FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

HOE WORDT DE OVERGANG VAN DE THUISSETTING NAAR EEN WOONZORGCENTRUM ERVAREN? WAT ZIJN HIERIN DE GROOTSTE DREMPELS EN HOE KAN DE HUISARTS HIER EEN ROL IN SPELEN?

EEN KWALITATIEVE ANALYSE VAN 15 DIEPTE-INTERVIEWS

Seppe Bomeré & Femke Debaene

Stamnummer: 01710474 Stamnummer: 01710900

Promotor: Prof. dr. Peter Pype
Copromotor: Dr. Fien Mertens

Masterproef voorgelegd in het kader tot het behalen van de graad Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2023-2026

UNIVERSITEIT GENT

Dankwoord

Deze masterproef markeert het definitieve slotstuk van onze opleiding tot huisarts. Na zes jaar basisopleiding en drie jaar verdieping in de huisartsgeneeskunde kunnen we met trots zeggen dat onze passie voor dit vak alleen maar is gegroeid. Hoewel de afgelopen periode druk en intensief was, kijken we vooral terug op een zeer leerrijke tijd. De kennis die we hebben opgedaan, helpt ons hopelijk om uit te groeien tot betrokken artsen die zorg dragen voor anderen met het hart op de juiste plek.

Graag maken we van de gelegenheid gebruik om een aantal mensen te bedanken. Zonder hun steun, tijd en vertrouwen was het ons niet gelukt om dit werk te voltooien.

Allereerst willen we de geïnterviewde deelnemers bedanken die hun ervaringen tijdens een intensieve periode uit hun leven wilden delen.

Uiteraard willen we elkaar ook bedanken voor de fijne samenwerking. Hoewel we al vroeg wisten dat we dit project samen wilden aanpakken, hadden we niet durven dromen dat het proces zo vlot zou verlopen.

Daarnaast danken we onze promotor, Prof. Dr. Peter Pype. Hij gaf ons de ruimte om ons tweeënhalf jaar lang te verdiepen in een relevant onderwerp binnen ons vakgebied. Dankzij zijn deskundige feedback en kritische blik hebben we veel geleerd over wetenschappelijke rapportage. We waarderen de tijd die hij heeft geïnvesteerd om ons zowel inhoudelijk als procesmatig te begeleiden.

Ten slotte gaat onze dank uit naar onze partners, familie en vrienden voor hun voortdurende steun en wijsheid. In het bijzonder danken we onze ouders, die ons de mogelijkheid gaven om te studeren en ons door elke fase van dit proces hebben geloodst. Hun begrip en aanmoediging zijn voor ons van onschatbare waarde geweest.

Voor u ligt het resultaat van tweeënhalf jaar toewijding en hard werk. We hopen dat onze inzet in deze tekst voelbaar is.

Seppe Bomeré & Femke Debaene, Aalter, 01/05/2026

Inhoudsopgave

1 ABSTRACT 6

2 INLEIDING 7

3 METHODOLOGIE 9

3.1 STUDIEOPZET – METHODOLOGIE 9
3.1.1 Design ... 9
3.1.2 Deelnemers ... 9
3.1.3 Inclusie- en exclusiecriteria ... 9
3.1.4 Setting ... 10
3.1.5 Rekrutering ... 10
3.1.6 Datacollectie ... 11
3.1.7 Data-analyse ... 11
3.1.8 Ethische overwegingen ... 11
3.2 SCHRIFTELIJKE EN MONDELING TOELICHTING 12
3.3 GEGEVENSVERWERKING 12
3.4 GEBRUIK VAN ARTIFICIËLE INTELLIGENTIE 12

4 RESULTATEN 12

4.1 GEGEVENS DEELNEMERS 12
4.2 BESLISSING VAN DE VERHUIS 13
4.2.1 Waarom een verhuis nodig werd ... 13
4.2.2 De beslissing: een gedeeld proces of net niet ... 13
4.2.3 De stem van de bewoner ... 14
4.3 POSITIEVE FACTOREN IN VERBAND MET DE VERHUIS 14
4.3.1 Wijze waarop de verhuis tot stand kwam ... 14
4.3.2 Determinanten voor een vlotte verhuiservaring ... 15
4.3.3 Emotionele beleving bij de verhuis ... 15
4.4 POSITIEVE FACTOREN IN HET WOONZORGCENTRUM 15
4.4.1 Sociale en relationele factoren ... 15
4.4.2 Organisatie van de zorg in het woonzorgcentrum ... 16
4.4.3 Infrastructuur en woonomgeving in het woonzorgcentrum ... 16
4.5 NEGATIEVE FACTOREN IN VERBAND MET DE VERHUIS 17
4.5.1 Context waarin de verhuis plaatsvond ... 17
4.5.2 Praktische en organisatorische drempels ... 17
4.5.3 Emotionele beleving van de verhuis ... 18
4.6 NEGATIEVE FACTOREN IN HET WOONZORGCENTRUM 18
4.6.1 Verlies van vrijheid en autonomie ... 18
4.6.2 Sociale en relationele moeilijkheden ... 19
4.6.3 Omgevings- en bejegeningselementen ... 19
4.7 ROL VAN DE HUISARTS TIJDENS BESLISSINGSPROCES 19
4.7.1 Betrokkenheid van de huisarts na de verhuis ... 20
4.7.2 Wens tot een grotere rol van de huisarts ... 20

5 DISCUSSIE 20

5.1 DE VERHUIS NAAR EEN WOONZORGCENTRUM ALS INGRIJPENDE LEVENSOVERGANG 20
5.1.1 De verhuis als proces: voorbereiding, timing en praktische organisatie ... 20
5.1.2 Begin van het laatste hoofdstuk, een onvermijdelijk kantelpunt ... 21
5.2 EMOTIONELE BETEKENIS VAN DE VERHUIS: VERLIES, ROUW EN INPERKING VAN VRIJHEID 21
5.2.1 Cumulatie van verlies: de verhuis als onderdeel van een breder rouwproces ... 21
5.2.2 Het materiële verlies als identiteitscrisis ... 22
5.3 NOODZAAK VERSUS KEUZE IN HET BESLISSINGSPROCES 22
5.3.1 De verhuis als noodzakelijke beslissing in crisissituaties ... 22
5.3.2 Keuzevrijheid binnen een beperkt keuzekader ... 22
5.3.3 Tijd als bepalende factor in het beslissingsproces ... 22

5.3.4 Aanleidingen tot verhuis: zorgnood, veiligheid en verlies van vertrouwde context *23*
5.3.5 Onuitgesproken wensen vóór de crisisfase *23*
5.4 AUTONOMIE EN GEDEELDE BESLUITVORMING VANUIT BEWONERSPERSPECTIEF 24
5.4.1 De contextualisering van autonomie *24*
5.4.2 Relationele autonomie *24*
5.4.3 Het participatiespectrum *24*
5.5 HET WOONZORGCENTRUM ALS NIEUWE LEEFWERELD: VEILIGHEID, STRUCTUUR EN SOCIALE RELATIES 25
5.5.1 De veiligheid van het woonzorgcentrum versus de rigiditeit van de structuur *25*
5.5.2 Sociale heroriëntatie: van eenzaamheid naar nieuwe verbindingen? *25*
5.6 DE (BEPERKTE) ROL VAN DE HUISARTS 27
5.6.1 De huisarts: ervaren afwezigheid en gemist potentieel *27*
5.6.2 Zorgcontinuïteit na verhuizing: somatische dominantie versus psychosociaal welbevinden *27*
5.6.3 De gedwongen artsenwissel: Een breuk in continuïteit en zorgkwaliteit *27*
5.7 KRITISCHE OVERWEGING IN DE METHODOLOGIE EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK 28

6 BRONNEN 29

7 BIJLAGEN 32

7.1 BIJLAGE 1: FLYER 32
7.2 BIJLAGE 2: INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER 33
7.3 BIJLAGE 3: MAIL TER REKRUTERING VAN DE HOOFDVERPLEEGKUNDIGE 41
7.4 BIJLAGE 4: VRAGENLIJST SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS 42

1 Abstract

Inleiding:
De stijgende levensverwachting en de complexere zorgbehoeften zorgen ervoor dat steeds meer ouderen naar een woonzorgcentrum (WZC) verhuizen. Deze transitie wordt in de literatuur vaak beschreven als een uiterst stressvolle en emotionele periode, die vaak plaatsvindt in een periode van crisis. Dit onderzoek focust op de beleving van deze overgang, de drempels die ouderen ervaren en de (potentiële) rol van de huisarts in dit proces.

Methodologie:
Er werd een kwalitatieve studie uitgevoerd aan de hand van vijftien semigestructureerde diepte-interviews met bewoners die maximaal drie maanden in een woonzorgcentrum verbleven. De data werden geanalyseerd via de thematische inductieve analyse.

Resultaten:
Besluitvorming: Bewoners die zelf inspraak hadden in hun verhuis, keken met meer tevredenheid terug op dit proces. Veel deelnemers gaven echter aan dat de beslissing boven hun hoofd werd genomen door familie of zorgpersoneel, wat een gevoel van machteloosheid gaf. Het abrupte karakter van de beslissing (de 'crisis-verhuis') werd als emotioneel belastend ervaren.
Beleving: Ondanks de sterke aanwezigheid van verlies en rouw, ervoeren velen ook een vorm van ‘ontlasting’ doordat praktische en administratieve zorgen wegvielen.
Rol van de huisarts: De rol van de huisarts in het verhuizingsproces bleek beperkt. De meerderheid gaf aan dat zij geen grotere rol van de huisarts wensen. Dit voelt voor hun als nog een extra partij met nog een bijkomstige mening. Wanneer bewoners verhuisden naar een woonzorgcentrum buiten het werkingsgebied van hun vaste huisarts, werd het beëindigen van deze jarenlange behandelrelatie als een significant verlies ervaren.

Conclusie: De verhuizing naar een WZC is een ingrijpend kantelpunt in het leven van de oudere. De resultaten van deze masterproef tonen aan dat het behouden van hun autonomie alsook open, en tijdige communicatie cruciale elementen zijn voor het welbevinden van de oudere. De huidige rol van de huisarts in de transitie naar het woonzorgcentrum blijkt in de praktijk beperkt. Hoewel de huisarts een vertrouwensfiguur is, gaven de meeste ouderen aan geen actieve uitbreiding van deze betrokkenheid te wensen. Een verschuiving naar proactieve zorgplanning en persoonsgerichte zorg kan de overgang in de toekomst verder faciliteren.

