essentieel beschouwd. Studies tonen ook aan dat gecombineerde gepersonaliseerde interventies en interventies gericht op bewoners als zorgverleners effectief zijn. Een uitgebreid aantal studies toont aan dat werkomgeving en werkomstandigheden grote impact hebben op de kwaliteit van de zorg en het verloop van personeel. Het is daarom essentieel om te bouwen aan sterke teams, een positieve ondersteunende werkomgeving met voldoende en stabiele personeelsbezetting, professionele opleiding en effectief leiderschap. Samenwerking, expertise en een gunstige omgeving met ondersteunende leidinggevendenden zijn cruciale aspecten in de transformatie van de interne organisatie van woonzorgcentra naar persoonsgerichte, relationele en behoefte-gestuurd zorg alsook naar een aantrekkelijke werkomgeving.

## 4 Psychosociaal welzijn: opleidingen in woonzorgcentra

### 4.1 Levenslang leren

Volgens Noël (2024) vereist werken in een EHPAD (*Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes* – residentiële voorzieningen voor afhankelijke ouderen in Frankrijk) “meer dan technische handelingen tijdens de zorg; het vraagt een professionele houding die gericht is op respect voor de ander in zijn eigenheid, zijn levensverhaal en zijn toekomstperspectieven. Elke situatie nodigt ons dan ook uit om onszelf vragen te stellen: over de relevantie van bepaalde zorg, over de betekenis van een uitspraak of een gedragsstoonnis, over het gevoel dat dit bij ons oproept, over het te volgen handelen, en over de voorstellen die we kunnen doen op het vlak van sociaal leven en therapeutische activiteiten”.

Studies van Gillis et al. (2023) suggereren dat zorgverleners zich competentier voelen in de zorg voor bewoners met neurocognitieve stoornissen dan voor bewoners met psychiatrische profielen. Dit verschil in perceptie van competentie kan gedeeltelijk worden verklaard door de maatregelen van de overheid, die onder meer een referentiepersoon voor dementie in WZC hebben ingesteld. Deze rol omvat de opleiding en sensibilisering van het personeel over dit thema, waardoor zorgverleners beter toegerust zijn om met neurocognitieve stoornissen om te gaan.

In deze context, waarin bewoners met psychiatrische profielen ook vaak te maken hebben met een sterk stigma (Tyerman et al., 2021), lijkt permanente bijscholing essentieel. Levenslang leren maakt deel uit van een continu leerproces dat gericht is op het verwerven van nieuwe kennis en vaardigheden. Dit omvat niet alleen formele opleidingen, maar ook meer informele bewustmakingsacties en interventies, zoals het aanreiken van feitelijke gegevens of het in contact brengen met personen met psychiatrische profielen, gedurende de hele loopbaan en het hele leven. Deze informele leerervaringen zijn essentieel niet alleen voor persoonlijke en professionele ontwikkeling, maar ook voor aanpassing aan uiteenlopende en complexe werkomgevingen.

Ondanks het cruciale belang van deze opleiding blijft de toegang tot opleidingen en specifieke sensibilisering rond psychiatrische profielen in Wallonië beperkt. Verzorgers zijn voornamelijk afhankelijk van particuliere opleidingsinstellingen of SPAD Get Up-teams (geïntroduceerd in 2020), die sensibilisering op psychiatrisch gebied aanbieden. Ook in Vlaanderen werd vastgesteld dat het opleidingsaanbod rond mentale gezondheid in woonzorgcentra versnipperd is, moeilijk toegankelijk is en vaak voornamelijk op bachelorprofielen gericht is (Senden & Gillis, 2022a; Senden & Gillis, 2022b). Hoewel er kwaliteitsvolle initiatieven bestaan, blijft de effectieve deelname vanuit de sector beperkt, wat de structurele inbedding en duurzaamheid van dergelijke opleidingsinitiatieven onder druk zet.

#### 4.2 Impact van opleidingen

Opleidingen worden te vaak ingeroepen om crisissituaties of veranderingen op te lossen, terwijl hun potentieel veel groter is. Volgens Amyot (2009) kan een opleiding een reeks veranderingen teweegbrengen via een domino-effect. Het is daarom belangrijk niet alleen te focussen op specialisaties, maar ook op **generieke opleidingen**, waarin fundamentele competenties zoals **bejegening, communicatie en psychosociale vaardigheden** structureel worden opgenomen. Deze vaardigheden zijn essentieel voor de omgang met bewoners met dementie, psychiatrische kwetsbaarheid en andere zorgbehoeften, en krijgen momenteel te weinig aandacht in het standaardcurriculum. Ze vormen een schakel in een belangrijk proces van institutioneel management dat erop gericht is de levenskwaliteit van ouderen te verhogen en burn-out door verlies van zingeving in het werk te verminderen. Amyot (2009) benadrukt als oorzakelijk element van dit verlies van zin het gebrek aan samenhang tussen opleiding en het institutionele project.

De studies verwijzen naar de effecten van deze opleidingen op het welzijn van ouderen (met name door een afname van het gebruik van neuroleptica en psychotrope middelen) en op de arbeidsomstandigheden van zorgverleners, met als bijkomend voordeel een verbetering van de aantrekkelijkheid van het beroep van zorgverlener (Albouy & Moret, 2021). Orth et al. (2020) hebben ook aangetoond dat opleiding van zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg helpt om de prevalentie van ernstige gedragsstoornissen te verminderen. Hsu et al. (2004) hebben bovendien een verband vastgesteld tussen permanente educatie en kennisniveaus en de houding van het personeel tegenover oudere personen met geestelijke gezondheidsproblemen.

Opleidingen maken een paradigmaverschuiving mogelijk en bieden een niet-deficiëntiegerichte visie op de persoon: het vermogen om gedrag te analyseren en de resterende middelen en capaciteiten van de persoon te stimuleren, maakt het mogelijk zich beter aan haar aan te passen (Le Brun, 2016). De WGO adviseerde in 2002 al om te breken met negatieve percepties in verband met leeftijd en in plaats daarvan aandacht te besteden aan de ontwikkeling van de capaciteiten van de persoon (WGO, 2002; vermeld in Poulet et al., 2021).

#### 4.3 Opleidingsniveaus: kennis en vaardigheden

Er zijn drie soorten opleidingen te overwegen: opleidingen die gericht zijn op de ziekte, opleidingen die gericht zijn op de dagelijkse omgang en ten slotte meer gespecialiseerde opleidingen voor referenten (Amyot, 2009). Om ageïsme in de gezondheidszorgpraktijken voor ouderen tegen te gaan, kunnen in permanente vorming ook worden geïntegreerd: een betere kennis van de diversiteit van verouderingsprocessen, een reflectie over de eigen vooroordelen van professionals, hun waarden en overtuigingen en het bevorderen van relationele houdingen die autonomie ondersteunen (Masse & Meire, 2013; Fernández-Puerta et al., 2024; Henry et al., 2024).

De basis van de opleiding is kennis. Door kennis en begrip van ziekten en problemen op het gebied van geestelijke gezondheid en verschillende cognitieve stoornissen kan men beter reageren en zich aan elke situatie aanpassen. Deze pathologieën kunnen gepaard gaan met stoornissen die bestaan uit zeer heftige verbale (schreeuwen, beledigingen, enz.) en/of fysieke (slagen, bijten, krabben, enz.) weerstand tegen de dagelijkse verzorging of, omgekeerd, apathie die elke communicatie onmogelijk maakt (Albouy & Moret, 2021). Dit onverklaarbare, onbegrepen gedrag kan op zijn beurt leiden tot mishandeling door het personeel.

Een specifiek voorbeeld is pijnbestrijding bij ouderen. Tijdens een veldonderzoek werd de behoefte aan opleiding op het gebied van pijnbeoordeling door alle groepen als het hoogst aangemerkt. De meest relevante onderwerpen waren de farmacologische behandeling van pijn, de neurofysiologie van pijn, niet-farmacologische behandelingen en hoe pijnuitingen kunnen worden onderscheiden van ander gedrag. Uit het onderzoek bleek dat gezondheidswerkers, ondanks gemiddeld meer dan 10 jaar beroepservaring in WZC, een grote behoefte hebben aan opleiding op het gebied van pijnbehandeling, met name pijnbeoordeling (Tousignant-Laflamme et al., 2012).

Om deze kennis te verbeteren, stelt Amyot voor om deze problematiek van geestelijke gezondheid en cognitieve stoornissen bij ouderen in de basisopleiding op te nemen (Amyot, 2009). Hij pleit voor een initiële basisopleiding die zowel kennis als praktischelementen omvat als basis voor aanpassing aan de toekomstige praktijk.

#### 4.4 Opleidingsniveaus: sociale vaardigheden

Naast kennis benadrukken studies het belang van communicatie tussen de professional en de oudere. Naast basiskennis van specifieke pathologieën en zorg, moet in deze opleidingen de nadruk worden gelegd op het unieke karakter van de relatie en de kwaliteit van respectvolle communicatie, waarbij een positieve benadering wordt benadrukt, zoals voorgesteld door Huber & Jung (2021), en waarbij wordt gezocht naar de resterende middelen en capaciteiten van de persoon, zonder te focussen op zijn tekortkomingen.

Ook al zijn de filosofieën en benaderingen gemeenschappelijk, de toepassingen in de praktijk en de kenmerken van de instellingen kunnen verschillen. Albouy & Moret (2021) noemen drie fundamentele kwaliteiten: het vermogen om de instelling te betrekken bij een project voor goede zorg, het vermogen om niet-professionals op te leiden en een certificeringsproces (met follow-up van de opgeleide personen). Zij tonen ook aan dat **opleidingen in goede zorg** positieve resultaten laat zien op het welzijn van oudere patiënten, hoewel sommige opleidingen niet wetenschappelijk zijn geëvalueerd. Gedragsstoornissen en cognitieve vaardigheden van patiënten verbeteren na de implementatie van deze opleidingen. Sommige opleidingen vereisen de inzet van de instellingshoofden voor een duurzame verandering (Albouy & Moret, 2021).

Een studie onderzocht de communicatiebarrières met mensen met neurocognitieve stoornis en toonde een verbetering aan van de professionele tevredenheid, veiligheid en het vertrouwen van professionals na een opleiding in de Validatiemethode. Uiteindelijk constateerde deze studie een verbetering van de visie op het dagelijkse werk en de communicatiemiddelen met ouderen (Sánchez-Martínez et al., 2023).

Een gerandomiseerde studie was echter minder positief. Hoewel de kennis die het personeel tijdens de eerste workshops had opgedaan aanzienlijk was toegenomen, verschilden de 'interventie'- en 'vergelijkingsgroepen' niet significant in zowel de primaire als de secundaire resultaten. De interventie verhoogde het kennisniveau van het personeel, maar leidde niet tot een verbetering van de betrokkenheid van de gebruikers bij de activiteiten, de levenskwaliteit of de kwaliteit van de zorg in de afdelingen (Cardoso et al., 2017).

Ten slotte mag niet worden vergeten dat in dit proces van goede zorg ook niet-professionals, zoals families en vrijwilligers, bij de opleidingen kunnen worden betrokken. Ook "externe" professionals, zoals behandelende artsen, moeten hierbij worden betrokken.

#### 4.5 Methodologie van de opleidingen

De studies analyseren ook de inhoud en de methodologie van de aangeboden opleidingen. Deze opleidingen kunnen intern of extern zijn. De organisatie moet worden aangepast aan de doelstellingen en de inhoud. Als het om een institutioneel project gaat (sociale vaardigheden), lijkt een interne opleiding het meest geschikt. Als het daarentegen gaat om het bestuderen van de ziekte of de praktijken (kennis), is een externe opleiding geschikter, om de institutionele culturen te overstijgen (Amyot, 2009).

Amyot stelt ook verschillende werkwijzen voor. Voor gespecialiseerde referenten (wondverzorging, palliatieve zorg, dementie, enz.) zijn kwalificerende opleidingen geschikter. Bovendien benadrukt hij dat tijdens de opleidingen verschillende beroepscategorieën aanwezig moeten zijn om van een interdisciplinaire praktijk naar een interprofessionele opleiding te gaan (Amyot, 2009). Deze aanbevelingen voor interdisciplinariteit en interprofessionaliteit voor het uitvoeren van activiteiten vanuit een transversaal perspectief komen ook terug in het artikel van Poulet et al. (2021), die zelfs voorstelt om opleidingen te organiseren voor professionals uit verschillende specialismen en van verschillende hiërarchische niveaus. Amyot (2009) pleit ook voor de creatie van nieuwe beroepen met nieuwe professionele vaardigheden, een idee dat eveneens bij Poulet et al. (2021) terug te vinden is, gezien de complexiteit van de nieuwe gevallen van polymorbiditeit.

De invoering van deze opleidingen moet gepaard gaan met een analyse van de praktijken, discussiegroepen, teamsupervisie en regelmatig overleg met een ethische commissie om de praktijken te analyseren en te ondersteunen (Amyot, 2009).

In zijn afstudeerscriptie voor het interuniversitaire diploma CRA (Frankrijk) ontwikkelt Despierre (2007) de inhoud van een opleiding: behoeften identificeren, analyse van triggerfactoren, simulaties, opstellen van gedragscodes, preventieve maatregelen, juridische aspecten, individuele betrokkenheid. Deze inhoudsbeschrijving is vrijwel dezelfde als die van Le Brun: beschrijving, gevolgen, zoeken naar oorzaken, keuze van oorzaken, mogelijke oplossingen, keuze van oplossingen, toepassing, evaluatie (Le Brun, 2016). Ten slotte komt het voor in het ECHO-model (*just in time learning*): doelstelling, tevredenheid, zelfredzaamheid, verandering van praktijken, impact op de zorg voor de bewoner, kennisdeling (Lingum et al., 2021). Deze elementen komen ook terug in het TUBBE-project, waarin bovendien gezamenlijke besluitvorming, coaching en zingeving zijn geïntegreerd (Dispa, 2019).

Verschillende auteurs wijzen erop dat deze opleidingen op verschillende momenten moeten worden geëvalueerd: aan het einde van de opleiding, na 3 en na 6 maanden (Despierre, 2007). Le Brun voorziet een initiële evaluatie, een opleiding voor het volledige personeel en een eindevaluatie (Le Brun, 2016).