2 Inleiding

De gemiddelde leeftijd is nergens ter wereld hoger dan in Europa (1). Dit heeft als gevolg dat er steeds meer mensen verhuizen naar een woonzorgcentrum. Dit komt door meerdere factoren, waaronder een toename in levensverwachting en een stijging in het aantal ouderen met complexe zorgbehoeften, zoals dementie. Families vinden het steeds moeilijker om de zorg thuis te bieden, waardoor professionele zorg in een woonzorgcentrum noodzakelijk wordt. De periode rond de beslissing om naar een woonzorgcentrum te verhuizen wordt gekenmerkt als enorm stressvol (1-16). Het is nog vaak een taboe om hierover te praten en wordt tot het laatste moment uitgesteld, tot bijvoorbeeld een arts vertelt dat de oudere te zorgbehoevend is om thuis te blijven (11). Hierdoor is deze beslissing vaak emotioneel en onvoorbereid, terwijl deze beter rationeel en voorbereid wordt genomen. Dit geldt vooral wanneer de verhuizing vanuit het ziekenhuis plaatsvindt, omdat ouderen en hun families dan vaak het gevoel hebben dat alles in een stroomversnelling komt (11).

De overgang naar een woonzorgcentrum kan voor veel ouderen een traumatische en stressvolle ervaring zijn. De zorg die zij ontvangen, is vaak gefragmenteerd en mist een alomvattende benadering. Hierbij wordt vaak onvoldoende rekening gehouden met hun specifieke behoeften en die van hun informele zorgverleners, zoals bijvoorbeeld familie en vrienden. (2, 4, 5, 7, 8, 11, 13). De oudere en hun netwerk voelen zich onvoldoende geholpen bij het verwerken van de verhuis, die aanvoelt als een rouwproces (2, 4). Daarnaast worden ouderen vaak geconfronteerd met onzekerheden en angst. Ze voelen zich onzeker over de lange wachtlijsten voor een plek in het woonzorgcentrum, angstig voor de nakende verminderde autonomie en de toenemende afhankelijkheid. Deze bemoeilijken de overgang des te meer (2, 4, 5, 7, 9, 13-15). Het gevoel dat het woonzorgcentrum de “finale bestemming” is, versterkt deze gevoelens van angst en depressie. Dit geldt zeker wanneer de oudere vreest voor verwaarlozing of zich zorgen maakt over de veiligheid, bijvoorbeeld door het risico op ongevallen (15, 16). De persoonlijkheid en ingestelheid van de oudere kan deze drempels verder verlichten of versterken, waardoor de verhuis naar een woonzorgcentrum een zware beproeving wordt (5, 8, 9, 13).

Een andere vaak vermelde factor is eenzaamheid (6, 14). Holten en collega’s splitsen eenzaamheid zelfs op in sociale en emotionele eenzaamheid. Hun bevindingen zijn dat een transitie zorgde voor een afname van de sociale eenzaamheid bij de partners, omdat hun zorgende rol voor hun partner wegvalt. Zo komt er tijd vrij om hun sociale activiteiten terug op te nemen. De toename of afname van de sociale eenzaamheid bij de oudere was wisselend, afhankelijk van of de oudere zich ging isoleren in de nieuwe setting of eerder openbloeide naar medebewoners toe. Emotionele eenzaamheid nam meestal duidelijk toe door een gebrek aan intieme relaties en een ontoereikend sociaal netwerk, waarin nog maar weinig kwalitatieve contacten overbleven (6).

De verhuis van thuis naar een woonzorgcentrum biedt daarnaast ook verschillende positieve elementen die bijdragen aan het welzijn van de oudere. Uit verschillende studies blijkt dat een sociaal vangnet een cruciale rol speelt in de ervaring van de overgang van de thuissituatie naar een woonzorgcentrum of serviceflat (2-5, 7, 8, 10, 12, 13). Dit netwerk, bestaande uit zowel professionals als familie en kennissen, biedt niet alleen steun tijdens de verhuis zelf, maar fungeert ook als een onmisbare verbinding met de buitenwereld na de verhuis (4). Zo helpt het sociale netwerk om de overgang soepeler te laten verlopen en het contact met de vertrouwde omgeving te behouden. Flexibele bezoekuren zorgen ervoor dat de oudere gemakkelijk contact kan houden met familie en vrienden, wat het gevoel van verbondenheid

versterkt. Verhuizen naar een nabijgelegen locatie maakt het mogelijk om in de vertrouwde omgeving te blijven, terwijl de beschikbaarheid van permanente zorg een gevoel van veiligheid waarborgt (15). Daarnaast vinden ouderen en hun omgeving het belangrijk dat er bij aankomst wordt gezorgd voor een warm welkom, waarbij een thuisgevoel wordt gecreëerd door aandacht te besteden aan persoonlijke voorkeuren en routines (4).

Shared-decision-making betrekt de oudere bij belangrijke keuzes, ondersteund door duidelijke communicatie over verwachtingen en een formele kennismaking met het zorgteam (4, 5, 8, 10, 11). De zorgcoördinatie door een zorgverlener (waarbij het op heden nog niet altijd duidelijk is wie deze rol op zich moet nemen) en een goed uitgewerkt zorg- en transitieplan dragen bij aan een naadloze overgang. Hierbij is het belangrijk dat ook het thuisfront goed wordt geïnformeerd (4, 5, 7, 8, 14, 15). Het is bovendien belangrijk om vooraf een helder beeld van de kosten te schetsen (4, 12, 14). Voorlichting over de organisatiestructuur en procedures van het woonzorgcentrum helpt bij de aanpassing, terwijl geavanceerde zorgplanning, zoals wilsverklaringen of bepaalde volmachten, gemoedsrust biedt (5). Deze patiëntgerichte zorgbenadering, ondersteund door copingstrategieën en rolacceptatie, zorgt ervoor dat de oudere zich ondersteund voelt en beter kan omgaan met de veranderingen (5, 7, 13).

Een woonzorgcentrum is een plek waar ouderen met diverse achtergronden, interesses en socio-economische statussen samenwonen, vaak op een moment in hun leven waarin ze extra kwetsbaar zijn (9). De oudere moet zich plots aanpassen aan een complete nieuwe omgeving, nieuwe daginvulling en activiteiten. Dit valt niet de onderschatten. In de literatuur wordt er gewezen op de noodzaak van verder onderzoek om deze overgangsfase beter te begrijpen. In de literatuurstudie werd bovendien geen vergelijkbaar onderzoek gevonden in de Vlaamse context. De rol van de huisarts in dit proces blijft eveneens onderbelicht en verdient nadere studie. Om de overgang naar een woonzorgcentrum voor hen zo soepel mogelijk te laten verlopen, is verder onderzoek nodig naar de obstakels en ervaringen die ze tijdens deze transitie tegenkomen. In kader van verder onderzoek hopen we met deze masterproef een inzicht te krijgen in de ervaringen tijdens een transitie naar het woonzorgcentrum en wat de rol van de huisarts hierin kan zijn.

3 Methodologie

3.1 Studieopzet – methodologie

3.1.1 Design

Er werden semigestructureerde face-to-face interviews uitgevoerd met personen die recent naar een WZC/service-flat zijn verhuisd.

3.1.2 Deelnemers

Personen die recent naar een WZC/service-flat zijn verhuisd.

3.1.3 Inclusie- en exclusiecriteria

Specifiekere inclusie- en exclusiecriteria voor onze deelnemers worden hieronder in detail besproken.

Inclusiecriteria	**Exclusiecriteria**
De bewoners werden binnen drie maanden na de daadwerkelijke verhuisdatum geïnterviewd	Een diagnose van alzheimer, vasculaire dementie of Lewy-body-dementie, waarbij een zorgprofessional oordeelde dat de cognitieve achteruitgang te vergevorderd is voor deelname
Geen leeftijdscriterium	Ernstige communicatie- of gehoorproblemen
Deelnemende bewoners dienden rechtstreeks vanuit een thuissituatie te verhuizen - Bewoners die rechtstreeks van een ziekenhuissetting, kortverblijf of revalidatiecentrum komen als ze voordien nog thuis woonden inclusief	Terminale leefsituatie
Variatie op basis van - Met/zonder partner - Nabijheid van kinderen - Bepaalde vorm van zelfstandigheid in alledaagse activiteiten	

Tabel 1: inclusie- en exclusiecriteria

3.1.4 Setting

Rekrutering werd georganiseerd in drie verschillende Vlaamse woonzorgcentra nabij de huisartsenpraktijken waar de twee huisartsen-in-opleiding (HAIO's) hun opleiding volgden. Afdelingen waar bewoners woonachtig zijn die voldoen aan de inclusiecriteria, werden bevraagd als zij interesse hadden om mee te doen.

3.1.5 Rekrutering

De rekrutering werd gestart vanaf de goedkeuring van de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent en liep tot augustus 2025. Deze verliep op twee manieren 1) via een flyer en 2) via de hoofdverpleegkundige (met inbreng van andere zorgverleners) van het woonzorgcentrum van de verschillende afdelingen.

3.1.5.1 Flyer

Een flyer werd ontwikkeld voor het rekruteren van deelnemers voor de studie. Deze werd op verschillende afdelingen van woonzorgcentra nabij de praktijken verspreid. Bij interesse konden de ouderen een onderzoeker contacteren via e-mail of telefoon. Vervolgens werd bijkomende informatie in de vorm van het informatie- en toestemmingsformulier overhandigd**.** Wanneer de oudere akkoord ging met deelname, werd een datum afgesproken voor het interview.

3.1.5.2 *Via hoofdverpleegkundige*

	Beschrijving
1.	Hoofdverpleegkundigen werden op de hoogte gebracht van de studie. Er werden flyers verdeeld op de dienst en er werd een mail met informatie verstuurd naar de hoofdverpleegkundigen van de dienst. Er werd gevraagd de studie aan te halen op een vergadering.
2.	De hoofdverpleegkundige bekeek welke bewoners in aanmerking komen aan de hand van de inclusiecriteria.
3.	De hoofdverpleegkundige contacteerde de geschikte bewoner en bevroeg de interesse voor deelname.
4.	Als de oudere informeel toestemde om mee te doen aan de studie, stuurde de hoofdverpleegkundige de contactgegevens van de patiënt door naar de onderzoeker.
5.	De onderzoeker contacteerde de oudere telefonisch of via e-mail. Door de onderzoekers werd extra info gegeven over de studie.
6.	Indien de oudere formeel toestemde aan de hand van het informed consent, legde de onderzoeker een datum en plaats (keuze voorkeur deelnemer) vast voor een interview.

Tabel 2: Stappenplan rekrutering door hoofdverpleegkundige

3.1.6 Datacollectie

De interviews werden afgenomen door de HAIO's. De locatie werd vooraf bepaald met de oudere. De interviewers stelden zich flexibel op.

3.1.7 Data-analyse

De data werd geanalyseerd in het programma *MAXQDA* volgens thematische inductieve analyse volgens Braun et al (45). De verschillende stappen worden in de volgende tabel toegelicht:

	Beschrijving
1.	Het letterlijk transcriberen van de opgenomen interviews.
2.	Open en axiaal coderen: verschillende quotes in de transcripten opsplitsen in verschillende secties. In deze secties zitten dan tekstblokken met een gelijkaardige inhoud. Elke sectie krijgt vervolgens een code.
3.	Langere quotes verkorten, maar erop toezien dat de boodschap van de quote niet verloren gaat. Verder worden ook alle quotes in een apart document geplaatst afhankelijk van hun code die ze kregen.
4.	Categoriaal coderen: De verschillende quotes indelen in categorieën en subcategorieën.
5.	Het interpreteren van de kwalitatieve informatie. De vorige stappen worden dan telkens herhaald tot geen nieuwe codes meer kunnen worden opgesteld.