Impactanalyse voor en na de opleiding zijn noodzakelijk, omdat veel interventiestudies geen onderzoek en beschrijving van de factoren die relevant zijn voor het succes of falen ervan voorzien, ondanks duidelijke doelstellingen voor de uitvoering van toekomstige interventies (Barbosa et al., 2017).

Door meer informele bewustmakingsacties om in contact te komen met een publiek met psychiatrische problemen kunnen zorgverleners zich ook in de patiënt verplaatsen, zijn situatie beter begrijpen en stigmatisering verminderen (Gabrielsson et al., 2020). Deze informele contacten moeten gedurende het hele leven worden onderhouden, ook tijdens de studie en na het begin van de loopbaan.

**Klinische supervisie** heeft ook een positief effect op het onderzoeken van institutionele belemmeringen voor persoonsgerichte zorg en het ondersteunen van zorgverleners in hun interpersoonlijke vaardigheden om de autonomie van bewoners met een psychiatrisch profiel te ondersteunen (Brunyan et al., 2017). Klinische supervisie biedt medewerkers tijd om na te

denken over organisatorische barrières voor relatiegerichte zorg en om interpersoonlijke vaardigheden te ontwikkelen die de autonomie en besluitvorming van bewoners ondersteunen (Bunyan et al., 2017). Hoewel het persoonlijke groei, zelfvertrouwen en competentie bevordert en angst en conflicten vermindert (Edgar et al., 2021; Brooker et al., 2016; Brunero, 2008; Brunero & Stein-Parbury, 2016), blijft klinische supervisie ongebruikelijk in Belgische WZC. Succesvolle implementatie vereist getrainde supervisors en een cultuur van vertrouwen (Turner & Hill, 2011). Gesuperviseerde reflectie ondersteunt emotionele verwerking (Edgar et al., 2021; Brooker et al., 2016; Brunero, 2008) en wordt erkend als een dimensie van verantwoorde innovatie (Stilgoe et al., 2020).

Een recente Vlaamse studie toonde aan dat een **uitgebreide educatieve interventie** - waaronder contactgebaseerde trainingen, expert lezingen, supervisie en korte stages in geestelijke gezondheidszorg - de competentie van zorgverleners in de mentale zorg voor bewoners in WZC verbeterde (Gillis et al., in beoordeling). Er werden verbeteringen vastgesteld in professionaliteit, het managen van zorguitdagingen en het behouden van de persoonlijkheid van de bewoner, evenals een vermindering van stigmatisering en een sterkere persoonsgerichte aanpak voor bewoners met psychiatrische kwetsbaarheden. Belangrijke succesfactoren waren onder andere een geïntegreerde teamaanpak, leiderschapshoudingen ten opzichte van mentale gezondheid en actieve toepassing van inzichten in de dagelijkse praktijk.

Concluderend wijzen de verschillende studies op de noodzaak van opleidingen die zijn afgestemd op de praktijk, waarvoor een voorafgaande participatieve analyse, de invoering van een continu evaluatieproces en zinvolle inhoud vereist zijn.

Interprofessionaliteit en transversaliteit van acties en opleidingen zijn ook onmisbaar voor de validiteit van acties die zullen worden ondernomen. De betrokkenheid van het management en de CRA zijn eveneens fundamentele elementen voor het welslagen van een opleidingsprogramma. Ten slotte moeten families, naasten, vrijwilligers en behandelende artsen bij het programma worden betrokken.

#### 4.6 Aanbevelingen

Over het algemeen maakt permanente bijscholing deel uit van de praktijk van elk beroep. Het is bovendien een verplichting voor de beroepen in de gezondheidszorg, met name in WZC waar de doelgroep bijzonder kwetsbaar is.

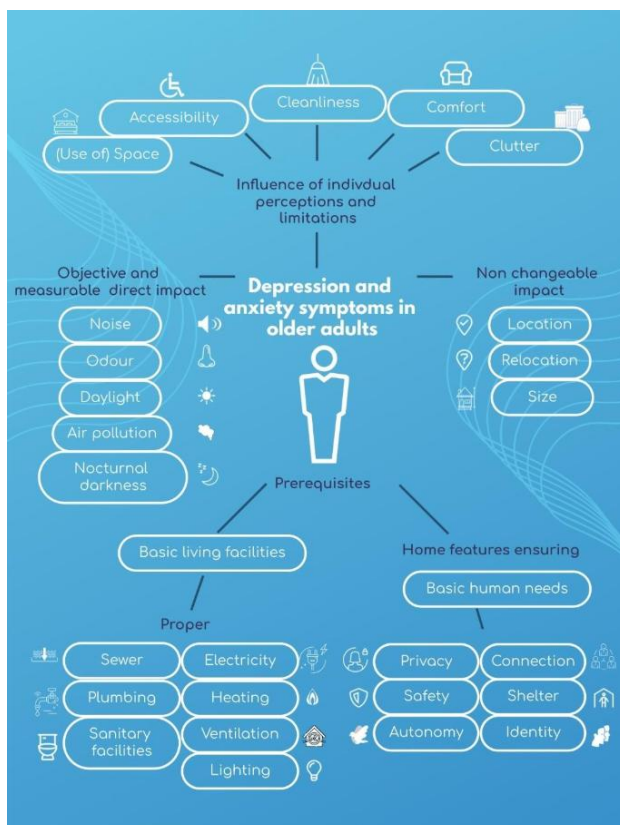
Opleiding maakt ook deel uit van het institutionele management en het levensproject van de instelling. Het heeft een directe impact op ouderen, wat blijkt uit de afname van het gebruik van psychotrope geneesmiddelen, en op zorgverleners, door een verbetering van de arbeidsomstandigheden<sup>20</sup>. Opleiding volgen vanuit een niet-deficiënt perspectief op de persoon is nodig om zich aan te passen aan de persoon, zijn gedrag te begrijpen en coherente en consistente acties ten aanzien van hem te ondernemen: zich bijscholen om kennis te verwerven en mensen beter te begrijpen, opleiding volgen in de relatie en communicatie tussen professionals en met de oudere, waarbij alle actoren (directie, CRA, administratief personeel, zorgpersoneel, onderhoudspersoneel, vrijwilligers, families) worden betrokken bij een institutioneel project. Er moet ook interactief en dynamisch worden opgeleid, op basis van de kennis en vaardigheden van elke actor, en de resultaten van de opleidingen in de praktijk moeten geëvalueerd en opgevolgd worden in een continuüm op lange termijn.

Meer informele bewustmakingsacties maken het ook mogelijk om in contact te komen met een psychiatrisch publiek om hun realiteit beter te begrijpen en zich daaraan aan te passen, en klinische supervisie binnen instellingen faciliteert het verminderen van institutionele barrières, angst en conflicten.

<sup>20</sup> <https://www.vlaanderen.be/inter/toolbox-toegankelijke-steden-en-gemeenten/welzijn-en-zorg/woonzorgdecreet>

## 5 Psychosociale welzijn: woonomgeving

Er bestaat geen eenduidige theorie over welke specifieke omgevingsvariabelen in de woonomgeving het mentaal welzijn, depressie of angst beïnvloeden. Er worden doorgaans zowel objectieve indicatoren (zoals luchtvochtigheid, luchtkwaliteit, lichtintensiteit, geluidsniveau) als subjectieve beoordelingen (zoals ervaren tevredenheid of verstoring) gebruikt. De samenhang tussen beide is echter beperkt: objectieve metingen verklaren slechts een klein deel van de variatie in subjectieve percepties (Betti et al., 2020). Hoewel talrijke studies, verzameld onder de gemeenschappelijke noemer van *Evidence Based Design*, zich richten op geïsoleerde aspecten (bijvoorbeeld daglicht, uitzicht op groen, loopafstanden; Gramaglia et al., 2021), moeten ze stevast concluderen dat de bevindingen niet direct informatie kunnen verschaffen over ontwerpinterventies. Eerdere studies, die de rol van de (interne) woonomgeving op de voorgrond plaatsten in hoe zorginitiatieven in de loop van de tijd worden beleefd en ervaren, hoe de schaal van gebouwen van invloed is op mentale en fysieke nabijheid en hoe ruimtelijke organisatie de mate waarin mentale en sociale zorg met elkaar verweven zijn kan belemmeren of ondersteunen, tonen het potentieel van specifieke ruimtelijke ontwerpen. De woonomgeving kan een innovatieve actor zijn in het ondersteunen van mentaal welbevinden. Verder onderzoek naar een 'omgeving op maat' of 'persoonsgerichte architectuur' is wenselijk. In onderstaande figuur wordt een overzicht gegeven van de factoren in de woonomgeving die een rol spelen in mentaal welbevinden bij oudere volwassenen (Jacobs et al., 2025). Deze kunnen een aangrijpingspunt zijn voor verder onderzoek.



Figuur 1: Factoren in de woonomgeving die het mentaal welbevinden van oudere volwassenen beïnvloeden (Bloesem-project, Vermeulen et al., in preparation)

Anderzijds heeft het instellen van **geestelijke gezondheidszorg op dezelfde locatie** binnen gemeenschapsinstellingen, zoals centra voor ouderen, significante verbeteringen laten zien in depressie- en angstsymptomen, evenals vermindering van eenzaamheid en sociaal isolement (Abramson et al., 2023).

## 6 Psychosociale welzijn: technologische hulpmiddelen

### 6.1 Technologische vooruitgang

De geestelijke gezondheidszorg kan op verschillende manieren innoveren, onder meer via gepersonaliseerde behandelingsbenaderingen en nieuwe dienstverleningsmodellen. Technologische vooruitgang biedt andere mogelijkheden om aan de groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg tegemoet te komen en om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De integratie van technologie, zoals kunstmatige intelligentie (*Artificial Intelligence* - AI) en digitale therapieën, speelt een cruciale rol bij het transformeren van de geestelijke gezondheidszorg door schaalbare, gepersonaliseerde en *evidence-based* interventies aan te bieden. Bovendien zijn de ontwikkeling van teletherapie en community-based benaderingen veelbelovende innovatieve wegen. Advies 9745<sup>21</sup> van de HGR (2024) over het gebruik van digitale interventies en apps voor de geestelijke gezondheidszorg, pleit voor een beter kader en betere begeleiding door zorgprofessionals om de wildgroei aan zelfhulpapps tegen te gaan en kwalitatieve oplossingen te verankeren in de zorg voor depressie, angst en slaapstoornissen. Het advies benadrukt dat digitale hulpmiddelen de klassieke zorg kunnen aanvullen en de wachtlijsten kunnen verkorten, mits er duidelijke richtlijnen zijn.

Voorlopige bevindingen suggereren dat dergelijke interventies effectiever kunnen zijn dan alleen gebruikelijke zorg bij het bevorderen van mentaal welzijn (Chan et al., 2024).

Het gebruik van therapeutische virtual reality (VR)-ervaringen in woonzorgcentra is onderzocht als middel om het mentale welzijn te verbeteren en eenzaamheid te verminderen bij oudere volwassenen met een lichamelijke beperking. Daarnaast biedt VR ook een waardevolle leeromgeving voor studenten en stagiairs: zij kunnen in een veilige, gesimuleerde setting oefenen met interacties, communicatie en begeleiding van oudere bewoners via avatars, waardoor praktijkvaardigheden en empathieontwikkeling worden bevorderd.

AI-gestuurde innovaties, waaronder natuurlijke taalverwerking en machine learning, maken gepersonaliseerde interventies op het gebied van geestelijke gezondheid mogelijk door individuele gegevens te analyseren om op maat gemaakte therapeutische aanbevelingen te doen. Deze technologieën vergemakkelijken real-time monitoring en symptoomanalyse, waardoor de doeltreffendheid van digitale tools voor geestelijke gezondheid wordt verbeterd (Isa et al., 2024).

Telepsychiatrie is naar voren gekomen als een belangrijke innovatie, die patiënten op afstand toegang biedt tot geestelijke gezondheidszorg, waardoor geografische en logistieke barrières worden overwonnen. Deze aanpak is bijzonder nuttig geweest tijdens de COVID-19-pandemie en heeft de continuïteit van de zorg gewaarborgd (Fiorillo et al., 2022).

Technologieën zoals smartphones, slimme huizen, wearables en bewakingssystemen worden steeds vaker gebruikt om de kwaliteit van de zorg en het leven van mensen met dementie te verbeteren. Ondersteunende technologieën zoals smartphones en slimme huizen kunnen de zorg voor dementie bevorderen door cognitieve ontlasting, automatisering, monitoring op afstand, emotionele/sociale ondersteuning en symptoombehandeling te bieden. Zo kan de levenskwaliteit van mensen met neurocognitieve stoornissen verbeteren en de last voor zorgverleners verminderen (Sorrentino et al., 2024).

Volgapparatuur wordt gebruikt om de bewegingen van patiënten met neurocognitieve stoornissen te volgen, het risico op vallen te verminderen en de veiligheid te waarborgen.

Deze systemen roepen echter ook bezorgdheden op, onder meer met betrekking tot het risico op overmatige surveillance, aantasting van de privacy, vermindering van de autonomie, evenals de moeilijkheid om een geïnformeerde toestemming te verkrijgen en andere vraagstukken die verband houden met gegevensbeheer (Barde et al., 2023).

<sup>21</sup> <https://www.hgr-css.be/nl/advies/9745/digitale-interventies-en-apps-voor-geestelijke-gezondheid>

Het gebruik van AI en datagestuurde benaderingen kan de geestelijke gezondheidszorg ondersteunen, waarbij interventies zoveel mogelijk worden afgestemd op de specifieke behoeften en omstandigheden van individuen. Deze aanpak lijkt vooral gunstig voor complexe aandoeningen zoals posttraumatische stressstoornis en depressie (Isa et al., 2024; Subrata et al., 2024), maar robuuste bewijsvoering blijft voornamelijk uit.

Bij informele **mantelzorgers** hebben op technologie gebaseerde interventies, waaronder webgebaseerde psycho-educatieve programma's en virtuele ondersteuning, aangetoond dat ze gevoelens van eenzaamheid kunnen verminderen en het welzijn kunnen verbeteren. Deze interventies kunnen helpen de overgang van thuiszorg naar facilitaire zorg te vertragen door sociaal isolement bij informele mantelzorgers aan te pakken (Mao et al., 2023).

Door technologie geleverde psychosociale interventies (TPI's) voor mantelzorgers van dementiepatiënten zijn in verband gebracht met een lichte vermindering van depressie, last en angst, evenals een grotere zelfredzaamheid. TPI's met preventieve functies (bijvoorbeeld vroegtijdige detectie van mantelzorgersnood, herinneringen voor zelfzorg, educatieve modules die toekomstige moeilijkheden anticiperen, of hulpmiddelen voor stressbeheer) en mobiele toepassingen hebben grotere effecten aangetoond (Cheng et al., 2024).

## 6.2 Uitdagingen en overwegingen

Een mogelijke innovatieve oplossing schuilt in het gebruik van AI en machine learning voor geestelijke gezondheidszorg bij oudere volwassenen. De evidentie is hiervoor echter nagenoeg onbestaande.

Mogelijke toepassingen zijn digitale assessment tools, gesprekstools, voorspellende analytische tools, monitoring vanop afstand en digitale therapeutische tools. Naast belangrijke voordelen zoals een verbeterde toegankelijkheid, schaalbaarheid, personalisatie, continue monitoring en mogelijk verbeterde therapietrouw zijn er ook belangrijke uitdagingen en potentiële risico's.

Ethische zorgen over privacy en vooringenomenheid in AI-algoritmen zijn belangrijke kwesties die zorgvuldig moeten worden overwogen. Bovendien vereist de integratie van deze technologieën in bestaande gezondheidszorgsystemen afstemming op regelgevingskaders, ondersteuning door klinici en evaluatie van de kosteneffectiviteit (Isa et al., 2024; Ojha et al., 2023).

Het is ook essentieel om gelijke toegang tot deze innovaties te waarborgen om ongelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg te voorkomen (Ojha et al., 2023).

De uitgebreide betekenis van een persoonsgericht concept (dat wil zeggen vanuit sociale, milieu- en gezondheidszorgsysteemaspecten) moet in de toekomstige praktijk worden nagestreefd. Privacy- en kostenoverwegingen van technologieën moeten voortdurend worden gecontroleerd door beleidsorganen. Toekomstig onderzoek naar de respectieve gezondheidsvoordelen kan meer inzicht geven in de huidige digitale interventie die wordt toegepast op oudere volwassenen (Tsai et al., 2024).

AI en machine learning bevestigen vaak bestaande sociale paradigma's, waardoor ze weinig innovatief zijn. Het algoritme durft bias te introduceren waardoor kwetsbare groepen mogelijk nog minder toegang krijgen tot gepaste hulpverlening, hetgeen bij oudere volwassenen zeer relevant is. De technologie kan ontoegankelijk zijn voor personen die geen technologie gebruiken of bezitten. Ten slotte zijn er belangrijke uitdagingen op vlak van privacy, veiligheid en vals positieve of vals negatieve uitkomsten. Een belangrijke uitdaging schuilt erin deze toepassingen samen te ontwikkelen (co-creatie) met de doelgroep.

## 7 Psychosociaal welzijn: optimaal medicatiegebruik

### 7.1 Inleiding

Medicatie voorschrijven is een van de meest voorkomende interventies in de gezondheidszorg, vooral bij ouderen met multimorbiditeit die vaak meerdere behandelingen nodig hebben, waaronder medicatie. Polyfarmacie, vaak gedefinieerd als het gebruik van vijf of meer geneesmiddelen (Petrovic et al., 2018), is geregistreerd bij 42% van de Belgische volwassenen van 65 jaar en ouder en in WZC gebruikt 50% van de bewoners negen of meer medicijnen (KCE, 2024). Polyfarmacie verhoogt het risico op bijwerkingen, geneesmiddelinteracties, niet-naleving, functionele achteruitgang en kwetsbaarheid (Anrys et al., 2018).

Schade door medicatie en medicatiefouten zijn een belangrijke oorzaak van letsel en te voorkomen schade in gezondheidszorgsystemen wereldwijd en België vormt daarop geen uitzondering. Een recente analyse van de WGO (WGO, 2023) toonde aan dat minstens één op de twintig patiënten wereldwijd wordt getroffen door te voorkomen medicatiegerelateerde schade, waarvan meer dan een kwart ernstig of levensbedreigend is. Een recent onderzoek in 23 Belgische WZC meldde dat 68,6% van de bewoners met dementie ten minste één psychotrope medicatie voorgeschreven kreeg, terwijl 40,3% er dagelijks twee of meer kreeg (Maex et al., 2025). Bovendien vond een Belgische pilotstudie met 75 bewoners van WZC een hoge anticholinerge belasting, een risicofactor voor een breed scala aan bijwerkingen, waaronder centrale effecten zoals cognitieve achteruitgang (Vermeulen et al., 2024).

Ongeveer de helft (53%) van alle vermijdbare medicatiegerelateerde schade vond plaats tijdens de "voorschrijffase." De hoogste prevalentie van voorkombare medicatiegerelateerde schade werd gevonden bij kwetsbare ouderen (17%). Medicatiegerelateerde schade bij ouderen omvat vallen, cognitieve achteruitgang, verlies van zelfstandigheid en sterfte. Polyfarmacie, overmatig medicatiegebruik en een lagere sociaaleconomische status verhogen het risico op medicatiegerelateerde schade. Medicatie voor het cardiovasculaire systeem en het centrale zenuwstelsel verdient speciale aandacht. Ongeschikt medicatiegebruik komt veel voor bij ouderen en omvat drie verschillende situaties: overmatig gebruik van potentieel schadelijke medicijnen, ondergebruik van effectieve medicijnen en het gebruik van medicijnen die ongeschikt zijn vanwege verschillende aspecten zoals dosering, interacties tussen medicijnen, gemak van toediening of kosten (Spinewine et al., 2007).

Overmatig medicatiegebruik heeft de afgelopen tien jaar steeds meer aandacht gekregen. Het kan worden gedefinieerd als het gebruik van een medicijn dat niet (of niet meer) klinisch geïndiceerd is, ineffectief is, een ongunstige baten-schadeverhouding heeft en/of niet overeenkomt met de behandeldoelen en voorkeuren van de patiënt. Talrijke Belgische gegevensbronnen tonen aan dat overmatig medicijngebruik vaak voorkomt bij ouderen. Overmatig gebruik komt vaak voor in België, vooral van antipsychotica, antidepressiva, antidiabetica, benzodiazepines en protonpompremmers, met een aanzienlijke impact op morbiditeit en mortaliteit (KCE, 2024; Vander Stichele et al., 2006).

Het verbeteren van het medicijngebruik bij ouderen vereist meer en beter bewijs over de effectiviteit en veiligheid van medicijnen voor deze specifieke populatie, die vaak ondervertegenwoordigd is in klinische onderzoeken. Dergelijke gegevens moeten vervolgens worden omgezet in betrouwbare richtlijnen en hulpmiddelen voor clinici.

Daarnaast zal het verbeteren van het medicijngebruik bij ouderen aanzienlijke veranderingen in het gedrag van patiënten, zorgprofessionals en beleidsmakers vereisen. Dit sluit volledig aan bij het initiatief van de WGO uit 2023, "Gedragswetenschappen voor Betere Gezondheid" (WGO, 2023), en zal hieronder verder besproken worden.

### 7.2 Doelstellingen

De afgelopen 15 jaar zijn er steeds meer onderzoeken en initiatieven geweest gericht op het optimaliseren van het medicatiegebruik in België, maar er is een sterkere aanpak nodig om

grootschalige veranderingen door te voeren. Vier categorieën van kernmaatregelen zouden moeten worden uitgevoerd om het medicatiegebruik voor ouderen te verbeteren: het bewustmaken van het publiek, het opleiden van professionals en het implementeren van geïntegreerde zorg, klinisch onderzoek en de hervorming van gezondheidszorgsystemen. Voor elke categorie streven we ernaar actuele uitdagingen te belichten en recente innovaties uit België en Canada als voorbeelden te geven. We hebben ervoor gekozen voorbeelden op te nemen uit het *Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network (CADeN)* - een groep van zorgleiders, besluitvormers, klinici, onderzoekers en patiëntvertegenwoordigers - omdat dit netwerk een nationale strategie heeft ontwikkeld die op verschillende gebieden inspirerend kan zijn voor België (CADeN, 2024). Belangrijke samenwerkingsacties voor het komende decennium worden ook voorgesteld op het niveau van patiënt, zorgverlener, organisatie en beleid.

### *7.2.1 Het vergroten van het bewustzijn en de betrokkenheid van patiënten en het publiek over het juiste gebruik van medicatie*

Twee grote barrières voor medicatieoptimalisatie en het aanpakken van overmatig medicatiegebruik zijn dat (a) mensen zich vaak niet bewust zijn van het risico (en vaak geen goed beeld hebben van de voordelen) van medicatie, en dat (b) artsen vaak het bespreken van medicatiewijzigingen vermijden omdat ze patiëntresistentie verwachten. Zo geloofde in een recente Belgische studie naar houdingen ten opzichte van het voorschrijven van slaapmedicatie bij ouderen slechts één op de tien dat hun medicatie bijwerkingen veroorzaakte. Twee derde van de oudere volwassenen gaf aan terughoudend te zijn om te stoppen met hun slaapmedicatie, maar de helft zou bereid zijn de dosis te verlagen als hun arts het aanbeveelt. De meeste artsen gaven aan dat ze aanzienlijke druk voelden van hun patiënten om slaapmedicatievoorschriften te verlengen (Shapoval et al., 2025; Péteïn, 2024). Het vergroten van het bewustzijn en de betrokkenheid van patiënten, hun verzorgers en het publiek over het juiste medicatiegebruik is een belangrijke kans om het probleem van ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen aan te pakken. Door de gezondheidskennis over mogelijke voordelen en nadelen en het juiste gebruik van medicatie te verbeteren, kunnen ouderen en hun verzorgers makkelijker in gesprek gaan met hun zorgverleners over hun medicatie. Om de kloof in publieke bewustwording te overbruggen, lanceerde CADeN een publieksbewustwordingscampagne in samenwerking met tientallen seniororganisaties in het hele land. Als onderdeel van de campagne werd een openbare website gelanceerd en een toolkit ontwikkeld om het publiek te helpen meer te leren over medicatieveiligheid en het veilig afbouwen of stoppen van geneesmiddelen (WHO, 2023).

Het is daarom noodzakelijk om een nationale strategie te ontwikkelen om het publiek te betrekken en om bewustwordingscampagnes op te zetten die beter aansluiten bij ouderen en informele verzorgers. Deze strategie vereist samenwerking met maatschappelijke organisaties die diverse gemeenschappen vertegenwoordigen (qua taal, cultuur, zorgomgeving, sociaaleconomische status, enz.) door relevante boodschappen over medicatieveiligheid te delen. Ondersteunend materiaal moet ontwikkeld en beschikbaar gesteld worden in verschillende talen en formaten. Ze moeten gemakkelijk te gebruiken en te begrijpen zijn voor het publiek en moeten positief spreken over het optimaliseren van medicatiegebruik.

### *7.2.2 Opleiding van zorgprofessionals en toekomstige professionals, en implementatie van geïntegreerde zorg op grote schaal*

Om de veranderende uitdagingen in de gezondheidszorg effectief aan te pakken, is het cruciaal om de opleiding en middelen van zorgprofessionals te versterken, met nadruk op niet-farmacologische alternatieven, gedeelde besluitvorming en het herzien van behandelstrategieën. Deze benaderingen stellen zorgprofessionals in staat chronische

aandoeningen beter te beheersen, polyfarmacie te verminderen en de patiëntuitkomsten te verbeteren (Petrovic et al., 2019).

Het versterken van interprofessionele benaderingen is essentieel voor het leveren van uitgebreide zorg. Samenwerking tussen artsen, apothekers, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals optimaliseert het medicatiebeheer, minimaliseert fouten en verbetert de uitkomsten voor patiënten. Geïntegreerde zorgmodellen faciliteren naadloze overgangen tussen verschillende zorginstellingen, waarborgen continuïteit van zorg en minimaliseren bijwerkingen (KCE, 2010).

Daarnaast is het versterken van de rol van apothekers binnen de zorgverlening van vitaal belang. Door hun werkgebied uit te breiden, kunnen apothekers aanzienlijk bijdragen aan medicatieafstemming, medicatiebeoordelingen en ondersteuning bij therapie. Dit versterkt niet alleen patiëntgerichte zorg binnen interdisciplinaire teams, maar verbetert ook de algehele zorgverlening (Spinewine et al., 2023; Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, 2017).

Verschillende uitdagingen, zoals beperkte middelen en organisatorische barrières, belemmeren echter de voortgang van deze initiatieven.

Recente innovaties uit België bieden waardevolle inzichten in het aanpakken van gezondheidsuitdagingen. Succesvolle initiatieven<sup>22</sup> in diverse zorgomgevingen, leggen de nadruk op samenwerking, technologische integratie en patiëntbetrokkenheid. Deze initiatieven omvatten het samenstellen, publiceren en verspreiden van *best practice*-richtlijnen voor naadloze medicatiezorg, het bevorderen van samenwerking tussen zorgverleners, het benadrukken van het belang van medicatiecontinuïteit tijdens overgangen, het elektronisch delen van patiëntgegevens met respect voor veiligheid en vertrouwelijkheid, het formaliseren van procedures voor naadloze zorg tijdens ziekenhuisopnames en ontslagen, het integreren van training over naadloze zorg in de gezondheidszorgeducatie, en het toepassen van financieringsinitiatieven tot geloofwaardige evaluaties om latere klinische en economische effecten aan te tonen.

Het ondersteunen van zowel eerstelijnszorg en langdurige zorg als acute zorg is cruciaal – vooral voor ouderen, gezien hun frequente ziekenhuisopnames en het hoge risico op ontslagfouten. Dit benadrukt de noodzaak om meer middelen te bieden voor de grootschalige implementatie van klinische farmacie (KCE, 2010; Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, 2017).