Tabel 3: stappen data-analyse volgens thematische inductieve analyse

3.1.8 Ethische overwegingen

Het onderzoeksprotocol werd ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent en is volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. Er werden verscheidene structurele elementen ingebouwd binnen deze studie om de gegevensbescherming en het psychologische welzijn van de deelnemers te beschermen bij elke fase van de interviews.

3.1.8.1 *Gegevensbescherming*

De potentiële participanten werden door de hoofdverpleegkundige en onderzoekers mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de opzet en het doel van het onderzoek. Bij de start van het interview werd nogmaals een informatie- en toestemmingsbrief overlopen en ondertekend in geval van bereidheid tot deelname. Deze maatregelen werden genomen om te garanderen dat participanten een geïnformeerde, autonome en vrijwillige toestemming gaven om deel te nemen aan het onderzoek. Er werd niet gerapporteerd over de gegevens op een manier dat de participanten herkenbaar zijn, en alle onderzoekers en interviewers hielden zich aan geheimhoudingsplicht. De participanten kunnen op elk moment hun deelname stoppen of hun data inkijken. Bij de interviews en de rapportering van de resultaten werd gegarandeerd de identiteit van participanten te beschermen, conform de voorschriften van de wet op de bescherming van persoonsgegevens. De uitvoerend onderzoeker heeft de opnames en documenten zodanig gecodeerd en getranscribeerd zodat de privacy bewaard werd. Ook de presentatie van gegevens gebeurde volledig gepseudonimiseerd, conform de voorschriften van de wet of de bescherming van persoonsgegevens. De opnames werden getranscribeerd waarna het bronbestand en het getranscribeerde bestand beveiligd werd bewaard. Op deze manier is de data enkel toegankelijk voor de onderzoekers.

3.1.8.2 *Psychosociaal welzijn van de deelnemers:*

Gezien onze onderzoekspopulatie, dienden we aandachtig te zijn voor de mogelijke kwetsbaarheid van deze doelgroep. Het '*do not harm'* principe moest steeds in beschouwing genomen worden, bv. door de intensiteit van de gesprekken te doseren en participanten geen grote of nodeloze verplaatsingen te laten maken. De interviews werden afgenomen door huisartsen-in-opleiding. Zij werden reeds via hun opleiding getraind in verscheidene communicatietechnieken, waaronder omgaan met slecht nieuws, empathie tonen, *cues* opvangen. Er werd bovendien geen informatie uit het interview met de ouderen doorgegeven aan de medewerkers van het woonzorgcentrum, of *vice versa*. Interviews gingen bij voorkeur enkel met de oudere door, maar indien gewenst door de oudere kon het interview ook in aanwezigheid van een ander persoon plaatsvinden, mits de oudere hiervoor toestemming gaf.

3.2 Schriftelijke en mondeling toelichting

Alle participanten werden vooraf aan het interview en aan het begin van het interview geïnformeerd over de opzet en doel van de studie. Daarbij kregen ze ook informatie over hun inzagerecht van de persoonlijke gegevens. Dit werd hen in eerste instantie schriftelijk bezorgd en bovendien werd dit nogmaals mondeling overlopen op het moment van het interview, zodat er achteraf geen onduidelijkheden waren. Op deze manier werd gegarandeerd dat de participanten zich volledig vrijwillig konden engageren voor deze studie.

3.3 Gegevensverwerking

De interviews werden afgenomen door de twee onderzoekers van deze masterproef, onder de supervisie van Prof. Dr. Pype, en vonden *face-to-face* plaats. De gesprekken werden opgenomen met behulp van een externe audiorecorder en opgeslagen in een beveiligde omgeving op *SharePoint*, in overeenstemming met de privacyrichtlijnen.

Na afloop werden de opnames door beide onderzoekers omgezet in transcripties, die werden opgeslagen in een gedeeld *Microsoft SharePoint-bestand*, gekoppeld aan een database van de Universiteit Gent, beheerd door Prof. Dr. Pype. De audio-opnames werden aan het einde van het onderzoek vernietigd. De transcripties werden vervolgens geüpload naar dezelfde database. Er wordt op toegezien dat deze na tien jaar worden vernietigd.

3.4 Gebruik van artificiële intelligentie

Er werd gebruik gemaakt van artificiële intelligentie ter bevordering van de academische schrijfstijl van deze masterproef. Beide onderzoekers schreven eerst zonder ondersteuning de verschillende secties van deze masterproef. Hierna werden sommige secties opgeladen in Large Language Models (LLM), chat-GPT en Gemini, om de vlotheid van de schrijfstijl te bevorderen. Er werd op toegezien dat de onderzoekers zelf de discussiepunten vormgaven en analyseerden. Hiervoor werd geen artificiële intelligentie gebruikt.

4 Resultaten

4.1 Gegevens deelnemers

In totaal werden 15 semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij bewoners die onlangs naar het woonzorgcentrum verhuisden. Dit aantal werd gekozen om datasaturatie na te streven, terwijl er voldoende ruimte bleef voor een kwaliteitsvolle analyse van de transcripties. Hierbij werd gekozen voor een gelijkwaardige verdeling tussen personen met het geslacht M, V, en/of X. Dit komt neer op 4 mannelijke en 11 vrouwelijke deelnemers. Hieronder

een tabel met een aantal relevante variabelen die mogelijks een invloed hebben op de beleving van de verhuis.

Eigenschappen deelnemers	Subcategorie (aantal=N)
Gezin & Kinderen	Contact (11) • Geen contact (3) • Geen kinderen (1)
Thuissituatie voor verhuis	Thuis (7) • Ziekenhuis (5) • Serviceflat (3)
Relatiestatus	Alleenstaand/Weduwe (13) • Partner (2)

Tabel 4: demografische gegevens van het onderzoeksopzet

4.2 Beslissing van de verhuis

Voor alle onderzochte bewoners deed zich op een bepaald moment een situatie voor waarin zelfstandig thuis wonen niet langer haalbaar was en een verhuis naar een woonzorgcentrum onvermijdelijk werd. De redenen voor deze verhuis varieerden per bewoner. Daarnaast bestond er een duidelijke variatie in de mate van betrokkenheid van de bewoners bij het besluitvormingsproces, evenals in de betrokkenen die uiteindelijk de beslissing genomen hebben. Terwijl een deel van de bewoners het verloop van dit proces als positief evalueerde, gaf een ander deel aan hierop minder positief terug te blikken.

4.2.1 Waarom een verhuis nodig werd

De specifieke redenen voor de verhuis naar een woonzorgcentrum verschilden per bewoner. De meest voorkomende aanleiding was een toenemende zorgbehoefte, waardoor zelfstandig thuis wonen niet langer haalbaar werd. Bij veel bewoners speelde een verhoogd valrisico een centrale rol, waarbij de veiligheid in de thuissituatie onvoldoende kon worden gegarandeerd. Bij anderen lag de oorzaak in de fysieke beperkingen die het gebruik van de woning bemoeilijkten, zoals het niet langer kunnen nemen van de trap in combinatie met het ontbreken van slaapmogelijkheden op het gelijkvloers. Daarnaast werd door een aantal bewoners cognitieve achteruitgang aangehaald, waarbij geheugenproblemen het dagelijks functioneren bemoeilijkten. Bij enkele bewoners was de verhuis het gevolg van een wijziging in de leefsituatie, zoals het volgen van een partner die naar een woonzorgcentrum verhuisde of het recente overlijden van de partner. Wat betreft het traject voorafgaand aan de definitieve opname verhuisde een deel van de geïnterviewden rechtstreeks vanuit de thuissetting (woning, appartement of serviceflat). Een groot aandeel van de bewoners doorliep echter eerst een ziekenhuisopname en verhuisde vervolgens, al dan niet via een kortverblijf, definitief naar het woonzorgcentrum.

4.2.2 De beslissing: een gedeeld proces of net niet

Afhankelijk van de context waarbinnen de verhuis plaatsvond, waren verschillende actoren betrokken bij het beslissingsproces. Wanneer de verhuis werd voorafgegaan door een ziekenhuisopname, voelden de bewoners aan dat het initiatief tot de beslissing vaak bij de behandelend ziekenhuisarts lag. Bewoners die vanuit deze setting verhuisden, gaven dan ook regelmatig aan het gevoel te hebben dat de beslissing buiten hen om werd genomen. Hoewel velen zich ervan bewust waren dat een terugkeer naar de thuissituatie op dat moment weinig haalbaar was, hadden zij bij de opname niet verwacht dat dit de laatste keer zou zijn dat zij hun woning zouden zien.

In enkele gevallen vond de verhuis plaats vanuit een serviceflat, waarbij medewerkers van deze voorziening betrokken waren bij het verkennen en opstarten van het verhuistraject. In het merendeel van de verhalen kwam echter naar voren dat de beslissing tot verhuis het resultaat was van gedeeld overleg met kinderen of kleinkinderen. De praktische organisatie van de verhuis, waaronder het plannen van de overstap en het zoeken naar een geschikte voorziening, werd voornamelijk door familieleden opgenomen. Hierbij hadden de bewoners in merendeel van de gevallen het gevoel dat hun belangen in rekening werden gebracht.

4.2.3 De stem van de bewoner

Wat betreft de betrokkenheid van de bewoners bij het beslissingsproces kwamen uiteenlopende gevoelens en verwachtingen naar voren. Het aandeel autonomie en nood aan gedeelde besluitvorming waren heel verscheidend. Sommige bewoners waren actief betrokken en gaven aan tevreden te zijn over hun aandeel in de beslissing, terwijl anderen hun betrokkenheid als ontoereikend of net als te groot ervaarden. Daarnaast waren er bewoners die binnen een context van vertrouwen en hechte familierelaties de besluitvorming volledig aan hun kinderen of kleinkinderen overlieten. Dit vertrouwen was mede gebaseerd op eerdere gesprekken waarin verwachtingen en voorkeuren met betrekking tot wonen en zorg reeds aan bod waren gekomen. Deze vorm van gedelegeerde besluitvorming werd door deze bewoners niet noodzakelijk als verlies van autonomie ervaren, maar eerder als een bewuste keuze binnen de relatie tot de andere.

In uitzonderlijke gevallen werd zowel de beslissing tot verhuis als de praktische organisatie ervan volledig door de bewoner zelf genomen, inclusief de keuze van de woonzorgvoorziening en het tijdstip van de verhuis.