Belgische initiatieven illustreren vooruitgang. Het BASELO-instrument (*Belgian Anticholinergic and Sedative Load in Older Adults*), dat de anticholinerge en sederende last kwantificeert, en Bimedoc Expert, dat voorschriften analyseert en het voorschrijven optimaliseert, ondersteunen veiliger voorschrijven en oordeelkundig afbouwen van medicatie. Het PRECEDE-protocol biedt een gestructureerde benadering van het afbouwen en oordeelkundig stopzetten van medicatie (*deprescribing*), waarbij ook de betrokkenheid van patiënten en zorgverleners wordt geïntegreerd. Beide tonen de waarde aan van een systematische, teamgerichte aanpak. Vroege evaluaties tonen een vermindering van medicatiegerelateerde problemen en het nut van het stopzetten van potentieel onoordeelkundige medicatie. Er is echter behoefte aan bredere implementatie van deze initiatieven (Vermeulen et al., 2025).

Het uitbreiden van de rol van apothekers bij medicatieafstemming, -beoordelingen en nalevingsondersteuning is essentieel, net als het integreren van medicatiebeoordelingen in elektronische patiëntendossiers. Nationale investeringen in klinische farmacediensten

---

<sup>22</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg>

kunnen de implementatie verder versterken, met name in woonzorgcentra waar de risico's het grootst zijn (Pétein, 2024).

Samenvattend zijn beter uitgeruste zorgprofessionals en het implementeren van geïntegreerde zorg op grote schaal cruciaal voor het verbeteren van de zorgverlening en patiëntuitkomsten. Door uitdagingen aan te pakken, innovaties te benutten en belangrijke acties te prioriteren, kunnen zorgsystemen hun capaciteit vergroten om veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg te bieden.

### 7.2.3 *Bevordering van patiëntgericht klinisch en implementatieonderzoek*

Het is van essentieel belang om te beschikken over hoogwaardige gegevens over de beste manier waarop men het medicatiegebruik bij ouderen in alle zorgomgevingen kan optimaliseren. Dergelijk bewijs kan niet alleen beleidsmakers informeren, maar kan ook als leidraad dienen voor de toewijzing van middelen zodat deze zo effectief mogelijk worden ingezet om de kwaliteit van de zorg voor ouderen te verbeteren.

Hoewel internationale bevindingen waardevolle inzichten bieden, benadrukken de specifieke kenmerken van de lokale context de noodzaak van op België gericht onderzoek. Verschillende Belgische onderzoeksgroepen werken momenteel aan het meten van kwaliteit, het onderzoeken van de oorzaken van ongeschikt medicatiegebruik en het ontwikkelen en testen van interventies voor optimalisatie in diverse zorgomgevingen (Vermeulen et al., 2025; Pehudoff et al., 2016; Azermai et al., 2017; Wauters et al., 2019; Evrard et al., 2023; Tommelein et al., 2016; Van der Linden et al., 2023).

Prospectieve onderzoeken hebben bijvoorbeeld de effectiviteit aangetoond van interdisciplinaire benaderingen, de betrokkenheid van apothekers en het gebruik van expliciete hulpmiddelen om de uitkomsten van voorschrijven te verbeteren (Strauven et al., 2019; Dalleur et al., 2014; O'Mahony et al., 2023; Blum et al., 2021).

Er blijven echter nog verschillende belangrijke uitdagingen. Ten eerste vereist het opschalen van medicatieoptimalisatie-interventies aanzienlijke ondersteuning. Nieuwe financieringskanalen die zich specifiek richten op implementatieonderzoek en multicenterstudies zijn noodzakelijk. Daarnaast kan het faciliteren van toegang tot praktijkgegevens voor uitkomstbeoordeling en het bevorderen van economische evaluaties de implementatie-inspanningen versterken.

Ten tweede moet de betrokkenheid van patiënten en het publiek bij onderzoeksprojecten worden versterkt. Hun perspectieven kunnen het ontwerp, de uitvoering en verspreiding van studies verrijken, waardoor interventies beter aansluiten bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt.

Ten derde is het versterken van samenwerking tussen universiteiten essentieel om onderzoeksagenda's te bevorderen. Het in kaart brengen van bestaande onderzoeksinitiatieven kan helpen om toekomstig onderzoek beter te prioriteren en organiseren en zo de verspreiding van onderzoeksresultaten aan besluitvormers verbeteren. Het versterken van banden met internationale deprescribingnetwerken kan ook bijdragen aan het bevorderen van kennisuitwisseling, gezamenlijke initiatieven en het vergelijken van *best practices* wereldwijd.

### 7.2.4 *Hervorming van zorgsystemen en het omzetten van onderzoek in actie*

Het optimaliseren van het medicatiegebruik bij ouderen binnen het veranderende gezondheidszorglandschap van België vereist een verschuiving van geïsoleerde pilootprojecten naar een gecoördineerde nationale strategie.

In een recent overzicht van factoren die de effectiviteit beïnvloeden van interventies om het juiste medicatiegebruik te bevorderen, benadrukte CADeN het belang van duidelijke nationale strategieën die het voorschrijven van interventies met een zekere mate van centrale coördinatie ondersteunen (Charbonneau et al., 2024). Net als de aanpak van CADeN moet er een nationaal strategisch plan worden ontwikkeld en gefinancierd om het medicatiegebruik bij

ouderen in België te optimaliseren. Deze nationale strategie moet worden uitgevoerd door een centrale organisatie die verantwoordelijk is voor het coördineren en ondersteunen van *evidence-based* interventies tussen regio's en zorginstellingen.

Nationale rapporten kunnen waardevolle inzichten bieden in trends van geneesmiddelgebruik in het hele land. Ze maken het mogelijk om gebieden te identificeren die extra aandacht vereisen en tegelijkertijd inspanningen te ondersteunen om de toegang tot veiligere geneesmiddelen en niet-medicamenteuze alternatieven als vervanging voor risicovolle medicatie te waarborgen.

Twee belangrijke prioriteiten van het nationale strategisch plan zouden moeten zijn: (a) de optimalisatie van het gebruik van psychotrope geneesmiddelen en (b) het medicatiegebruik in woonzorgcentra (VAD, 2018). Diverse initiatieven, zoals die van het RIZIV (zie hieronder), tonen de Belgische inzet voor innovatieve oplossingen in de geriatrische zorg, met schaalbare interventies die het medicatiebeheer kunnen verbeteren.

### 7.3 Voorbeelden van beleidsimplementatie en toekomstige richtingen

De COME-ON-studie, die bestaat uit een gemengd trainingsprogramma, lokale interdisciplinaire bijeenkomsten en interdisciplinaire casusbesprekingen in Belgische woonzorgcentra, werd geassocieerd met significante verbeteringen in de geschiktheid van voorschrijven (Strauven et al., 2019). De aanbevelingen aan beleidsmakers op basis van de resultaten zijn echter nog niet uitgevoerd.

Meer recentelijk bood een multidisciplinair project personen die chronisch benzodiazepines of middelen verwant aan de benzodiazepines (Z-drugs) gebruiken toegang tot een afbouwprogramma onder toezicht van een arts en apotheker<sup>23</sup>. Deze multidisciplinaire aanpak omvat samenwerking tussen de voorschrijvende arts, apotheker en patiënt, en het afbouwen wordt gefaciliteerd door capsules die door de apotheker worden bereid op basis van het recept van de arts. De evaluatie moet richting geven aan toekomstige acties en de mogelijkheid onderzoeken om dergelijke diensten uit te breiden naar de residentiële zorgomgeving en andere medicijnklassen. Ook in het kader van het 'medicatiereview'-project van het RIZIV werken apothekers samen met patiënten om hun ervaringen met medicatie te bespreken en de behandeling te optimaliseren, wat vaak inhoudt dat bepaalde medicatie moet worden stopgezet. Daarnaast geven zij op maat gemaakte aanbevelingen aan de huisarts over medicatiebeheer<sup>24</sup>.

Wat psychotrope medicatie betreft en op het niveau van individuele voorschrijvers, moet de nadruk liggen op zorgvuldig voorschrijven alleen in geval van ernstige symptomen wanneer niet-farmacologische benaderingen hebben gefaald, waarbij de laagst mogelijke dosis wordt gebruikt die een klinisch effect geeft en voor een beperkte periode, altijd met een geplande stopdatum. Op het niveau van residentiële zorgcentra moet er een procedure zijn die ervoor zorgt dat de evaluatie van het gebruik van psychofarmaca op een kritische en multidisciplinaire manier wordt uitgevoerd, waarbij artsen, verpleegkundigen, apothekers, bewoners zelf of hun families betrokken zijn.

Naast personeelstraining en een persoonsgerichte aanpak is ook de aanwezigheid van een coördinator medicatiebeleid belangrijk. Het gebruik van elektronische patiëntendossiers en het geneesmiddelenformulier van het zorgcentrum kan medische beslissingsondersteuning bieden. Het verstrekken van informatie aan bewoners en hun families volgens het principe van gedeelde besluitvorming is ook belangrijk.

De CRA speelt een cruciale rol bij het vormgeven van het medisch beleid binnen residentiële zorgcentra. Momenteel kunnen bewoners hun huisarts vrij kiezen. In de praktijk betekent dit dat in een enkel centrum met ongeveer 120 bewoners wel 40 of meer verschillende huisartsen actief kunnen zijn, wat het moeilijk kan maken om een samenhangende, hoogwaardige medische zorg te bieden.

<sup>23</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/individuele-verzorging/afbouwprogramma-voor-benzodiazepines-en-aanverwante-producten-z-drugs>

<sup>24</sup> <https://www.bcfi.be/nl/medicatiezicht-door-de-huisapotheker-een-nieuw-initiatief/>

Tot slot is kwaliteitscontrole op beleidsniveau noodzakelijk via audits en rapportages. Het naleven van bestaande aanbevelingen is essentieel. Deze aanbevelingen hebben betrekking op bestuursstructuren in residentiële zorgcentra, die ervoor moeten zorgen dat systemen en diensten aanwezig zijn om goede praktijken te garanderen bij het starten, monitoren en stoppen van psychotrope medicatie voor ouderen (McDonald et al., 2024).

Aanbevelingen voor residentiële zorginstellingen moeten rekening houden met hun specifieke uitdagingen:

- Ontwikkel een medicatiebeleidsvisie: maak een beleids- en kwaliteitshandleiding voor psychotrope medicatie, met gestructureerde processen, uitkomstindicatoren en interne audits.
- Bevorder multidisciplinaire samenwerking: moedig samenwerking aan tussen zorgprofessionals, inclusief training en audits voor (psychotropisch) medicatiegebruik.
- Voer regelmatig medicatiecontroles uit: richt je op psychotrope medicatie en neem contact op met eerstelijnspsychologen voor complexe gevallen.
- Versterk de rol van medicatiecoördinator: geef coördinatoren training in niet-farmacologische benaderingen en kwaliteitscontrole op psychotrope medicatie.
- Versterk de rol en het mandaat van de coördinerende en adviserende arts (CRA): geef de CRA de bevoegdheid om medische praktijken binnen het hele centrum te controleren in overeenstemming met het vastgestelde medicatiebeleid. Ondersteun modellen waarbij bewoners kunnen kiezen uit een beperkte groep huisartsen.
- Maak gebruik van digitale hulpmiddelen: gebruik elektronische patiëntendossiers en andere technologieën om het medicatiebeheer te verbeteren.

Het integreren van residentiële zorgcentra in bredere gezondheidsnetwerken is ook essentieel voor het verbeteren van medicatieveiligheid en het optimaliseren van gezondheidsuitkomsten.

#### 7.4 Conclusie

Samenvattend is het optimaliseren van het gebruik van medicijnen bij ouderen een essentieel onderdeel van het Belgische zorgsysteem. Door onderzoek om te zetten in actie, innovatie te stimuleren en samenwerking aan te moedigen, kunnen we zorgen voor gepersonaliseerde, hoogwaardige zorg voor ouderen.

Hoewel dit advies zich voornamelijk richt op langdurige zorginstellingen, is bredere actie gerechtvaardigd vanwege de wijdverspreide aard van medicatiegerelateerde schade in alle zorginstellingen.

Dit vereist een allesomvattende en gecoördineerde aanpak op meerdere niveaus, van het vergroten van het publieke bewustzijn en het versterken van patiënten, tot het toerusten van zorgprofessionals met de nodige kennis en vaardigheden, het uitvoeren van patiëntgericht onderzoek en het implementeren van ondersteunend beleid. Met blijvende inzet en strategische investeringen kan België het voortouw nemen in het veiliger, effectiever en geschikter gebruik van medicijnen voor haar vergrijzende bevolking.

## IV AANBEVELINGEN

### 1 Conclusie

Concluderend benadrukt dit advies de urgentie van een diepgaande transformatie van de praktijken in woonzorgcentra in België. Gezien de steeds complexere behoeften van ouderen, vooral van mensen met psychiatrische of neurocognitieve stoornissen, is het essentieel om verder te gaan dan een strikt biomedische benadering en een globale, mensgerichte zorgvisie te hanteren. Het herkennen en aanpakken van leeftijdsdiscriminatie, zowel binnen

zorgpraktijken als in de bredere samenleving, is ook essentieel. Elke bewoner heeft recht op tijdige en passende zorg, inclusief gespecialiseerde zorg, die het psychosociaal en existentieel welzijn ondersteunt. Dit impliceert dat persoonsgerichte en relationele zorg de basis moeten vormen van de zorgvisie in woonzorgcentra.

Hoewel de voorgestelde interventies gebaseerd zijn op empirische evidentie binnen specifieke doelgroepen, is het belangrijk te erkennen dat bewoners heterogeen zijn in hun zorgbehoeften, culturele achtergrond en persoonlijke voorkeuren. Daarom vraagt implementatie steeds om maatwerk en contextuele afstemming om inclusiviteit en effectiviteit te waarborgen.

De Brusselse hervorming biedt een mooi voorbeeld van hoe een integrale cultuuromslag in woonzorgcentra kan worden gerealiseerd. Er worden aldus concrete aanbevelingen geformuleerd, zodat de kernprincipes, verbetering van de levenskwaliteit van ouderen in woonzorgcentra en versterking van het personeel, ook in de andere regio's concreet kunnen worden toegepast, rekening houdend met de lokale structuren en regelgeving.