“Ik ben zeker niet gedwongen. Mijn kinderen zeiden: jij moet beslissen, wat jij wil. Je moet niet kijken naar de kosten. Voel hoe je je voelt, wij voelen niet wat jij voelt. Ze deden alles, maar ondanks lukte het niet thuis.” – Vrouw, weduwe, verhuisd uit thuissetting

Een algemeen terugkerend patroon in de bevindingen was dat bewoners minder tevreden waren over het verloop van het proces wanneer de beslissing niet door henzelf of door hun directe, vertrouwde omgeving werd genomen. Dit gebrek aan tevredenheid kwam vaak voort uit gebrekkige communicatie, wat soms aanhield tot op het moment van de verhuizing of de korte periode direct daaraan voorafgaand. Dit ongenoegen kwam beduidend minder naar voren wanneer familieleden actief betrokken waren bij het verhuisproces, wat het belang onderstreept van tijdige communicatie en participatie van de bewoner in beslissingen die een ingrijpende impact hebben op het levensverloop.

“Toen die beslissing er gekomen is in het ziekenhuis hebben ze dat nooit met mij eerst overlegd. En ik had dat wel graag gehad. Dat zou ervoor gezorgd hebben dat ik nog het gevoel had dat ik nog mens ben, dat ik nog alles op een rijtje heb.” – Vrouw, weduwe, verhuisd uit ziekenhuissetting

4.3 Positieve factoren in verband met de verhuis

4.3.1 Wijze waarop de verhuis tot stand kwam

Wanneer bewoners worden gevraagd naar hun voorkeur voor het verhuisproces, geven de meesten de voorkeur aan een geleidelijke stap-per-stap aanpak, waarbij er voldoende tijd is om aan het idee te wennen voordat de daadwerkelijke verhuis plaatsvindt. Enkelen merken echter achteraf op dat een directe verhuis van het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum wellicht beter was geweest, omdat een tussenstop thuis het afscheid juist moeilijker had gemaakt. Voor degenen die de verhuis konden plannen, blijkt een voorafgaande kennismaking en rondleiding door het woonzorgcentrum een duidelijke meerwaarde en velen waarderen het

bovendien dat zij hun kamer al vooraf hebben kunnen bekijken. Tegelijkertijd is er consensus dat, zodra de beslissing tot verhuis is genomen en het woonzorgcentrum is gekozen, de periode tussen deze beslissing en de daadwerkelijke verhuis zo kort mogelijk moet zijn.

4.3.2 Determinanten voor een vlotte verhuiservaring

Bij bijna alle bewoners werd de verhuisdag als vlot ervaren. Velen gaven aan tevreden te zijn dat hun persoonlijke spullen en materiaal op dezelfde dag konden worden verhuisd, waardoor het traject niet langer dan nodig duurde. Hoewel er rond de *beslissing* om te verhuizen vaak verdeeldheid bestond, waren de meeste bewoners het eens over het *verloop* van de verhuisdag. Het verhuizen van de persoonlijke bezittingen werd doorgaans door anderen uitgevoerd. Wat bewoners daarbij echter belangrijk vonden, was dat zij inspraak hadden in welke spullen daadwerkelijk werden verhuisd. Het meenemen van persoonlijke en vertrouwde objecten of meubels hielp om de nieuwe kamer iets vertrouwder te maken en droeg bij aan een sneller thuisgevoel. Het proces verliep soepel bij hulp van naaste familie, maar werd als moeizamer ervaren wanneer kennissen, verre familieleden of onbekenden hielpen.

“Ik heb niks gedaan, ik heb me juist rechtgestaan en ik heb me in de auto gezet en ik ben naar hier gekomen.” – Man, met partner, verhuisd uit thuissetting

4.3.3 Emotionele beleving bij de verhuis

Ondanks de ingrijpende aard van de transitie en een aanvankelijk gebrek aan realiteitszin, ervaren bewoners de verhuizing niet louter als een negatieve gebeurtenis. Sommige bewoners komen relatief snel tot het inzicht dat de verhuis de beste oplossing was, aanvaarden de situatie en trachten zich zo flexibel mogelijk aan te passen aan hun nieuwe woonomgeving. Voor veel bewoners is de transitie een ambivalente ervaring: het markeert zowel een nieuw begin als het startpunt van de laatste levensfase. Met het verstrijken van de tijd lijken de meeste bewoners vrede te nemen met de beslissing en proberen zij de positieve aspecten ervan te benadrukken. Anderen vinden steun en troost in hun geloof, waarbij woonzorgcentra vaak mogelijkheden bieden om te bidden en de spirituele verbondenheid te onderhouden.

De meest voorkomende positieve emotie emotionele ervaring die door de geïnterviewden wordt aangehaald, is het gevoel dat er een zware last van hun schouders is gevallen: zij ervaren minder zorgen, hebben geen administratieve of praktische kopzorgen meer en voelen vooral opluchting doordat hun kinderen gerustgesteld zijn. Het dagelijks functioneren en de administratieve verantwoordelijkheden worden immers overgenomen door anderen. Daarnaast geven velen aan dat zij zich vooraf hadden voorbereid op een negatieve ervaring, terwijl de realiteit voor sommigen uiteindelijk positiever bleek dan verwacht.

“Ik had altijd gezegd tegen iedereen, ik ga nooit naar een rusthuis, ik blijf thuis. Maar ik had nooit gedacht, dat ik er ook baat bij zou kunnen hebben, en dan was er het moment dat ik wel moest gaan. – Vrouw, weduwe, verhuisd vanuit ziekenhuissetting

4.4 Positieve factoren in het woonzorgcentrum

4.4.1 Sociale en relationele factoren

De meeste geïnterviewde bewoners zijn van mening dat hun sociale contacten sinds de verhuis stabiel zijn gebleven of zelfs zijn toegenomen. Ze onderhouden zowel contact met de hulpverleners (bijvoorbeeld verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en vrijwilligers) die over het algemeen als zeer vriendelijk en betrokken worden ervaren. Sommige bewoners waarderen het bovendien dat deze zorgverleners regelmatig polsen hoe het met hen gaat, los van de directe zorgverlening. Velen ervaren de meerwaarde van contact met medebewoners tijdens gezamenlijke eetmomenten, soms met oude bekenden. Het ontstaan van nieuwe vriendschappen komt minder vaak voor, maar leidde

in één specifiek geval tot een nieuwe liefde. Dit sociale contact draagt bij aan een verminderd gevoel van eenzaamheid, iets waar sommige bewoners thuis al mee worstelden. In enkele van de bezochte woonzorgcentra waren huisdieren aanwezig, zoals een vogel, kat of hond. Deze waren eigendom van de afdeling, een zorgverlener, een bewoner of bezoekers. Sommige bewoners gaven aan deze aanwezigheid bijzonder te waarderen.

"Ik ben hier gekomen. Per toeval zat ik aan tafel naast iemand die ik ken vanuit mijn jeugd. En ik was hier sebiets thuis." – Vrouw, weduwe, verhuisd uit ziekenhuissetting

Het contact met de buitenwereld (bijvoorbeeld familie, vrienden en kennissen van thuis) blijft echter het meest gekoesterd. Hoewel bewoners regelmatig telefonisch contact onderhouden, heeft fysiek bezoek een grotere impact. Zelfs kleine gebaren, zoals het brengen van een krant of een gezamenlijk bezoek aan de markt, worden hierbij zeer gewaardeerd. Dit contact verloopt het beste wanneer er vooraf een goede verstandhouding met de familie bestaat, wat niet bij iedereen het geval was. Het betreft voornamelijk kinderen en kleinkinderen, maar soms ook buren en vrienden. In twee gevallen hebben ook medewerkers van de thuiszorg in het begin een bezoek gebracht, wat als heel hartverwarmend werd ervaren.

4.4.2 Organisatie van de zorg in het woonzorgcentrum

Doordat de verhuis naar het woonzorgcentrum vaak werd gemotiveerd door een toegenomen hulpbehoevendheid, blijkt dat zowel de bewoners zelf als hun familie sinds de verhuis een sterker gevoel van veiligheid ervaren. Bewoners beschikken over een oproepsysteem op de kamer en hebben continu toegang tot zorgverlening van verpleging en zorgkundigen in de directe omgeving. Elke afdeling beschikt bovendien over een kinesitherapiezaal waar therapeuten bewoners aanmoedigen tot regelmatige oefensessies. Dankzij deze revalidatie ervaart een fractie van de bewoners een effectieve fysieke vooruitgang.

"En er is een geruststelling buiten thuis. Als je alleen bent thuis, dan is het altijd van vallen of om het even wat." – Man, weduwnaar, verhuisd uit thuissetting

Enkelen van de bewoners waarderen de aanwezigheid van een duidelijke dagstructuur. Op hun leeftijd hechten velen belang aan voorspelbaarheid; de dagelijkse routine biedt houvast, mits er voldoende ruimte blijft voor flexibiliteit. In combinatie met het brede aanbod aan activiteiten, zowel binnens- als buitenshuis en georganiseerd met medebewoners of eigen familie, ervaren bewoners dat hun dagen voldoende gevuld zijn. Daarbij is er keuzevrijheid in de deelname aan activiteiten, waardoor er voor ieder iets passends beschikbaar is. Voor sommigen heeft dit zelfs geleid tot het ontdekken van nieuwe hobby's, zoals bij een bewoner die is overgestapt van kaarten naar rummikub. Daarnaast waarderen enkelen dat zij, ondanks hun soms beperkte zelfredzaamheid, nog gebruik kunnen maken van een scooter of fiets en zo zelfstandig een ommetje buiten kunnen maken wanneer zij daar behoefte aan hebben.

4.4.3 Infrastructuur en woonomgeving in het woonzorgcentrum

Aangezien een verhuis naar het woonzorgcentrum vaak betekent dat bewoners hun huis of appartement moeten inruilen voor één kamer, hechten velen een enorm belang aan de modaliteiten van die kamer. Koppels zijn tevreden wanneer zij een kamer kunnen delen, zodat zij hun tijd samen kunnen blijven doorbrengen. Het uitzicht vanuit het raam wordt door de meerderheid als belangrijk ervaren, zeker wanneer men uitkijkt op groen, een tuin of een speelplaats. Wanneer het woonzorgcentrum zich in de eigen regio bevindt of in een vertrouwde omgeving, bijvoorbeeld dicht bij kinderen of in een gebied dat veel herinneringen oproept, voelt de bewoner zich sneller thuis.

Een bewoner benadrukte dat het hebben van slechts één kamer ook voordelen heeft, zoals dat alles snel binnen handbereik is, bijvoorbeeld het toilet. De grootte van de kamer speelt eveneens een rol en wordt liefst op voorhand geëvalueerd. Bewoners die rolstoelgebonden

zijn, waarderen bovendien de verbeterde toegankelijkheid in het woonzorgcentrum. De uitrusting van de badkamer blijkt minder cruciaal, zolang er mogelijkheden zijn om te douchen of te baden, hetzij op de kamer, hetzij in een andere ruimte.