## 2 Aanbevelingen

De onderstaande aanbevelingen vloeien voort uit de bevindingen in de voorgaande tekst met betrekking tot de onderfinanciering van de complexiteit van de psychiatrie, het gebrek aan psychosociale expertise, de tekortkomingen op het gebied van opleiding, het overwicht van een biomedisch model en het gebrek aan structurele externe ondersteuning. Voor elke aanbeveling wordt, indien van toepassing, expliciet verwezen naar de relevante argumentatie.

### 2.1 Kernboodschap

De mens staat centraal. Door een cultuur en aanbod van persoons- en relatiegerichte zorg en door alle disciplines gelijkwaardig en structureel te betrekken, garanderen we het recht van elke bewoner op gepaste, waardige en flexibele zorg in partnership met familie en naasten en ondersteunen we een aantrekkelijke professionele omgeving. De kwaliteit van zorg en tenslotte de levenskwaliteit van bewoners worden gewaarborgd door het psychosociaal welbevinden van de bewoner voortdurend te evalueren en te ondersteunen met gepaste en relevante interventies en therapieën.

### 2.2 Aanbevelingen

#### 2.2.1 *Preventie en screening*

- 1) Bij elke nieuwe bewoner een gestandaardiseerde screening van de geestelijke gezondheid uitvoeren. Hierbij wordt systematisch gescreend op **depressie en suïciderisico**, gekoppeld aan een gericht preventieprogramma<sup>25</sup>.
- 2) Een structurele screening op **verwardheid en onbegrepen gedrag** implementeren. Interdisciplinaire diagnostische teams spelen hierin een cruciale rol, zodat psychosociale reacties betrouwbaar kunnen worden onderscheiden van onderliggende psychiatrische pathologie<sup>26</sup>.

#### 2.2.2 *Persoonsgerichte zorg en holistische benadering*

- 3) Een **persoons- en relatiegericht zorgmodel** hanteren, waarin zingeving, autonomie en verbondenheid centraal staan<sup>27</sup>

<sup>25</sup>Zie hoofdstuk 1.2, dat aantoont dat psychische stoornissen bij ouderen in WZC vaak ondergediagnosticeerd zijn.

<sup>26</sup> Zie hoofdstuk 1.2

<sup>27</sup> Zie hoofdstuk 1, dat het psychosociaal welzijn definieert als een dynamisch evenwicht tussen deze determinanten.

- 4) **Individuele zorgplannen** ontwikkelen op basis van de levensgeschiedenis en persoonlijke behoeften van de bewoner<sup>28</sup>. Hierbij wordt gebruikgemaakt van methodieken die systematisch helpen om noden te detecteren en adequaat te beantwoorden, met expliciete aandacht voor betrokkenheid en respect voor autonomie.
- 5) Organisatiebreed een **holistisch bio-psycho-sociaal-existentieel zorgmodel** implementeren<sup>29</sup>. Dit model erkent naast klinische ook psychosociale, existentiële en spirituele behoeften, evenals de impact van agisme. Integrale, gepersonaliseerde zorgplannen combineren klinische, psychosociale en existentiële interventies, waarbij niet-farmacologische interventies structureel worden geïntegreerd en systematisch geëvalueerd. De implementatie vereist bovendien aandacht voor verandermanagement, klinische supervisie en relationeel leiderschap.

### 2.2.3 Naasten, gemeenschap en inclusie

- 6) Formeel een **naasten-gerichte cultuur** erkennen en faciliteren<sup>30</sup>. Veranker het actieve partnerschap van naasten structureel in alle aspecten van zorgplanning en dagelijkse routines, met respect voor hun individuele keuzes en grenzen. Voorzie daarbij in duidelijke communicatie, toegankelijke informatie, educatie en passende ondersteuning, ingebed in een organisatorisch kader dat samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid bevordert.
- 7) Zorgen voor **structurele gemeenschapsintegratie**<sup>31</sup>. Dit kan door het WZC te laten aansluiten bij een regionaal geriatrisch én psychiatrisch netwerk via een formele samenwerkingsovereenkomst. Daarnaast wordt aanbevolen om institutionele grenzen te doorbreken door voorzieningen open te stellen voor sociale betrokkenheid, vrijwilligerswerk, intergenerationele samenwerking en publieke activiteiten, zodat verbinding met de bredere gemeenschap structureel wordt verankerd.

### 2.2.4 Professionele omgeving

- 8) Zorgen voor een **voldoende totale personeelsbezetting** in WZC, met gemiddeld 3 tot 3,5 uur zorg per bewoner per dag<sup>32</sup>. Optimaliseer daarnaast de personeelsratio's en de aanwezige expertise, zodat tijdige en passende ondersteuning voor bewoners met cognitieve problemen en/of psychiatrische kwetsbaarheid structureel wordt gewaarborgd. Dit houdt in:
  - het verhogen van het aandeel verpleegkundigen en het gepast inzetten van zorgkundigen in functie van hun opleiding en competenties, met als doel klinische resultaten te verbeteren en zorgtekorten te verminderen;
  - het versterken van de rol van gespecialiseerde verpleegkundigen en het overwegen van de inzet van verpleegkundig specialisten (APN);
  - het voorzien van een voldoende aantal psychologen (bijvoorbeeld 0,5 VTE per 60 bewoners) om directe toegang tot psychologische evaluatie, therapeutische interventies en ondersteuning te garanderen, zodat de klinisch psycholoog een integraal onderdeel van het zorgteam vormt;
  - de structurele integratie van aanvullende expertise, waaronder maatschappelijk werkers, gedragsspecialisten en andere therapeuten (zoals ergotherapeuten,

<sup>28</sup> Zie hoofdstuk 3.2, waar positieve effecten op levenskwaliteit, gedragsproblemen en werktevredenheid worden aangetoond

<sup>29</sup> Zie hoofdstuk 1.3 waar beperkingen van het dominante biomedische model worden beschreven en de evidentie uit hoofdstuk 3.2 voor relatiegerichte zorg

<sup>30</sup> Zie paragraaf 3.4 (*werkomstandigheden, omgeving en omkadering*), waar het belang van een ondersteunende organisatiecultuur en een goed afgestemde omkadering wordt besproken

<sup>31</sup> Zie paragraaf 3.2 (*wetenschappelijke evidentie en praktijkmodellen*), waar het belang van geïntegreerde en netwerkgerichte zorgmodellen wordt besproken

<sup>32</sup> Zie paragraaf 3.4 (*werkomstandigheden, omgeving en omkadering*), waarin het belang van een ondersteunende organisatorische context en adequate omkadering wordt besproken

- kinesitherapeuten, muziektherapeuten) en ervaringsdeskundigen, binnen een multidisciplinair zorgmodel.
- Deze personeels- en expertisedichtheid dient ingebed te worden in een bredere organisatorische omkadering die kwaliteit, continuïteit en interdisciplinair samenwerken ondersteunt.
- 9) Een **gunstige werkomgeving** creëren<sup>33</sup>. Dit omvat, naast een stabiele en adequate personeelsbezetting, het aanbieden van flexibele opdrachten en taakverdeling, het waarborgen van een coherente personeelsindeling en het besteden van bijzondere aandacht aan werkontwerp en preventie van psychosociale risico's. Deze maatregelen dienen bij te dragen aan duurzame inzetbaarheid van zorgverleners, teamcontinuïteit en een kwalitatieve omkadering van de zorg, in het belang van zowel bewoners als personeel.
  - 10) **Duidelijke en gespecialiseerde beroepsprofielen** creëren<sup>34</sup>. Ondersteun daarnaast de implementatie van deze profielen op organisatorisch niveau en werk gericht met multidisciplinaire werkgroepen. Deze aanpak bevordert rolhelderheid, interprofessionele samenwerking en een efficiënte taakverdeling binnen het team, en draagt zo bij aan een kwalitatieve en coherente zorgomkadering.
  - 11) De rol van **klinisch apothekers** systematisch integreren in WZC. Dit met het oog op professionele medicatiebeoordeling, opvolging en optimalisatie van farmacotherapie, ter ondersteuning van veilige, doelmatige en kwaliteitsvolle zorg<sup>35</sup>.
  - 12) **Actieve betrokkenheid van huisartsen** bij de zorg en kwaliteitsverbetering versterken<sup>36</sup>. Dit kan door hun rol duidelijk te definiëren, hun expertise expliciet te waarderen, initiatieven af te stemmen op hun werkcontext, hun klinisch leiderschap te ondersteunen en gerichte opleidingen aan te bieden, met respect voor hun beschikbare tijd en professionele verantwoordelijkheid.
  - 13) **Een gestructureerd en permanent opleidingsbeleid institutionaliseren** voor alle betrokken actoren (directie, personeel, vrijwilligers en naasten)<sup>37</sup>. Dit opleidingsaanbod dient thema's te omvatten zoals vroegdetectie van depressie, omgaan met suïcidaliteit, psychiatrische en existentiële zorg, stigma-reductie en het fenomeen agisme, niet-farmacologische interventies. Daarnaast wordt aanbevolen om regelmatige supervisie, peerreflectie en interdisciplinaire casusbesprekingen structureel te integreren, met als doel een lerende, reflectieve en ondersteunende werkcultuur te bevorderen.
  - 14) **Technologie en innovaties**, waaronder toepassingen gebaseerd op artificial intelligence en machine learning, zorgvuldig introduceren in WZC<sup>38</sup>. Deze implementatie dient steeds getoetst te worden aan de mate waarin de mens (met inbegrip van bewoners, naasten, zorgprofessionals en medewerkers) centraal staat. Daarnaast moeten dergelijke technologieën worden ingezet conform de geldende richtlijnen, wetgevende bepalingen en ethische kaders, met aandacht voor transparantie, proportionaliteit, privacy, veiligheid en kwaliteitsbewaking van de zorg.

## 2.2.5 Governance, beleid en innovatie in de zorg

- 15) Een **(nationaal) waarderend erkenningskader** ontwikkelen met betekenisvolle labels of certificering voor zorginstellingen en professionals die aantoonbaar werken volgens de principes van persoonsgerichte methodieken (bijvoorbeeld vergelijkbaar met

<sup>33</sup> Zie paragraaf 3.4 (*werkomstandigheden, omgeving en omkadering*), waar het belang van een ondersteunende organisatiecontext wordt besproken

<sup>34</sup> Zie paragraaf 3.4.3 (*multidisciplinaire teams*), waarin het belang van samenwerking en teamstructuur wordt besproken

<sup>35</sup> Zie paragraaf 3.4.5 (*inschakelen van experts en deskundigheid*), waarin het belang van aanvullende expertise binnen de zorgomkadering wordt besproken

<sup>36</sup> Zie paragraaf 3.4.5 (*inschakelen van experts en deskundigheid*), waarin het belang van externe en aanvullende expertise binnen de zorgomkadering wordt besproken

<sup>37</sup> Zie hoofdstukken 4.1 (*levenslang leren*), 3.2 (*impact van opleidingen*) en 3.5 (*methodologie van de opleidingen*), waarin het belang van continue professionele ontwikkeling en onderbouwde opleidingsstrategieën wordt benadrukt

<sup>38</sup> Zie hoofdstuk 6.1 (technologische vooruitgang)

internationale accreditatiemodellen)<sup>39</sup>. Daarnaast dient de implementatie van organisatieveranderingsmodellen actief te worden ondersteund, met stimulering van kennisdeling en netwerking rond persoonsgerichte zorgmodellen. Dit omvat tevens het bepleiten van een systemisch beleid en een hervorming van de financieringsmechanismen, zodat holistische, op zingeving gerichte en relatiegerichte zorgmodellen expliciet worden erkend en adequaat beloond.

- 16) Een **objectieve indicator voor psychiatrische complexiteit** integreren in de bestaande zorgprofielinstrumenten, met het oog op een correcte erkenning en vergoeding van de zorgzwaarte en personeelsnorm voor bewoners met fysieke en mentale problemen, ongeacht de onderliggende diagnose. De huidige instrumenten (zoals Katz en BelRAI) bieden hiervoor onvoldoende garantie, wat kan leiden tot structurele onderfinanciering van bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid<sup>40</sup>.
- 17) Zorgen voor een systematische en duurzame financiering van de **externe psychiatrische ondersteuning** van WZC, aangezien mobiele teams en psychiatrische consultaties momenteel onvoldoende structureel zijn verankerd en gefinancierd<sup>41</sup>.
- 18) Daarnaast wordt aanbevolen om de ontwikkeling en financiering van meer **gespecialiseerde zorgtrajecten en aangepaste woonvormen** voor ouderen met complexe psychische en/of neurocognitieve problemen te overwegen<sup>42</sup>.
- 19) Een nationale strategie ontwikkelen ter **optimalisatie van het medicatiegebruik** bij ouderen, met bijzondere aandacht voor geïntegreerde zorgmodellen<sup>43</sup>. Deze strategie dient breed te worden uitgerold via veilige elektronische gegevensdeling en versterkte interprofessionele samenwerking. Daarnaast wordt aanbevolen een nationale coördinatie- en opvolgingsinstantie op te richten voor het voorschrijf- en deprescriptiebeleid, met specifieke focus op psychofarmaca. Verder dient structurele ondersteuning te worden voorzien voor niet-medicamenteuze alternatieven en psychosociale interventies via aangepaste en duurzame financiering. Tot slot wordt aanbevolen om financiële ondersteuning te faciliteren voor de aanschaf en implementatie van niet-medicamenteuze hulpmiddelen, ter versterking van een geïntegreerde en evenwichtige zorgbenadering.
- 20) **Investeren in wetenschappelijk onderzoek** naar de concrete effectiviteit en kosten-batenanalyse van persoonsgerichte zorgmodellen, van interventies voor psychische problemen bij ouderen en van de impact van technologie en innovaties binnen de Belgische context<sup>44</sup>.
- 21) **Kwaliteitsindicatoren** ontwikkelen die autonomie, waardigheid en het ervaren welzijn centraal stellen, en die voorrang krijgen boven uitsluitend biomedische uitkomsten<sup>45</sup>. De financiering voor toegepast onderzoek (inclusief klinisch en implementatieonderzoek naar deprescriptie en medicatiebeheer) dient te worden versterkt. Tot slot wordt aanbevolen om patiënten en naasten systematisch te betrekken bij het ontwerp, de uitvoering en de evaluatie van onderzoeksprojecten, in lijn met een participatieve en patiëntgerichte benadering<sup>46</sup>.
- 22) Binnen het **regelgevend kader** expliciete bepalingen uitwerken voor de zorg aan **geïnterneerden** in WZC<sup>47</sup>. Dit omvat de ontwikkeling van een duidelijke regelgeving die de zorgorganisatie, verantwoordelijkheden, samenwerking met externe partners en kwaliteits- en veiligheidsvereisten afbakt, zodat deze zorg op een juridisch en

<sup>39</sup> Zie paragraaf 3.2.8 (bestaande modellen)

<sup>40</sup> Zie hoofdstuk 2.1

<sup>41</sup> Zie hoofdstuk 2.3 (regelgeving externe psychiatrische ondersteuning)

<sup>42</sup> Zie hoofdstuk 2.3 (regelgeving externe psychiatrische ondersteuning)

<sup>43</sup> Zie hoofdstuk 7.3 (voorbeelden van beleidsimplementatie en toekomstige richtingen)

<sup>44</sup> Zie hoofdstuk 3.4.4 (Management- en besluitvormingsprocessen) en 6 (technologische hulpmiddelen).

<sup>45</sup> Zie hoofdstuk 2.4 (conclusies met betrekking tot de regelgeving).

<sup>46</sup> Zie hoofdstuk 7.2.3 (Bevordering van patiëntgericht klinisch en implementatieonderzoek)

<sup>47</sup> Zie hoofdstuk 2.2 (erkenningvoorwaarden en -normen voor woonzorgcentra)

inhoudelijk verantwoorde manier kan worden aangeboden binnen de bestaande erkenningsvoorwaarden en -normen.

## V REFERENTIES

Abramson T, Sirey JA, Berman J. Innovative approaches to mental health services for diverse community older adults. *Innov Aging* 2023;7(Suppl 1):893

Adams S, Komene E, Wensley C, Davis J, Carryer J. Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: An integrative review. *J Adv Nurs* 2024;80(10):3899-3914

Agentschap Zorg en Gezondheid Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, afdeling Zorginspectie. Interpretatie van de erkenningsvoorwaarden en -normen voor woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor kortverblijf ingebed in een woonzorgcentrum. 2017

Albouy FX, Moret A. Rapport final TDTE - Analyse des dispositifs de formations des soignants en EHPAD. 2021

Aloisio LD, Coughlin M, Squires JE. Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2021; 123:104073

Amyot JJ. Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD. *Gérontologie et société* 2009; 32:128-9

Anrys P, Strauven G, Foulon V, Degryse JM, Henrard S, Spinewine A. Potentially Inappropriate Prescribing in Belgian Nursing Homes: Prevalence and Associated Factors? *J Am Med Dir Assoc* 2018; 19:884-890

ARMB – Académie Royale de Médecine de Belgique. Le rôle du pharmacien dans les soins de santé. 2017. Internet: [https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/2017/Avis\\_pharmacienNLFR\\_20171130.pdf](https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/2017/Avis_pharmacienNLFR_20171130.pdf)

Artis L, Smith JR. Emergency department staff attitudes toward people who self-harm: Exploring the influences of norms and identity. *Adv Emerg Nurs J* 2013;35(3):259–69

Atchison K, Watt JA, Ewert D, Toohey AM, Ismail Z, Goodarzi Z. Non-pharmacologic and pharmacologic treatments for anxiety in long term care: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2022;51(9): afac195

Autschbach D, Hagedorn A, Halek M. Addressing loneliness and social isolation through the involvement of primary and secondary informal caregivers in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatr* 2024 Jun 25;24(1):552

Ayeno HD, Kassie GM, Atee M, Nguyen T. Factors Influencing the Implementation of Non-Pharmacological Interventions for Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Aged-Care Homes: A Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis: A systematic review *Campbell Syst Rev* 2025;21(2): e70029

Azermai M, Wauters M, De Meester D, Renson L, Pauwels D, Peeters L et al. A quality improvement initiative on the use of psychotropic drugs in nursing homes in Flanders. *Acta Clin Belg* 2017; 72:163-71

Backhaus R, Hoek LJM, de Vries E, van Haastregt JCM, Hamers JPH, Verbeek H. Interventions to foster family inclusion in nursing homes for people with dementia: a systematic review. *BMC Geriatr* 2020;20(1):434

Bakerjian D. Care of nursing home residents by advanced practice nurses. A review of the literature. *Res Gerontol Nurs* 2008;1(3):177-85

Bakerjian D. The Advanced Practice Registered Nurse Leadership Role in Nursing Homes Leading Efforts Toward High Quality and Safe Care. *Nurs Clin North Am* 2022;57(2):245-58

Barbosa A, Nolan M, Sousa L, Figueiredo D. Implementing a psycho-educational intervention for care assistants working with people with dementia in aged-care facilities: facilitators and barriers. *Scand J Caring Sci* 2017;31(2):222-31

Barde S, Upendra S, Kaur J. Volgapparaat gebruiken bij patiënten met dementie: een systematische review. ICICIS - International Conference on Integration of Computational Intelligent System; 2023

Bareeqa SB, Samar SS, Masood Y, Husain MM. Prevalence of Suicidal Behaviors in Residents of Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Omega (Westport)* 2025;92(1):83-102

Basinska K, Wellens NIH, Simon M, Zeller A, Kressig RW, Zúñiga F. Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. *J Adv Nurs* 2021;77(2):742-54

Berkovic D, Macrae A, Gulline H, Horsman P, Soh SE, Skouteris H et al. The Delivery of Person-Centered Care for People Living With Dementia in Residential Aged Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontologist* 2024;64(5): gnad052

Betti G, Neri L, Lonzi M, Lemmi A. Objective Environmental Indicators and Subjective Well-Being: Are They Directly Related? *Sustainability* 2020;12(6):2277

Blum MR, Sallevelt BTGM, Spinewine A, O'Mahony D, Moutzouri E, Feller M et al. Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hospital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2021;374: n1585

Board M, McCormack B. Exploring the meaning of home and its implications for the care of older people. *J Clin Nurs* 2018;27(15-16):3070-80

Bollen S, Rossi G, van Alphen S. The Importance of Core Needs of Personality in Older Adults with Severe Mental Illness: A Position Paper with Case Report. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy* 2025; 18:284–300

Boyls S, Bronfort L. Les troubles psychiques dans les maisons de repos wallonnes rapport final. AVIQ Agence pour un Vie de Qualité; 2023. Internet : [https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2023-06/Etude-troubles-psychiques-dans-MR-wallonnes.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-06/Etude-troubles-psychiques-dans-MR-wallonnes.pdf)

Boxstaens J, Nuytiens A. *Hoezo, zorg?! Kwaliteit in denken en doen*. Mechelen: Emmaüs vzw; 2024

Brooker DJ, Latham I, Evans SC, Jacobson N, Perry W, Bray J et al. FITS into practice: translating research into practice in reducing the use of anti-psychotic medication for people with dementia living in care homes. *Aging Ment Health* 2016; 20:709–18

Brouwer H, Woodhill J, Hemmati M, Verhoosel K, van Vugt S. The MSP Guide. How to design and facilitate multi-stakeholder partnerships. Wageningen: Centre for Development Innovation; 2015

Brunero S, Lamont S. Psychiatric and Mental Health Nursing. Chapter “Challenging Behaviours, Risks and Responses”. Elsevier; 2016. p. 552-76

Brunero S, Stein-Parbury J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review. AJAN – Australian Journal of Advanced Nursing 2008; 25:86-94

Bunyan M, Crowley J, Smedley N, Mutti MF, Cashen A, Thompson T et al. Feasibility of training nurses in motivational interviewing to improve patient experience in mental health inpatient rehabilitation: A pilot study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2017;24(4):221–31

Bynum JPW. Challenges and Innovations in Dementia Care—Evaluating Comprehensive Models. JAMA 2025;333(11):943-5

Cammisuli DM, Cipriani G, Giusti EM, Castelnuovo G. Effects of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression and Quality of Life in Elderly People with Alzheimer’s Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Clin Med 2022;11(19):5752

Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network. Promoting safe and appropriate medication use for all Canadians. Internet: <https://www.deprescribingnetwork.ca/>

Cardoso G, Papoila A, Tomé G, Killaspy H, King M, Caldas-de-Almeida JM. A cluster randomised controlled trial of a staff-training intervention in residential units for people with long-term mental illness in Portugal: The PromQual trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017;52(11):1435-45

Cater D, Tunalilar O, White DL, Hasworth S, Winfree J. “Home is Home:” Exploring the Meaning of Home across Long-Term Care Settings. J Aging Environ 2022; 36:3:321-38

Chadborn NH, Devi R, Goodman C, Williams CD, Sartain K, Gordon AL. General practitioners’ role in improving health care in care homes: a realist review Fam Pract 2023;40(1):119-27

Chan S, Kwan R, Ng F, Hi-Po Lau B, Chan A. The translation of digital technology to promote mental health of older adults. Internationale psychogeriatric 2024; 36:28-32

Charbonneau M, Morgan SG, Gagnon C, Sadowski CA, Silvius JL, Tannenbaum C et al. Factors influencing the effects of policies and interventions to promote the appropriate use of medicines in high-income countries: A rapid realist review. Health Policy 2024; 142:105027

Chauliac N, Leaune E, Gardette V, Poulet E, Duclos A. Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. J Geriatr Psychiatry Neurol 2020;33(6):307-15

Cheng JY, Nurul SBMS, Cheng LJ, He HG. Effectiveness of Technology-Delivered Psychosocial Interventions for Family Caregivers of Patients With Dementia: A Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. Int J Ment Health Nurs 2024;33(6):1796-1816

Clemens S, Wodchis W, McGilton K, McGrail K, McMahon M. The relationship between quality and staffing in long-term care: A systematic review of the literature 2008–2020. Int J Nurs Stud 2021; 122:104036

Czuba KJ, Vandal AC, Czuba FM, Kayes NM. The effectiveness of peer-led interventions to improve work-related psychosocial outcomes and reduce turnover of support workers in residential aged care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud Adv* 2023; 5:100158.

Dalleur O, Boland B, Losseau C, Henrard S, Wouters D, Speybroeck N et al. Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. *Drugs Aging* 2014; 31: 291-8

Declercq IJN, Leontjevas R, Verboon P, De Vriendt P, Gerritsen DL, van Hooren S. A Bayesian network meta-analysis to explore modifying factors in randomized controlled trials: what works for whom to reduce depression in nursing home residents? *BMC Geriatr* 2024;24(1):518

de Graaf L, Janssens M, Roelofs T, Luijkx K. Substance use and misuse of older adults living in residential care facilities: a scoping review from a person-centred care approach. *Ageing & Society* 2023

Delwaide M, Marot B. Modification de l'annexe 120 : nutrition et l'incontinence. *AVIQ* ; 2024

Dely H, Verschraegen J, Steyaert J. Ik, jij, samen MENS in de praktijk. Antwerpen: EPO; 2020

Deprez L, Van Durme T, Bruyère O, Adam S. The Impact of Nursing Home Culture Change: An Integrative Review. *J Am Med Dir Assoc* 2024;25(10):105172

Derckx P. Humanisme, zinvol leven en nooit meer 'ouder worden': een levensbeschouwelijke visie op ingrijpende biomedisch-technologische levensverlenging. Brussels: ASP, VUBPRESS; 2011

Despierre, C, Importance de la formation en EHPAD, Rôle du médecin coordonnateur Illustration à partir d'un cas concret; 2007 Internet : <https://ehpad.org/wp-content/uploads/2022/02/DESPIERRE-Chantal-2007.pdf>

Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning in life: an important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? *Rehabil Psychol* 2013;58(4):334-41

Diehl-Schmid J, Kohl S, Trojan M. The DECIDE-initiative: a multi-dimensional project aiming to reduce sedative drugs of patients with dementia in long term care. *Alzheimer's & dementia* 2023;19:S20

Dienst Psychosociale Gezondheidszorg. Synthese werkgroep mobiele teams. Internet: <https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/equipes-mobiles/129-mobiele-teams>

Dispa MF. Des maisons où il fait bon vivre et travailler, le modèle TUBBE, une inspiration scandinave dans les maisons de repos et de soins. Fondation Roi Baudouin; 2019

Eaglestone G, Gkaintatzi E, Jiang H, Stoner C, Pacella R, Mc Crone P. Cost-Effectiveness of Non-pharmacological Interventions for Mild Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review of Economic Evaluations and a Review of Reviews. *Pharmacoecon Open* 2023;7(6):887–914

Edgar D, Moroney T, Wilson V. Clinical supervision: A mechanism to support person-centered practice? An integrative review of the literature. *J Clin Nurs* 2023;32(9-10):1935-51

Ekiz E, Videler AC, van Alphen SPJ. Feasibility of the Cognitive Model for Behavioral Interventions in Older Adults with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Clin Gerontol* 2022;45(4):903-14

Evrard P, Damiaens A, Patey A, Grimshaw J, Spinewine A. Barriers and enablers towards benzodiazepine-receptor agonists deprescribing in nursing homes: A qualitative study of stakeholder groups. *Explor Res Clin Soc Pharm* 2023; 9:100258

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Onderzoek naar zorgkwaliteit in woonzorgcentra. 2025

Internet: <https://dementie.be/unieke-bevraging-in-woonzorgcentra-brengt-in-kaart-hoe-bewoners-leven-wonen-en-zorg-ervaren/>

Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* 2020;20(1):129

Fiorillo A, Ventriglio A, Sampogna G, Falkai P. Innovaties in psychiatrie: challenges and future directions; *Int Rev Psychiatry* 2022:659-62

Fondation Roi Baudouin. Le modèle Tubbe, la gestion des maisons de repos et de soins basée sur la relation. 2018. Internet: <https://kbs-frb.be/fr/le-modele-tubbe-la-gestion-des-maisons-de-repos-et-de-soins-basee-sur-la-relation>

Fornaro M, Solmi M, Stubbs B, Veronese N, Monaco F, Novello S et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2020;216(1):6-15

Gabrielsson S, Tuveson H, Wiklund Gustin L, Jormfeldt H. Positioning psychiatric and mental health nursing as a transformative force in health care. *Issues Ment Health Nurs* 2020;41(11):976–84

Gebhard D, Lang L, Maier MJ, et al. Social interaction of people living with dementia in residential long-term care: an ecological momentary assessment study. *BMC Health Serv Res* 2024; 24:1640.doi:10.1186/s12913-024-12056-y

Gillis K, De Witte M, De Wit Y, Senden C, Berwouts J, Lahaye H. Effectiveness of a multimethod program to enhance nursing home caregivers' competence in psychiatric care. *Geriatric Nursing* (Under review)

Gillis K, van Diermen L, Lahaye H, De Witte M, De Wit Y, Roelant E et al. Effect of need-based care on behavioural and psychological symptoms in residents with dementia and formal caregivers' distress in nursing homes: a three-arm cluster randomized controlled trial. *Eur Geriatr Med* 2023;14(5):1083-96.