Daarnaast werd de kwaliteit van de maaltijden vaak genoemd als een belangrijk aandachtspunt, hoewel bewoners hier vooraf geen controle over hadden. Over het algemeen zijn de meeste bewoners tevreden over de keuken van het woonzorgcentrum, en voor sommigen was dit zelfs een doorslaggevende factor bij de keuze voor een bepaald centrum, zeker als ze al eerder op kortverblijf waren geweest. Over het algemeen fungeerden positieve ervaringen en verhalen van anderen over een woonzorgcentrum als een belangrijke stimulus bij de keuze ervan. Ook eerdere ervaringen met een kortverblijf in hetzelfde woonzorgcentrum bleken een versnellende factor te zijn in de beslissing om voor dat centrum te kiezen. Financieel gezien bleken de kosten echter weinig problematisch: binnen het woonzorgcentrum hebben bewoners zelden tot nooit geld nodig, waardoor deze verantwoordelijkheid vaak door de familie wordt overgenomen, en bewoners zijn tevreden dat ze deze last niet meer hoeven dragen.

4.5 Negatieve factoren in verband met de verhuis

Met een verhuis naar een woonzorgcentrum gaan, naast de eerder beschreven positieve factoren, ook een aantal negatieve factoren gepaard. De verhuis werd over het algemeen ervaren als een plots, weinig gecontroleerd en emotioneel belast proces, vaak onder tijdsdruk en in een context die eigenlijk weinig ruimte laat voor extra stressoren.

4.5.1 Context waarin de verhuis plaatsvond

Er is altijd een onderliggende reden waarom een individu naar een woonzorgcentrum verhuist. Elke reden heeft zijn eigen uitdagingen voor de toekomstige bewoner. Sommige verhuisden aansluitend aan een ziekenhuisopname, vaak zonder een passage bij hun vorige woonst. Dit werd door een deel van de bewoners als negatief ervaren, aangezien de ziekenhuisopname bij een deel van de bewoners onverwacht kwam. Sommige waren te hulpbehoevend om nog alleen thuis te wonen, vaak na het overlijden van een partner. Eén bepaalde bewoner is middenin een rouwperiode moeten verhuizen. Hierdoor kon zij zich tijdens het interview nog weinig van deze periode herinneren, aangezien haar verdriet haar dagelijks functioneren had overgenomen. Er kan gesteld worden dat een verhuis in de meeste gevallen van onze populatie geen rustige keuze was, en dat deze levensgebeurtenis vaak wordt voorafgegaan door een andere levensgebeurtenis.

“Ja, ik heb geen tijd gehad om te verwerken. En nu ben ik hier, en nu is er tijd, en komt het allemaal op mij af. Ik zit heel de tijd te denken. Wat is er nu gebeurd? Waar heb ik allemaal gezeten? Ik heb het niet echt beleefd?” – Vrouw, weduwe, verhuisd uit kortverblijf

4.5.2 Praktische en organisatorische drempels

Bewoners benoemden een aantal factoren die we kunnen beschouwen als praktische en organisatorische drempels. De nood tot een ‘snelle’ beslissing, zoals kort reeds eerder beschreven, is hier één van. Sommige voelden een bepaalde druk, bv. na een lange ziekenhuisopname van maanden waar pas met de bewoner in de laatste week net voor het ontslag uit het ziekenhuis over de verhuis werd gepraat. Eens de beslissing is gemaakt, voelen de bewoners aan dat het allemaal snel moet gaan. Een aantal bewoners beschreven ook de beperkte keuzevrijheid in welk woonzorgcentrum ze willen terechtkomen. Deze keuze wordt vaak genomen op basis van beschikbare plaats, nabijheid van het woonzorgcentrum bij het ziekenhuis en minder op basis van de wens van de bewoner. Als laatste praktische drempel, worden de vaak voorafgaande kortverblijven benoemd. Hoewel een tijdelijk verblijf bedoeld is als een laagdrempelige manier om te aarden, ervaren bewoners dit vaak als een extra

belasting. Deze tussenstap leidt immers tot uitstel van de definitieve verhuizing en dwingt hen om het volledige verhuisproces op een later moment nogmaals te doorlopen.

"Bij het ontslag (vanuit het ziekenhuis) zijn ze het me goed beginnen inpompen. 'Ma'tje, het gaat niet lukken, je zal je moeten aanpassen, je kan niet meer naar huis. En dit en dat, en in de kliniek vinden ze het ook, en ik had geen inspraak." – Vrouw, weduwe, verhuisd uit ziekenhuissetting

4.5.3 Emotionele beleving van de verhuis

De verhuis bracht bij de verschillende bewoners een verscheidenheid aan emoties naar boven. De meeste beschreven voornamelijk onmacht, wantrouwen en onwetendheid. Er moest afscheid van iets genomen worden, zonder dat er daar tijd voor werd gemaakt, een rouwproces die ze zelf niet in de hand hebben. Er zijn ook enkelen die aangeven dat ze de verhuis niet volledig bewust hebben beleefd, omdat het op dat moment allemaal zo surreëel aanvoelde. Er ontstond bij een bewoner zelfs een bepaald wantrouwen naar bijvoorbeeld familie. Verdriet en het gevoel van verlies kwamen daarnaast ook sterk naar voor in de verschillende interviews. Het meest expliciet werd het materiële verlies benoemd: het achterlaten van de eigen woning, meubels, tuin en persoonlijke bezittingen. Verder kwam vaak naar voren dat zij niet alles konden meenemen wat zij eigenlijk hadden willen behouden, doordat de beschikbare ruimte in de kamer dit niet toeliet. Hierdoor is een aanzienlijk deel van hun persoonlijke spullen verloren gegaan, waaronder soms objecten met een sterke sentimentele waarde die zij tot op heden missen.

"Ja, gelukkig is wat anders. Ik weet niet meer wat gelukkig zijn is. (antwoord op de vraag "Ben je hier gelukkig?")" – Vrouw, weduwe, verhuisd uit kortverblijf

Daarnaast was er een diepgaand gevoel van verlies van zelfstandigheid, wat op een moment kwam dat de bewoners ook nog eens geconfronteerd werden met zichzelf. De verhuis symboliseerde voor veel bewoners een overgang naar een fase waarin men niet langer volledig voor zichzelf kon zorgen. Het ontbreken van een voorafgaande rondleiding of kennismaking met het woonzorgcentrum versterkte gevoelens van onzekerheid en angst. Bewoners beschrijven dat zij "in het onbekende" terechtkwamen, zonder goed te weten wat hen te wachten stond, met in het achterhoofd een grote schrik dat het gaat tegenvallen.

"Het was weg. Alles was weg. Nu constateer ik soms, denk ik met momenten nog dat ik ginder woon, en denk ik ah dat zal in die kast staan. En dan kijk ik rond en zie ik dat die kast niet meer bestaat, want ik zit hier. - Vrouw, weduwe, verhuisd vanuit serviceflat

4.6 Negatieve factoren in het woonzorgcentrum

De bewoners gaven ook een aantal negatieve factoren aan die ze in het woonzorgcentrum ervaarden, kort na het verhuismoment. Een verlies van vrijheid en autonomie, moeilijkheden binnen sociale en relationele context alsook een aantal omgevings- en bejegeningselementen worden in volgende paragrafen besproken.

4.6.1 Verlies van vrijheid en autonomie

Verschillende bewoners gaven aan dat ze in het woonzorgcentrum een verlies van vrijheid hebben ervaren. Ze komen van een thuissetting waar ze enkel werden beperkt door hun eventuele fysieke beperking. Het tijdstip van de maaltijden, daginvulling, dag- en nachtritme werden zelf ingevuld. Echter eens het woonzorgcentrum, wordt een deel van deze vrijheid ingeperkt en worden een aantal zaken *voor* hen bepaald, en niet meer *door* hen. Hier hadden een aantal bewoners het lastig mee. Hierbij geassocieerd gaf een bepaalde bewoner aan dat het gevoel van 'gecontroleerd worden' als storend wordt ervaren. Uitstappen met familie dienen op voorhand doorgegeven te worden, er moet gezegd worden naar waar de uitstap is,…

“Gisteren was het erg. Dan waren ze om 10u gekomen om mijn pyjama aan te doen. Maar ik zei dat ik naar de voetbal wou kijken. Voetbal, dat zegt mij iets. En dan zeiden ze dat dat te laat ging zijn voor hun. Ik zei dan dat die van de nacht mij ging helpen, en dan hebben ze dat geaccepteerd. Goh, ik kan mij daar niet overzetten.”- Vrouw, weduwnaar met nieuwe partner, verhuisd uit serviceflat

4.6.2 Sociale en relationele moeilijkheden

In tegenstelling tot een thuissituatie, waar alleen of met anderen werd geleefd, worden de ouderen in een nieuwe thuissetting geplaatst, met medebewoners die ze in de meeste gevallen niet op voorhand kennen. Hierbij gaven de geïnterviewde bewoners een aantal verschillende moeilijkheden aan. Ten eerste het feit dat andere bewoners soms meer cognitieve problemen of meer hulpbehoevend zijn, wat contacten opbouwen bemoeilijkt. Verder gaven de bewoners ook de moeilijkheid aan inzake contact leggen met mensen ‘buiten de streek’. Vaak wordt zoals eerder aangehaald een oudere gebracht naar een woonzorgcentrum waar plaats is of dichtbij familie, wat vaak niet meer overeenkomt met de oorspronkelijke streek van de bewoner. Een aantal geïnterviewde bewoners voelden zich hierdoor bevreemd en ervaren moeilijkheden om contacten op te bouwen. Eén bewoner gaf aan dat zij op relatief jonge leeftijd naar het woonzorgcentrum verhuisde. Omdat haar tafelgenoten aanzienlijk ouder waren, had zij het gevoel dat er op haar werd neergekeken, wat een vorm van ageisme is in de omgekeerde richting. Ten slotte gaven bewoners aan dat het opbouwen van nauwe banden op hun leeftijd een risico vormt. Zij vrezen immers opnieuw geconfronteerd te worden met verlies wanneer medebewoners komen te overlijden.

“Ik zit aan een tafel van 10 personen. Daaraan moest ik mij aanpassen. De ene kan zijn hand niet opheffen, de andere kan niet zelfstandig eten. Ja, er zit hier van alles. Iemand die nooit iets zegt. Dit is wel even aanpassen.” – Vrouw, weduwe, verhuisd uit thuissetting

4.6.3 Omgevings- en bejegeningselementen

Bewoners gaven ook een aantal negatieve elementen mee in zake de omgevings- en bejegeningselementen. Het aangesproken worden met verkleinwoorden werd verschillende keren aangehaald. Het onpersoonlijke contact met het personeel werd ook verwoord, mede door bv. het feit dat er geen naambadges worden gedragen, Verder werden tijdens de interviews een aantal specifieke negatieve ervaringen met het zorgpersoneel naar voren gebracht. Het gemis van wat natuur dichtbij werd door een aantal bewoners bovendien benoemd.