Gillis K, van Diermen L, Lips D, Lahaye H, De Witte M, Van Wiele L et al. The impact of need-based care on formal caregivers' wellbeing in nursing homes: A cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2024; 150:104654

Gillis K, Van Herbruggen H, De Witte M, Baeck L, Van Bogaert MEB, Lahaye H et al. Prevalence of psychiatric vulnerability and neurocognitive disorders in nursing homes: impact on care levels. *Eur Geriatr Med* 2025;16:771–80

Gilster SD, Boltz M, Dalessandro JL. Long-Term Care Workforce Issues: Practice Principles for Quality Dementia Care. *Gerontologist* 2018;58(suppl\_1):S103-S13

Gramaglia C, Gattoni E, Marangon D, Concina D, Grossini E, Rinaldi C et al. Non-pharmacological Approaches to Depressed Elderly With No or Mild Cognitive Impairment in Long-Term Care Facilities. A Systematic Review of the Literature. *Front Public Health* 2021; 16:9:685860

Groenvynck L, Khemai C, de Boer B, Beaulen A, Hamers JPH, van Achterberg T et al. The perspectives of older people living with dementia regarding a possible move to a nursing home. *Aging Ment Health* 2023;27(12):2377-85

Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry* 2020;42(6):657-72

Harper AE, Rouch S, Leland NE, Turner RL, Mansbach WE, Day CE et al. A Systematic Review of Tools Assessing the Perspective of Caregivers of Residents With Dementia. *J Appl Gerontol* 2022;41(4):1196-1208

Haunch K, Thompson C, Arthur A, Edwards P, Goodman C, Hanratty B et al. Understanding the staff behaviours that promote quality for older people living in long term care facilities: A realist review. *Int J Nurs Stud* 2021; 117:103905

Hayward JK, Gould C, Palluotto E, Kitson E, Fisher ER, Spector A. Interventions promoting family involvement with care homes following placement of a relative with dementia: A systematic review. *Dementia (London)* 2022;21(2):618-47

HGR - Hoge Gezondheidsraad. Digitale interventies en apps voor geestelijke gezondheid. Brussel: HGR; 2024. Advies nr. 9745.

Hodroj B, Way KA, Scott TL, Wright AL, Manchha A. Does Context Count? The Association Between Quality of Care and Job Characteristics in Residential Aged Care and Hospital Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontologist* 2023;63(6):1012-27

Holden RJ, Carayon P, Gurses AP, Hoonakker P, Hundt AS, Ozok AA et al. SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. *Ergonomics* 2013; 56:1669–86

Horton M, Dixon J, Turi E, Balusu C, Paikoff R, Maier CB et al. Advanced Practice Nurses in Primary Care and Their Impact on Health Service Utilisation, Costs and Access Globally: A Scoping Review. *J Clin Nurs* 2025;34(5):1592-1601

Hsu MC, Venturato L, Moyle W, Creedy D. Mental health knowledge in residential aged care: a descriptive review of the literature. *Contemp Nurse* 2004;17(3):231-9

Huber M, Jund HP, van den Brekel-Dijkstra K. Positive health in primary care, the dutch example. 2021

Hui EK, Tischler V, Wong GHY, Lau WYT, Spector A. Systematic review of the current psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36(9):1313-29

Isa AK. Exploring digital therapeutics for mental health: AI-driven innovations in personalized treatment approaches. *World Journal of Advanced Research and Reviews* 2024;24(03): 2733-49

Jacobs N, Van Cauwenberg J, Van Dyck D, Veitch J, Teychenne M, Deforche B. Urban environment perceptions and mental well-being in Belgian older adults: differences across neighborhood income levels. *Health Promot Internat* 2025;40(3):daaf066

Jones C, Liu F, Murfield J, Moyle W. Effects of non-facilitated meaningful activities for people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *Geriatr Nurs* 2020;41(6):863-71

Joshaghani N, Villa N, Badla O, Goit R, Saddik SE, Dawood SN et al. How Residing in a Long-Term Care Facility Affects Suicidal Risk in Patients With Dementia: A Systematic Review. *Cureus* 2022;14(8): e27858

Kalánková D, Žiaková K, Kuručová R. Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care – A literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2019;10(1):1005–1016

KCE Belgian Health Care Knowledge Centre. Performance of the Belgian health system – Report 2024. KCE Report 376c. 2024. Internet: <https://kce.fgov.be/en/performance-of-thebelgian-health-system-report-2024>

KCE Belgian Health Care Knowledge Centre. Seamless care with regard to medications between hospital and home. KCE Report 131c. 2010. Internet: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce\\_131c\\_seamless\\_care.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_131c_seamless_care.pdf)

Kejžar A, Rihter L, Sajovic J, Drevenšek G. Nutrition and Congruent Care Improve Wellbeing of Residents With Dementia in Slovenian Care Homes. *Front Nutr* 2022; 9:796031

Kim H, Kim SJ, Kim MS, Choi JE, Chang SO. Guide Map for Preserving Remaining Ability of Nursing Home Residents With Physical-Cognitive Functional Decline. *J Contin Educ Nurs* 2017;48(2):73-80

Koch J, Amos JG, Beattie E, Lautenschlager NT, Doyle C, Anstey KJ et al. Non-pharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in residential aged care settings: An umbrella review. *Int J Nurs Stud* 2022; 128:104187

Komici K, Guerra G, Addona F, Fantini C. Delirium in Nursing Home Residents: A Narrative Review. *Healthcare (Basel)* 2022;10(8):1544

Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Rol van de apotheker in de gezondheidszorg. 2017. Brussel: KAGB; 2017.

Le Brun T. L'approche Carpe Diem en EHPAD. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Geriatrie* 2016;16(91):3-10

Leino HM, Hurmerinta L, Sandberg B, Menzfeld M. No place like home – Or is there? Extended transformational potential of nursing homes during vital conjunctures. *J Clin Nurs* 2023;32:2854–66

Liu Z, Yang F, Lou Y, Zhou W, Tong F. The Effectiveness of Reminiscence Therapy on Alleviating Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Review. *Front Psychol* 2021; 17:12:709853

Lien YY, Lin HS, Lien YJ, Tsai CH, Wu TT, Li H et al. Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. *Psychol Health* 2021; 36(6):669–84

Lingum NR, Sokoloff LG, Meyer RM, Gingrich S, Sodums DJ, Santiago AT et al. Building Long-Term Care Staff Capacity During COVID-19 Through Just-in-Time Learning: Evaluation of a Modified ECHO Model. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(2):238-244.e1

Luo H, Lou VW, Chen C, Chi I. The Effectiveness of the Positive Mood and Active Life Program on Reducing Depressive Symptoms in Long-Term Care Facilities. *Gerontologist* 2020; 60(1):193-204

Maex J, Van Diermen L, Gillis K, Lahaye H, De Witte M, Belge JB et al. Psychotropic polypharmacy among Belgian nursing home residents with mild to moderate dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2025; 26:105796

Mallentjer M. A sense of home. Samen bouwen aan een nieuwe thuis. AP Hogeschool Antwerpen. 2018

Mao W, Qi X, Chi I, Wichinsky L, Wu B. Technology-Based Interventions to Address Social Isolation and Loneliness Among Informal Dementia Caregivers: A Scoping Review. *J Am Med Dir Assoc* 2023; 24(11):1700-1707.2023; 24(11):1700-07

Masse M, Meire P. L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012;10(3):333-41

Maynard A, Stilgoe J. The Ethics of Nanotechnology, Geoengineering, and Clean Energy. Chapter "Developing a framework for responsible innovation". Routledge; 2017. p. 1568-80

McDermid J, Da Silva MV, Williams G, Khan Z, Corbett A, Ballard C. A Randomized Controlled Trial of a Digital Adaptation of the WHELD Person-Centered Nursing Home Training Program. *J Am Med Dir Assoc* 2022;23(7):1166-70

Mc Dermid J, Henley W, Corbett A, Williams G, Fossey J, Clare L et al. Impact of the iWHELD digital person-centered care program on quality of life, agitation and psychotropic medications in people with dementia living in nursing homes during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Alzheimer Dement* 2024;20(3):1797-806

McDonald EG, Lundby C, Thompson W, Boyd C, Farrell B, Gagnon C et al. Reducing potentially inappropriate polypharmacy at a national and international level: the impact of deprescribing networks. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2024;17(5-6):433-40

Mei Lin T, Jasmine T, Daniel W. Exploring The Relationship Between Nutrition and Mental Health: A Systematic Review. *International Journal of Health and Medicine* 2024;1(1):13–17

Mesas-Fernández J, Tous-Pallares J, Espinoza-Díaz IM. Systematic review in relation to support of diversity in nursing homes. *Front Aging* 2024; 24:5:1389610

Ellenbrook's I, Raban MZ, Seaman K, Westbrook J. Therapy-based allied health delivery in residential aged care, trends, factors, and outcomes: a systematic review. *BMC Geriatric* 2022;22(1):712

Mileski M, Pannu U, Payne B, Sterling E, McClay R. The Impact of Nurse Practitioners on Hospitalizations and Discharges from Long-term Nursing Facilities: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)* 2020;8(2):114

Millar RJ, Diehl C, Blake E, Fakie O, Kusmaul N. Nursing Home Characteristics and Resident Quality of Care Outcomes: A Scoping Review of Recent Empirical Research. *Journal of Long Term Care* 2024

Moenke L, Handley M, Goodman C. The Influence of Care Home Managers' Leadership on the Delivery of Person-Centred Care for People Living with Dementia: A Systematic Review. *Journal of Nursing Management* 2023

Mohr W, Rädke A, Afi A, Edvardsson D, Mühlichen F, Platen M et al. Key Intervention Categories to Provide Person-Centered Dementia Care: A Systematic Review of Person Centered Interventions. *J Alzheimer Dis* 2021;84(1):343-66

Moreno-Morales C, Calero R, Moreno-Morales P, Pintado C. Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)* 2020; 7:160

Munkeby H, Moe A, Bratberg G, Devik SA. 'Ethics Between the Lines' – Nurses' Experiences of Ethical Challenges in Long-Term Care. *Glob Qual Nurs Res* 2022; 8:23333936211060036

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies van de permanente werkgroep psychiatrie betreffende de medische activiteiten in de mobiele equipes van de projecten art. 107 (ref. NRZV/D/PSY/450-3). Brussel; 2015. Internet: [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2015\\_10\\_08\\_-\\_nrzv\\_d\\_450-3\\_-\\_advies\\_art\\_107\\_-\\_synthese\\_-\\_overmakingsbrief.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2015_10_08_-_nrzv_d_450-3_-_advies_art_107_-_synthese_-_overmakingsbrief.pdf)

Ngamwongwiwat B, Kongsuwan V, Songwathana P. Interventions for Improving Mental Health and Quality of Life of Older Adults with Mental Illness in Long-term Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2023; 27:4

Noël, JL. Les fondamentaux du travail en EHPAD. 2024. érès. <https://shs.cairn.info/les-fondamentaux-du-travail-en-EHPAD--9782749281186?lang=fr>.