“Als ze hier komen: “we gaan je kleertjes aandoen he”, en “we gaan een koffietje drinken he”. Die verkleinwoorden he, och.” – Vrouw, weduwe met nieuwe partner, verhuisd uit serviceflat

4.7 Rol van de huisarts tijdens beslissingsproces

De rol van de huisarts bleek over de verschillende interviews heen eerder beperkt. In dertien van de vijftien interviews gaf de bewoner aan dat de huisarts nauwelijks tot niet betrokken was, bij twee bewoners was de huisarts wel betrokken. Bij deze twee bewoners was de mate van betrokkenheid ook eerder beperkt. Geen enkele bewoner gaf aan een duidelijk gericht gesprek gehad te hebben met hun huisarts over de al-dan-niet nakende verhuis naar een woonzorgcentrum. Eén bewoner gaf aan dat haar kinderen wel contact hadden met de huisarts tijdens het beslissingsproces, wat deze bewoner een goede zaak vond. Bij de meeste bewoners was de huisarts wel op de hoogte van de verhuis, maar niet actief betrokken bij het beslissingsproces. Bij sommige bewoners (die rechtstreeks na een ziekenhuisopname verhuisden) werd de verhuis wel uitvoerig besproken met de ziekenhuisartsen of maatschappelijk werkers.

4.7.1 Betrokkenheid van de huisarts na de verhuis

Eens de verhuis had plaatsgevonden, bleek dat de betrokkenheid van de huisarts zich vaak beperkte tot de medische zorg, met occasioneel aandacht voor het welbevinden van de bewoner. Aan impact van de verhuis, zowel positief als negatief, werd weinig aandacht besteed. Twee bewoners gaven wel aan dat de huisarts tijdens een huisbezoek voor een somatisch probleem wel informeel vroeg hoe ze hun nieuwe woonplek ervaren, wat beide bewoners apprecieerden. Twee bewoners beschouwden het feit dat de huisarts hen al zeer lang kende als zeer waardevol, alsook het feit dat deze op huisbezoek kan komen indien nodig. De betrokkenheid werd dus zeer positief ervaren, ook al is deze niet altijd expliciet aanwezig.

Een bijkomend aandachtspunt is dat vier van de zestien bewoners aangaven dat zij genoodzaakt waren om te wisselen van de huisarts. Bij hen allen was de reden dat het woonzorgcentrum buiten het werkingsgebied van de oorspronkelijke huisarts viel. Dit werd door sommige bewoners ervaren als een bijkomend verlies van continuïteit en vertrouwen.

4.7.2 Wens tot een grotere rol van de huisarts

Bij de expliciete vraag als de bewoner een grotere rol van de huisarts had gewenst, bleken acht bewoners hierop nee te antwoorden, twee bewoners antwoorden ja. Specifieke redenen konden de bewoners slechts beperkt verwoorden. De meeste personen die geen grotere rol van de huisarts wensten, zeiden dat ze niet echt het nut zagen van nog een extra partij in het beslissingsproces. De bewoners die positief terugkeken naar hun verhuis, wensten bijgevolg geen grotere rol van de huisarts, aangezien zij geen moeilijkheden tijdens de verhuis hadden ervaren. De twee bewoners die wel een grotere rol wensten, gaven aan dat een extra mening van hun huisarts hun eventueel nieuwe inzichten konden brengen. Zij hadden hier echter beide weinig over nagedacht, aangezien dit al snel in het proces naar hun aanvoelen onmogelijk bleek. De ene bewoner haar huisarts woonde te ver, de andere was te hulpbehoevend en was in het ziekenhuis opgenomen.

“Ja, maar het was te ver. Hij heeft heel veel klanten en dat is voor hem zou dat een uur zeker, een uur zijn dat hij kwijt is voor zijn patiënten. En dat gaat hij niet doen” (als antwoord op de vraag als de bewoner wenst dat de huisarts een grotere rol had gespeeld) – Vrouw, weduwe, verhuisd uit thuissetting

5 Discussie

5.1 De verhuis naar een woonzorgcentrum als ingrijpende levensovergang

Als algemeen besluit kan worden gesteld dat de verhuis naar een woonzorgcentrum een ingrijpende gebeurtenis vormt in het leven van nieuwe bewoners, waarbij uiteenlopende ervaringen en emoties een rol spelen. Dit resultaat wordt bevestigd vanuit de literatuur, waarbij de overgang naar residentiële zorg expliciet als “een van de meest stressvolle levensgebeurtenissen” op oudere leeftijd wordt beschreven (3, 17, 18).

5.1.1 De verhuis als proces: voorbereiding, timing en praktische organisatie

Voor een groot deel van de geïnterviewden werd de verhuisdag zelf als een abrupte en snelle gebeurtenis, maar als een vlotte en positieve ervaring beschreven. Dit sluit aan bij bevindingen uit de literatuur, waarin wordt aangegeven dat bewoners de verhuis vaak beschrijven als iets dat “gewoon gebeurd is” of organisatorisch goed geregeld was, terwijl de beslissingen en praktische regelingen voornamelijk door familieleden en professionals worden genomen, vaak naar aanleiding van een crisissituatie (10, 19, 20). Als extra aspect kwam uit de gesprekken met de geïnterviewden dat het behartigen van de belangen van de bewoners door de

familieleden, een waardevol aspect was in de beleving van de verhuis.

5.1.2 Begin van het laatste hoofdstuk, een onvermijdelijk kantelpunt

Hoewel een verhuizing naar een woonzorgcentrum meestal voortkomt uit praktische overwegingen, markeert deze voor veel bewoners een symbolische overgang naar een nieuwe levensfase. Verschillende bronnen bevestigen dit. Uit onderzoek blijkt dat de beslissing tot opname vaak wordt genomen vanwege praktische of zorginhoudelijke redenen. Denk hierbij aan verlies van zelfstandigheid, veiligheidsrisico's of gezondheidsproblemen. Het initiatief ligt bovendien regelmatig bij familieleden of artsen (2, 10, 24). De overgang naar residentiële zorg wordt hierbij frequent beschreven als een ingrijpende levensgebeurtenis die bij sommige ouderen gepaard gaat met een rouwproces, gekenmerkt door gevoelens van verlies, een herdefiniëring van de eigen identiteit en een noodzaak tot aanpassing (18, 24-26).

Ondanks deze zware emotionele last, belichten de interviews ook de positieve keerzijde van de transitie. Voor sommige bewoners fungeert de verhuizing namelijk als een bevrijding van de fysieke en mentale belasting die de thuissituatie met zich meebracht. Het wegvallen van de zorg voor het huishouden of de angst voor onveilige situaties resulteert in een gevoel van verlichting; een 'last die van de schouders valt'. Deze positieve betekenisgeving markeert een transitie van sociale isolatie naar nieuwe vormen van interactie en van fragiele zelfstandigheid naar het aanvaarden van noodzakelijke ondersteuning. De verhuizing wordt niet langer enkel als een eindpunt gezien, maar als het begin van een laatste, veilig hoofdstuk voorafgaand aan het overlijden. Dit sluit aan bij het onderzoek van Brownie et al. en Cankovic et al. over de bevordering van levenskwaliteit in residentiële settings, waarin sociale verbinding en rust centraal staan (1, 2).

5.2 Emotionele betekenis van de verhuis: verlies, rouw en inperking van vrijheid

5.2.1 Cumulatie van verlies: de verhuis als onderdeel van een breder rouwproces

Aangezien de verhuizing naar een woonzorgcentrum vaak samenvalt met andere ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals een ziekenhuisopname of een achteruitgang van de gezondheid, stapelen deze ervaringen zich dikwijls op binnen een relatief korte tijdsperiode. Voor een aanzienlijk deel van de participanten werd de verhuizing bovendien voorafgegaan door het overlijden van een partner. Hierdoor ontstaat een cumulatie van verlies: de rouw om een dierbare valt samen met de ontworteling uit de vertrouwde woonomgeving. De verhuizing vormt daardoor niet louter een op zichzelf staande gebeurtenis, maar maakt deel uit van een bredere periode waarin de bewoner bijzonder kwetsbaar is. Deze verhoogde kwetsbaarheid wordt bevestigd in eerdere studies, waarin wordt aangetoond dat deze fase een voorbode kan zijn van psychische problemen zoals depressieve klachten, angst en desoriëntatie (17, 18, 27).

De resultaten wijzen op een acute emotionele overbelasting, waarbij de noodzakelijke administratieve afhandeling van zowel de uitvaart van de partner als de verhuizing alle psychologische ruimte opeist. In lijn met Ryan en Scullion et al. zien we dat deze extreme tijdsdruk de bewoner dwingt in een overlevingsmodus, waardoor de eigenlijke rouwverwerking wordt geparkeerd (11). Onze data bevestigen de bevindingen van Weaver et al., die stellen dat rouw een dominante, maar vaak onderbelichte component is in de eerste maanden na opname (13). Dit bemoeilijkt het verwerkingsproces en versterkt gevoelens van ontreddering, wat de noodzaak onderstreept voor zorgverleners om deze 'vertraagde rouw' proactief te signaleren. Het systematisch inzetten van instrumenten zoals de View of Relocation Scale (VRS) van Davison et al. kan hierbij een cruciale rol spelen om de emotionele impact en de ervaren controle (perceived control) vroegtijdig in kaart te brengen (28).

5.2.2 Het materiële verlies als identiteitscrisis

Het materiële verlies dat gepaard gaat met de verhuizing fungeert als een katalysator voor een dieperliggende identiteitscrisis. De 'thuisomgeving' is immers niet slechts een fysieke locatie, maar een drager van de persoonlijke geschiedenis en sociale identiteit. Het gedwongen afscheid van huisdieren en vertrouwde objecten met een hoge affectieve waarde wordt door bewoners ervaren als een verlies van hun zelfbeeld. Eerder onderzoek benadrukt eveneens deze bevindingen (21-23).

Deze resultaten sluiten bovendien nauw aan bij het theoretisch kader van Brownie et al. en O'Neill et al., die benadrukken dat materiële objecten bijdragen aan de instandhouding van de identiteit in een nieuwe omgeving (2, 10). Hoewel de literatuur het belang van het creëren van een 'thuisgevoel' via persoonlijke bezittingen onderstreept, leggen onze interviews een pijnlijke kloof bloot: in de praktijk belemmeren institutionele beperkingen en logistieke barrières vaak de mogelijkheid om deze materiële identiteitsankers mee te nemen.

5.3 Noodzaak versus keuze in het beslissingsproces

5.3.1 De verhuis als noodzakelijke beslissing in crisissituaties

Zoals eerder in de resultaten aangehaald, blijkt dat de verhuis naar een woonzorgcentrum zelden een weloverwogen beslissing is maar meestal voortkomt uit een crisismoment. Hierdoor wordt de verhuis vaak ervaren als een noodzakelijke opgedrongen stap, eerder dan als een vrijwillige keuze, waardoor de mate van autonomie in deze beslissing in vraag kan worden gesteld. Bij sommige bewoners ontstaat dit besef pas achteraf, na de verhuis. In dergelijke gevallen wordt het idee dat "het wel moest" soms gehanteerd als copingmechanisme om het ervaren verlies draaglijker te maken. Een systematische review over aanpassing aan het leven in een woonzorgcentrum identificeert bovendien keuzecontrole als een kernfactor in dit proces: hoe meer bewoners zelf controle en inspraak ervaren in de beslissing tot verhuis, hoe beter hun psychologische aanpassing na de overgang naar residentiële zorg verloopt (29).

5.3.2 Keuzevrijheid binnen een beperkt keuzekader

In de literatuur wordt er gesproken over een vorm van "schijnkeuze", wat ook in de resultaten wordt aangehaald. Formeel gezien lijkt er sprake te zijn van inspraak in het beslissingsproces, maar bij nadere beschouwing blijkt deze inspraak vaak beperkt, aangezien er in de praktijk weinig tot geen reële alternatieven beschikbaar zijn. Hierdoor kan de feitelijke keuzevrijheid van bewoners sterk in vraag worden gesteld (30).

Verschillende structurele factoren dragen bovendien bij aan ongelijkheden in keuzevrijheid, zoals de beschikbaarheid van plaatsen in woonzorgcentra, de financiële draagkracht van bewoners, de mate van familiale ondersteuning en regionale verschillen in zorgaanbod. In die zin kan "keuze" niet worden beschouwd als een gelijk verdeeld recht, maar eerder als een sociaal gesitueerde en vaak door omstandigheden opgelegde optie. Koppitz en collega's illustreren dit proces van verhuizen naar een woonzorgcentrum door een onderverdeling te maken in vier ervaringsfasen*: being cut-off* (het afsnijden van het vorige leven), *being restricted* (beperkingen in vrijheid en keuze, bijvoorbeeld met betrekking tot het woonzorgcentrum), *being cared for* (de erkenning dat men nu zorg ontvangt) en *moving on* (het verdergaan in de nieuwe leefcontext) (31).

5.3.3 Tijd als bepalende factor in het beslissingsproces

Tijdsdruk is niet alleen praktisch lastig, maar ook psychologisch belastend. Het ondermijnt het vermogen tot reflectie en het verkennen van alternatieven (zoals thuiszorg) waardoor de impact van een verhuizing vaak pas achteraf volledig doordringt. Onderzoek van Phillips-Wren

en collega's toont aan dat een hoge tijdsdruk, in combinatie met onzekerheid en toenemende complexiteit van de keuze, kan leiden tot meer ondoordachte beslissingen. In dergelijke omstandigheden nemen mensen vaker zogenaamde "satisficing-beslissingen-keuzes": die "voldoende goed" zijn in plaats van optimaal. Dit gaat gepaard met een beperkter gebruik van beschikbare informatie en een grotere kans op fouten, vooral wanneer het gaat om complexe en risicovolle beslissingen. Daarnaast wijzen de auteurs ook op een vierde factor, namelijk een overaanbod aan informatie. In de resultaten van deze masterproef kwam echter net het tegenovergestelde naar voren: een gebrek aan informatie werd door bewoners als een belangrijke negatieve factor ervaren in het beslissingsproces (32).

5.3.4 Aanleidingen tot verhuis: zorgnood, veiligheid en verlies van vertrouwde context

Wanneer bewoners de verhuizing als een noodzakelijke stap ervaren, ligt de onderliggende motivatie vaak minder in het eigen welbevinden, maar eerder in het waarborgen van veiligheid en het geruststellen van de omgeving, in het bijzonder de kinderen. De beslissing wordt in dergelijke situaties sterk ingegeven door gevoelens van angst (bijvoorbeeld voor vallen, vergeten of een risico vormen voor zichzelf) en door een gevoel van verantwoordelijkheid ten aanzien van anderen. Bewoners geven regelmatig aan hun kinderen niet te willen belasten of hen gerust te willen stellen. De verhuis is daardoor niet louter het resultaat van een individuele keuze, maar van een relationeel gesitueerde beslissing, waarbij ook rekening wordt gehouden met het welzijn van anderen. Autonomie kan in deze context dan ook beter begrepen worden als een relationeel en situationeel gegeven, eerder dan als een absolute, individuele eigenschap.

Deze motivatie komt eveneens frequent naar voren in de literatuur. Ouderen geven vaak aan dat zij verhuizen om de zorglast voor hun kinderen te verminderen, en dit wordt soms zelfs als de belangrijkste reden voor de verhuis genoemd (7, 19). Tegelijkertijd ervaren familieleden vaak een grote verantwoordelijkheid en gaan dergelijke beslissingen gepaard met gevoelens van schuld. Zij rechtvaardigen de verhuis dan door te benadrukken dat verdere thuiszorg niet langer verantwoord of veilig was (7, 11, 19, 33).

5.3.5 Onuitgesproken wensen vóór de crisisfase

In de ervaringen van bewoners komt een interessant spanningsveld naar voren. Sommige bewoners hadden vooraf al gesprekken gevoerd met familie of zorgverleners over hun toekomstige woon- en zorgsituatie. Voor hen lijkt de overgang vaak gepaard te gaan met meer rust en aanvaarding. Doordat de mogelijkheid van een verhuis al eerder besproken werd, konden zij zich mentaal voorbereiden en hadden ze het gevoel dat hun stem in het proces werd gehoord. Bij andere bewoners ontbraken dergelijke voorafgaande gesprekken. In deze situaties wordt de verhuis vaker ervaren als een beslissing die plots genomen werd of die door anderen werd opgelegd. Dit kan leiden tot gevoelens van machteloosheid en verlies van autonomie. Wanneer er geen ruimte is geweest om wensen, verwachtingen of bezorgdheden vooraf te bespreken, kan de verhuis achteraf als bijzonder ingrijpend worden beleefd. Er zijn eerdere onderzoeken die het belang benadrukken van tijdige, open en gezamenlijke communicatie om de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen en het welzijn van de bewoners te bevorderen (34, 35).

Het ontbreken van proactieve gesprekken over toekomstige woon- en zorgbehoeften kan dus een belangrijke rol spelen in hoe ouderen de overgang naar een woonzorgcentrum ervaren. Tijdige dialoog kan niet alleen helpen om verwachtingen te verduidelijken, maar ook fungeren als een buffer tegen het ervaren verlies van autonomie. Door ouderen actief te betrekken bij gesprekken over hun toekomstige woon- en zorgsituatie, krijgen zij meer regie over

beslissingen die hun leven sterk beïnvloeden. Deze bevindingen openen een bredere reflectie over het belang van proactieve gespreksvoering rond wonen en zorg. Dergelijke gesprekken zouden idealiter niet enkel plaatsvinden in acute of crisissituaties, maar reeds eerder in het levensproces. Op die manier kan de verhuis naar een woonzorgcentrum, wanneer die zich uiteindelijk aandient, minder abrupt en meer gedragen worden door de wensen en voorkeuren van de oudere zelf (35).

5.4 Autonomie en gedeelde besluitvorming vanuit bewonersperspectief

De betrokkenheid van bewoners bij het besluitvormingsproces is een kritieke determinant voor hun post-verhuiservaring en algehele tevredenheid. Literatuur suggereert dat participatie in de besluitvorming, of dit nu in samenspraak met naasten gebeurt of gebaseerd is op vooraf geformuleerde wensen, de ervaren waardigheid van de bewoner beschermt. Daarentegen correleert uitsluiting van dit proces met gevoelens van machteloosheid en een verminderde subjectieve status als volwaardig persoon (36-38).

5.4.1 De contextualisering van autonomie

Autonomie is geen statisch concept, maar een variabel en contextafhankelijk fenomeen. Effectieve participatie vereist meer dan loutere inspraak. Het veronderstelt een diepgaand begrip van de situatie en de bijbehorende implicaties (39). Cruciaal hierbij is de kwaliteit van de informatieverstrekking, waarbij zowel de inhoud als het tempo van de communicatie afgestemd moeten zijn op het cognitieve vermogen van de oudere (37). De kwaliteit van communicatie is daarom minstens even belangrijk als de feitelijke beslissingsmacht (39).

In de context van een verhuizing naar een woonzorgcentrum is dit extra relevant. De fysieke en cognitieve kwetsbaarheid van de bewoner herdefinieert de grenzen van autonomie en beïnvloedt de wijze waarop men kan en wil participeren (17, 27).

5.4.2 Relationele autonomie

Hoewel Shared Decision-Making (SDM) als theoretisch ideaal geldt, wijst de praktijk binnen deze masterproef op een complexere realiteit (38). Vaak verschuift de uiteindelijke beslissingsmacht naar medische professionals of familieleden. Opvallend is dat de geïnterviewde bewoners volledige zelfbeschikking niet noodzakelijkerwijs als een prioriteit beschouwen. Velen ontlenen juist rust en vertrouwen aan het delegeren van de beslissing aan hun naasten.

Tegelijkertijd wijst dit op een mogelijk spanningsveld tussen bescherming en zelfbeschikking waar de literatuur wel over spreekt (38). Hoewel familieleden en zorgverleners handelen vanuit een zorgmotief, kunnen zij onbedoeld de keuzeruimte van de bewoner beperken. Het fundamentele verschil in de beleving van de bewoner schuilt echter in de erkenning van de eigen stem. Wanneer de oudere expliciet wordt geconsulteerd en de keuze krijgt om de beslissing te delegeren, blijft het gevoel van erkenning behouden. Dit onderstreept het belang van communicatie en transparantie in het besluitvormingsproces. Wanneer een besluit daarentegen buiten de bewoner om wordt genomen, leidt dit tot een gevoel van depersonalisatie. Uit de resultaten blijkt bovendien dat de tevredenheid significant lager ligt wanneer de beslissing wordt geforceerd door actoren buiten de directe sociale omgeving (40).

5.4.3 Het participatiespectrum

In de analyse van autonomie dient een onderscheid gemaakt te worden tussen actieve participatie en passieve instemming. Een bevestigend antwoord ("ja") is niet per definitie een teken van inhoudelijke betrokkenheid, maar kan ook een uiting zijn van berusting in een reeds

voorbereid besluit. De betrokkenheid bevindt zich op een continuüm, variërend van volledige zelfbeschikking en gedeelde besluitvorming tot bewuste delegatie aan derden. Om de integriteit van de bewoner te waarborgen, is het essentieel om vooraf te exploreren waar de bewoner zich op dit spectrum wenst te positioneren. Door de voorkeur voor de mate van betrokkenheid expliciet te bespreken, kan het proces worden afgestemd op individuele behoeften en de specifieke zorgcontext, wat de uiteindelijke acceptatie van de transitie bevordert (38).

5.5 Het woonzorgcentrum als nieuwe leefwereld: veiligheid, structuur en sociale relaties

De intrek in het woonzorgcentrum (WZC) luidt een fundamentele herdefiniëring in van de dagelijkse leefwereld. De nieuwe residentiële setting biedt een gestructureerd kader dat zowel bescherming als begrenzing biedt.