Nolan MR, Davies S, Brown J, Keady J, Nolan J. Beyond 'person-centered' care: A new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs* 2004; 13:45–53

Octary T, Fajarini M, Arifin H, Chen R, Sung CM, Chang LF et al. Multisensory stimulation reduces neuropsychiatric symptoms and enhances cognitive function in older adults with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Prev Alzheimer Dis* 2025;12(5):100091

Ojha AK. Technological Innovations in Mental Health: Enhancing Access and Affordability for Improved Well-Being. *Journal of Mental Health Issues and Behavior* 2023;3: 5-11

O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Ger Med* 2023,14: 625-32

Orth J, Li Y, Simning A, Temkin-Greener H. Severe behavioral health manifestations in nursing homes: Associations with service availability? *J Am Geriatr Soc* 2020;68(11):2643–49

Palmer JA, Smith AM, Paasche-Orlow RS, Fitchett G. Research Literature on the Intersection of Dementia, Spirituality, and Palliative Care: A Scoping Review. *J Pain Symptom Manage* 2020;60(1):116-34

Pedersen JE, Eide H, Sandsleth MG, Taylor I, Førsvund LH. Advanced Practice Nurses' Roles and Responsibilities in Advance Care Planning for Older Persons—A Mixed Methods Systematic Review *J Adv Nurs* 2025;81(10):6224-49

Perehudoff K, Azermai M, Wauters M, Van Acker S, Versluys K, Steeman E et al. The psychotropic education and knowledge test for nurses in nursing homes: striving for PEAK performance. *Aging Ment Health* 2016; 20:1182-9

Perruchoud E, Weissbrodt R, Verloo H, Fournier CA, Genolet A, Rosselet Amoussou J et al. The Impact of Nursing Staffs' Working Conditions on the Quality of Care Received by Older Adults in Long-Term Residential Care Facilities: A Systematic Review of Interventional and Observational Studies. *Geriatrics (Basel)* 2021;7(1):6

Petrovic M, Gnjidic D, Tommelein E, Boussey K. Pharmacotherapy. In: Roller-Wirnsberger R, Singler K, Polidori MC (eds). *Learning Geriatric Medicine: A Study Guide for Medical Students* (pp. 219-235). Switzerland: Springer International Publishing AG; 2018

Petrovic M, Somers A, Marien S, Spinewine A. Optimization of drug use in older people – a key factor for successful aging. In: Fernandez-Ballesteros R, Benetos A, Robine J, eds. *The Cambridge Handbook of Successful Aging*. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom;2019:237-62

Pétein C. Promoting benzodiazepines and Z-drugs deprescribing in the community setting: adapting tools to better engage older adults and healthcare professionals. UCL; 2024

Plant LD, White JH. Emergency room psychiatric services: A qualitative study of nurses' experiences. *Issues Ment Health Nurs* 2013 ; 34(4): 240–8

Plault M, Xing-Bongioanni J. Regard critique sur la réforme de la formation des aides-soignantes : le cas des Ehpad. *Soins Cadres* 2022;31(140):14-16

Poels J, Verschueren M, Milisen K, Vlaeyen E. Leadership styles and leadership outcomes in nursing homes: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1):1009

Poulet C, Loffeier I, Stavrou S. Humaniser le soin aux personnes âgées ? Réponses transnationales du marché de la formation continue. *Sociologie du travail* 2021; 63:4

Ramos K, Shepherd-Banigan M, McDermott C, McConnell ES, Raman SR, Chen D et al. Health Care Team Interventions to Reduce Distress Behaviors in Older Adults: Systematic Review. *Clin Gerontol* 2024;47(5):730-45

Raviola G, Naslund JA, Smith SL, Patel V. Innovative Models in Mental Health Delivery Systems: Task Sharing Care with Non-specialist Providers to Close the Mental Health Treatment Gap. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(6):44

Rijnaard MD, van Hoof J, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A et al. The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *J Aging Res* 2016; 2016:6143645

Sabbe. Focusing on residents in nursing homes. Doctoral thesis, Universiteit Antwerpen 2025  
Internet: <https://repository.uantwerpen.be/docstore/d:irua:27349>

Sánchez-Martínez I, Celdrán M, Jerez-Roig J. Now I Understand You: Changes in the Communication of Professionals in Nursing Homes After Receiving Training in the Validation Method. *J Contin Educ Nurs* 2023; 54(4):157-168

Schmüdderich K, Kiwitt J, Palm R, Roes M, Holle B. Core elements and potential of nurse-led care models in residential long-term care: A scoping review. *J Clin Nurs* 2023;32(9-10):1858-84

Seeman N, Tang S, Brown AD, Ing A. World survey of mental illness stigma. *J Affect Disord* 2016; 190:115–21

Senden C, Gillis K. Rapport interviews knelpunten ouderen met een psychiatrische kwetsbaarheid in wzc. PWO professionaliseren en ondersteunen van zorgverleners in wzc in het omgaan met bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid. 2022a. Odisee hogeschool, Sint-Niklaas.

Senden C, Gillis K. Verslag deskresearch professionaliseringsaanbod psychiatrie voor zorgverleners in wzc. PWO professionaliseren en ondersteunen van zorgverleners in wzc in het omgaan met bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid. 2022b. Odisee hogeschool, Sint-Niklaas.

Shakil S, Ghosh J, Singh K, Chaudhury SR. Comparative analysis of nutritional status among institutionalised and community-dwelling elderly women and its association with mental health status and cognitive function. *J Family Med Prim Care*. Aug 2024;13(8):3078–3083

Shapoval V, de Saint Hubert M, Evrard P, Sibille FX, Aubert C, Bolt L et al. Barriers to deprescribing benzodiazepines in older adults in a survey of European Physicians. *JAMA Netw Open* 2025;8: e2459883

Sorrentino M, Fiorilla C, Mercogliano M, Esposito F, Stilo I, Affinito G et al. Technological interventions in European dementia care: a systematic review of acceptance and attitudes among people living with dementia, caregivers, and healthcare workers. *Sec Neurotechnology* 2024; 15:1474336

Spinewine A, Byrne S, Dalleur O. The role of pharmacists in optimising drug therapy. In: Cherubini A, Mangoni AA, O'Mahony D, Petrovic M (eds). *Optimizing Pharmacotherapy in Older Patients. Practical Issues in Geriatrics*. Springer 2023

Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane K, Swine C et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet* 2007; 370:173-84

Strauven G, Anrys P, Vandael E, Henrard S, De Lepeleire J, Spinewine A et al. Cluster-Controlled Trial of an Intervention to Improve Prescribing in Nursing Homes Study. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20:1404-11

Sturge J, Janus S, Zuidema S, Frederiks B, Schweda M, Landeweer E. The Moral and Gender Implications of Measures Used to Modulate the Mobility of People With Dementia Living in Residential Care Environments: A Scoping Review. *Gerontologist* 2024;64(4): gnad071

Subrata SA, Abdelaal HM, Abd-Elrazek MN. Innovation in mental health services: Where are we now? *Innovation in Health for Society* 2024;4(2):60-8

Tasseron-Dries PEM, Smaling HJA, Nakanishi M, Achterberg WP, van der Steen JT. What are best practices for involving family caregivers in interventions aimed at responsive behaviour stemming from unmet needs of people with dementia in nursing homes: a scoping review. *BMJ Open* 2023;13(12): e071804

Thennakoon S, Ang SGM, Traynor V, Strickland K. An Integrative Review of Specialised Nursing Career Frameworks to Develop a Nursing Career Framework for Registered Nurses Working in Aged Care. *J Adv Nurs* 2025 Aug;81(8):4447-64

Tommelein E, Petrovic M, Somers A, Mehuys E, van der Cammen T, Boussery K. Older patients' prescriptions screening in the community pharmacy: development of the Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP3S) tool. *J Pub Health* 2016; 38:e158-70

Tousignant-Laflamme Y, Tousignant M, Lussier D, Lebel P, Savoie M, Lalonde L et al. Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain Res Manag* 2012;17(5):341-6

Tsai YIP, Beh J, Ganderton C, Pranata A. Digitale interventies voor gezond ouder worden en cognitieve gezondheid bij oudere volwassenen: een systematische review van mixed method studies en meta-analyse. *BMC Geriatrie* 2024; 24(1):217

Tuinman A, De Greef MHG, Finnema EJ, Roodbol PF. A systematic review of the association between nursing staff and nursing-sensitive outcomes in long-term institutional care. *J Adv Nurs* 2021;77(8):3303-16

Turner J, Hill A. Implementing clinical supervision (part 1): a review of the literature. *Mental Health Nursing* 2011;31(3): 8-12

Tyerman J, Patovirta AL, Celestini A. How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. *Issues Ment Health Nurs* 2021;42(2):153–163

VAD – Vlaams expertisecentrum alcohol en andere drugs. Psychofarmaca in woonzorgcentra: samen op weg naar minder. 2018: <https://vad.be/catalogus/psychofarmaca-in-woonzorgcentra-samen-op-wegnaar-minder/>

Vaghee S, Lotfabadi MK, Salarhaji A, Vaghei N, Hashemi BM. Comparing the effect of contact-based education with acceptance and commitment training on destigmatization toward psychiatric disorders in nursing students. *Iran J Psychiatry* 2018;13(2):119-27

Van Bogaert P, Clarke S. The Organizational Context of Nursing Practice: Concepts, Evidence, and Interventions for Improvement. Chapter "Future steps in practice and research". Springer Nature; 2017. p. 297-307

van der Cingel M. Compassion: the missing link in quality of care. *Nurse Educ Today* 2014;34(9):1253-7

Van der Cingel M, Brouwer J. What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nurs Philos* 2021; 22(2): e12343

Vander Elst M. Rapport d'activités 2023. Senoah ASBL Senior Observatoire Accompagnements Habitats; 2024. Internet: <https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2024/06/Rapport-dactivites-2023-News-letter.pdf>

van der Geugten W, Goossensen A. Dignifying and undignifying aspects of care for people with dementia: a narrative review. *Scand J Caring Sci* 2020;34(4):818-38

Van der Linden L, Hias J, Liesenborghs A, Walgraeve K, Van Brantegem P, Hellemans L et al. The impact of a pharmacist intervention on post-discharge hypnotic drug discontinuation in geriatric inpatients: a before-after study. *BMC Geriatr* 2023; 23:407

Vander Stichele R, Van de Voorde C, Elseviens M, Verrue C, Soenen K, Smet M et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. KCE-reports Vol 47A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006

Van de Velde I, Muilenburg A. Co-creating a CASCADE based facility. An innovative approach to maximise independence and quality of life in community based dementia care. HZ University of Applied Sciences. 2023

Vermeulen T, Borghs AM, Pieters A, Dirickx S, Sels J, Van den Broeck K. Anticholinerge lading bij oudere volwassenen in een woonzorgcentrum: een pilootonderzoek. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2024; 55:2-15

Vermeulen T, Borghs AM, Sels J, Meersmans K, Dirickx S, Annemans M et al. PRECEDE nurse-led protocol for resident centered deprescribing: results from a one-year pilot on anticholinergic and sedative load, falls and hospitalizations. *J Geriatr Nurs* 2025; submitted

Vermeulen T, Van den Broeck K, Annemans M, Sturge J. Features of the home environment that impact depression and anxiety in older adults: A Scoping Review: in preparation

Vleminckx S, Van Bogaert P, De Meulenaere K, Willem L, Haegdorens F. Factors influencing the formation of balanced care teams: the organisation, performance, and perception of nursing care teams and the link with patient outcomes: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research* 2024; 24:1129

Wallex. Annexe 120: Normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins. 2019. Internet: [https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/Annexe\\_120.pdf](https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/Annexe_120.pdf)

Wauters M, Elseviens M, Peeters L, De Meester D, Christiaens T, Petrovic M. Reducing Psychotropic Drug Use in Nursing Homes in Belgium: An Implementation Study for the Roll-Out of a Practice Improvement Initiative. *Drugs Aging* 2019; 36:769-80

Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JL, Van der Molen HT, Jacobs ME, Abels DC et al. Training medical specialists in communication about medically unexplained physical symptoms: Patient outcomes from a randomized controlled trial. *PLoS One* 2015;10(9): e0138342.

WHO – World Health Organization. Mental health problems: The undefined and hidden burden. 2012

WHO – World Health Organization. Behavioural Science for better health. 2023. Internet: <https://www.who.int/initiatives/behavioural-sciences>

WHO – World Health Organization. Global burden of preventable medication-related harm in health care: A systematic review. 2023. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376203/9789240088887-eng.pdf>

Wuthrich VM, Meuldijk D, Jagiello T, Robles AG, Jones MP, Cuijpers P. Efficacy and effectiveness of psychological interventions on co-occurring mood and anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36(6):858-72

Zolnierek CD, Clingerman EM. A medical-surgical nurse's perceptions of caring for a person with severe mental illness. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2012;18(4):226–35

Zonneveld N, Pittens C, Minkman M. Appropriate leadership in nursing home care: a narrative review. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)* 2021; ahead-of-print(ahead-of-print):16-36.

## VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experts is beschikbaar op de website van de HGR: [wie zijn we?](#).

Al de experts hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experts hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **PETROVIC Mirko** en het wetenschappelijk secretariaat door GERARD Sylvie.

<b>AGRIGOROEI Stefan</b>	Psychologie	UCLouvain
<b>CALMEYN Marc</b>	Psychiatrie, psychotherapie	Privépraktijk
<b>CORNIL Isabelle</b>	Psychologie	
<b>ENGELBORGHES Sebastiaan</b>	Neurologie, neurologische revalidatie en klinische farmacologie	UZ Brussel, VUB
<b>FANTINI Carole</b>	Psychologie	ULB
<b>GILLIS Katrin</b>	Neuroverpleegkunde	UAntwerpen, Odisee
<b>LAGUESSE Renaud</b>	Psychologie	CRÉSAM
<b>LAMY Dominique</b>	Huisartsgeneeskunde	UCL
<b>NOBELS Anne</b>	Ouderenpsychiatrie	UZ Gent
<b>PETROVIC Mirko</b>	Geriatric en klinische farmacologie	UZ Gent / UGent
<b>SALMON Eric</b>	Neurologie	ULiège
<b>TAYMANS Anne</b>	Psychomotorische therapie	
<b>VAN BOGAERT Peter</b>	Verpleegkunde en organisatie van zorg	UAntwerpen
<b>VAN DE VEN Luc</b>	Psychologie	UPC KU Leuven
<b>VAN DIERMEN Linda</b>	Psychiatrie	UAntwerpen
<b>VAN LEEUWEN Ellen</b>	Huisartsgeneeskunde en klinische farmacologie	UGent
<b>VANCAMPFORT Davy</b>	Kinesitherapie	KU Leuven
<b>VERMEULEN Tom</b>	Huisartsgeneeskunde, geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijns	UAntwerpen
<b>VERSCHRAEGEN Jurn</b>	Sociale verpleegkunde	Expertisecentrum Dementie

De volgende experts werden gehoord maar waren niet betrokken bij de goedkeuring van het advies.

<b>ADAM Stéphane</b>	Psychologie	ULiège
<b>GILLES Christian</b>	Psychogériatrie	Centre Hospitalier de l'Ardenne

De permanente werkgroep Geestelijke Gezondheid heeft het adviesrapport nagelezen. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Olivier LUMINET** en **Frieda MATTHYS** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD

<b>CARBONNELLE Sylviane</b>	Volksgezondheid	SOS Burn-out Belgique
<b>DELATTE Benoit</b>	Psychiatrie	Le Beau Vallon
<b>DELESPAUL Philippe</b>	Psychologie	Maastricht University
<b>GERAIN Pierre</b>	Psychologie	ULB
<b>GODDERIS Lode</b>	Arbeidsgeneeskunde	KULeuven
<b>KIRKHOVE Patricia</b>	Huisartsgeneeskunde	CHJT
<b>LUMINET Olivier</b>	Psychologie	UCLouvain
<b>PEERSMAN Wim</b>	Sociologie/Medische wetenschappen	Odisee
<b>RESIBOIS Maxime</b>	Psychologie	CRÉSAM

## Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de *pool* van benoemde experts). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website ([www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be).