5.5.1 De veiligheid van het woonzorgcentrum versus de rigiditeit van de structuur

De transitie naar het WZC faciliteert directe toegang tot gespecialiseerde zorg en permanente nabijheid van zorgverleners, wat zich voor veel participanten vertaalt in een verhoogd gevoel van veiligheid. Dit comfort kent echter een keerzijde: de vervanging van de persoonlijke autonomie door een institutionele dagstructuur. Waar ouderen in de thuissituatie zelfstandig hun ritme bepaalden, worden zij in de residentiële context onderworpen aan collectieve protocollen. Dit spanningsveld tussen veiligheid en regie is een centraal thema in de literatuur over institutionalisering.

Verschillende anekdotes uit de interviews, zoals het ongewenste vroege uur van opstaan of vervroegde bedtijd, illustreren dat de dagplanning vaak wordt gedicteerd door logistieke zorgnoden en personele bezetting in plaats van individuele voorkeuren. Wanneer een bewoner zich moet schikken naar het ritme van de 'zorgshift', ontstaat wat O'Neill et al. omschrijven als een gevoel van overgeleverd zijn aan het systeem ("at their mercy") (10). Deze 'veiligheid' gaat aldus frequent ten koste van de fundamentele keuzevrijheid en het gevoel van eigenwaarde.

Deze bevindingen onderstrepen de noodzaak voor een verschuiving naar een model van persoonsgerichte zorg (person-centered care), waarbij de residentiële werking niet langer de norm is, maar de individuele levensloop van de bewoner. Het behoud van psychologische regie is hierbij een randvoorwaarde voor een succesvolle adaptatie. Hoewel participanten de sociale meerwaarde van gezamenlijke activiteiten erkennen, dient men waakzaam te zijn voor de 'institutionalisering van vrije tijd' (5). Indien activiteiten niet resoneren met de persoonlijke identiteit, dreigen zij te degenereren tot 'bezigheidstherapie', wat de existentiële leegte eerder benadrukt dan opvult. Betekenisvolle participatie komt volgens Groenvynck et al. enkel tot stand wanneer de bewoner autonomie ervaart in de keuze en vormgeving van de activiteit (5).

5.5.2 Sociale heroriëntatie: van eenzaamheid naar nieuwe verbindingen?

De verhuis naar het WZC dwingt tot een ingrijpende heroriëntatie van het sociale netwerk. Hierbij treden twee nieuwe groepen op de voorgrond: het professionele zorgteam en de medebewoners.

5.5.2.1 De zorgverlener als surrogaat-netwerk

Zorgverleners nemen in korte tijd een prominente plaats in binnen de leefwereld van de bewoner. Zij fungeren niet langer enkel als klinische uitvoerders, maar ontwikkelen zich tot een primair sociaal surrogaat-netwerk. De kwaliteit van deze dagelijkse interactie is deterministisch voor het psychologisch welbevinden. In de interviews kwam echter een manifest gebrek aan persoonlijke erkenning naar voren, gesymboliseerd door het gemis van naambadges en het overschrijden van emotionele grenzen. Het voorbeeld van de bewoner wiens expliciete wens om haar borstamputatie onbesproken te laten werd genegeerd, wat een fundamenteel tekort aan subjectieve bejegening illustreert.

Deze observatie sluit aan bij het theoretisch kader van McCormack en collega's (2016), die stellen dat persoonsgerichte zorg enkel kan slagen wanneer er sprake is van 'sympathieke aanwezigheid' (sympathetic presence). Zij beargumenteren dat zorgverleners vaak vervallen in een louter functionele modus, waardoor de bewoner gereduceerd wordt tot een verzameling zorgtaken of een "klinisch object". Volgens McCormack en collega's (2016) is het essentieel dat zorgverleners de subjectiviteit van de bewoner respecteren; wanneer de persoonlijke grenzen en het levensverhaal van de bewoner worden genegeerd ten gunste van medische routines, ondermijnt dit de vertrouwensband en versterkt het de institutionele vervreemding. De zorgrelatie werkt pas werkelijk ondersteunend wanneer de bewoner zich als uniek individu erkend weet in zijn kwetsbaarheid (45).

5.5.2.2 Horizontale relaties en sociale cohesie

Het contact met medebewoners biedt potentieel voor nieuwe verbindingen, maar de resultaten uit de interviews tonen aan dat deze sociale integratie verre van vanzelfsprekend is. De sociale cohesie op een afdeling blijkt fragiel; factoren zoals uiteenlopende cognitieve capaciteiten en een significante leeftijdskloof werken in de praktijk vaak discriminerend. Het ervaren gevoel van uitsluiting door een jongere participant onderstreept dat loutere fysieke nabijheid geen garantie biedt op een inclusief sociaal klimaat.

Deze bevinding vindt een sterke theoretische onderbouwing in het onderzoek van Ice et al. (41). Zij stelden dat bewoners in woonzorgcentra weliswaar het grootste deel van hun dag doorbrengen in de nabijheid van anderen, maar dat dit zelden leidt tot betekenisvolle sociale interactie. Er is vaak sprake van een 'sociale leegte' waarbij bewoners fysiek samenleven, maar sociaal gesegregeerd blijven. Dit sluit aan bij de bevindingen van Bradshaw et al. , die beargumenteren dat sociale relaties tussen bewoners vaak oppervlakkig blijven. De confrontatie met de fysieke of mentale achteruitgang van medebewoners kan er bovendien toe leiden dat individuen zich emotioneel afsluiten, wat de vorming van diepgaande vriendschappen bemoeilijkt (42).

Dit leidt tot een paradoxale 'omringde eenzaamheid'. Hoewel de kwantiteit van de sociale nabijheid in het woonzorgcentrum toeneemt, gaat dit frequent gepaard met de erosie van het jarenlang opgebouwde sociale weefsel buiten de instelling. Het wegvallen van de vertrouwde maatschappelijke rol en de abrupte breuk met de buurtomgeving creëren een sociaal vacuüm dat niet eenvoudig door institutionele, horizontale contacten wordt opgevuld. Om de kwaliteit van de nieuwe leefwereld te waarborgen, is het daarom essentieel dat het beleid niet enkel inzet op interne groepsactiviteiten, maar ook op het faciliteren van externe verbindingen en individuele sociale continuïteit. Zo kan de overgang van de 'oude' naar de 'nieuwe' wereld minder bruusk verlopen en wordt de bewoner behoed voor sociale isolatie binnen de muren van het woonzorgcentrum.

5.6 De (beperkte) rol van de huisarts

5.6.1 De huisarts: ervaren afwezigheid en gemist potentieel

De participatie van de huisarts in het transitieproces naar het woonzorgcentrum (WZC) blijkt in de praktijk beperkt. In de uitzonderlijke gevallen waarin betrokkenheid werd gerapporteerd, bleef de bijdrage veelal beperkt tot een minimale adviserende rol. Dit staat in schril contrast met de complexiteit van de besluitvorming, waarbij diverse levensdomeinen, persoonlijke visies en structurele randvoorwaarden samenkomen.

Gezien de opgebouwde vertrouwensband zou de huisarts nochtans een cruciale meerwaarde kunnen bieden. Als langdurig eerste aanspreekpunt voor zowel somatische als psychische problematieken bezit de huisarts een diepgaande kennis van de persoonlijkheid en de contextuele achtergrond van de patiënt. Deze expertise stelt de arts in staat om te fungeren als procesbegeleider en te waken over de belangen van de toekomstige bewoner. Deze visie wordt ondersteund door de literatuur van Chadborn et al., die aantonen dat de coördinerende rol en de betrokkenheid van de huisarts bij vroegtijdige zorgplanning essentiële factoren zijn. De bevindingen van deze auteurs suggereren dat, mits er voldoende tijd en ruimte wordt gecreëerd, de huisarts een pivoterende rol kan vervullen in het bewaken van de autonomie en de belangen van de bewoner tijdens de besluitvorming (43).

5.6.2 Zorgcontinuïteit na verhuizing: somatische dominantie versus psychosociaal welbevinden

De onderzoeksresultaten suggereren dat de rol van de huisarts na de opname in het WZC vaak vernauwt tot een strikt somatisch-medische focus. Slechts twee van de zestien respondenten gaven aan dat hun arts informeel polste naar hun psychosociaal welbevinden. Verschillende determinanten liggen hieraan ten grondslag. Ten eerste verschuift de regie: de bewoner verliest vaak de autonomie om zelfstandig een consultatie aan te vragen, een taak die wordt overgenomen door het zorgpersoneel. Hierbij prevaleren objectief meetbare parameters (zoals koorts of hypertensie) vaak boven minder tastbare, psychosociale signalen. Daarnaast fungeert de hoge werkdruk binnen de geriatrische multimorbiditeit als een drempel, waardoor de psychische dimensie ondergesneeuwd raakt door dringende somatische zorgvragen. Ook de fysieke omgeving speelt een rol; het ontbreken van een private consultatieruimte in het WZC belemmert de diepgang van het gesprek. De transitie van de vertrouwde keukentafel naar een gedeelde kamer of een omgeving met aanwezig zorgpersoneel verhoogt de drempel voor het bespreken van kwetsbare emoties. White et al. bevestigen dat de complexiteit van somatische aandoeningen en de dynamiek tussen de verschillende actoren (familie, zorgverleners) een grote uitdaging vormen bij medische besluitvorming (46). Desalniettemin illustreert de studie van Fleischmann et al. dat er ruimte is voor een andere benadering. Duitse huisartsen identificeren zich in dat onderzoek niet enkel als diagnosticus, maar nadrukkelijk als '*carer*' (44). Een dergelijk gespreksondersteunend bezoek wordt door zowel arts als bewoner als waardevol en productief ervaren. Een extrapolatie naar de perceptie van Vlaamse huisartsen op dit vlak vormt een relevante piste voor toekomstig onderzoek.

5.6.3 De gedwongen artsenwissel: Een breuk in continuïteit en zorgkwaliteit

Voor een kwart van de geïnterviewde bewoners resulteerde de verhuizing in een gedwongen afscheid van de vaste huisarts, hoofdzakelijk door verre afstand. De gerapporteerde emoties duiden aan dat dit geen louter logistieke wijziging is, maar een fundamentele breuk in de zorgcontinuïteit betekent. Hoewel een medisch dossier feitelijke informatie kan overdragen, is

de diep-menselijke vertrouwensband die over decennia is opgebouwd niet eenvoudig overdraagbaar naar een nieuwe zorgverlener, zeker niet tijdens de kritieke transitieperiode naar het WZC.

De systematische review van Dyer et al. onderstreept de impact van dit verlies op de zorgkwaliteit. Een langdurige arts-patiëntrelatie wordt geassocieerd met een significante reductie in spoedzorg, ziekenhuisopnames en mortaliteit. Het verlies van deze band, zoals ook geconcludeerd door Dyer et al., overstijgt derhalve de praktische hinder en vormt een direct risico voor de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg voor de bewoner (47).

5.7 Kritische overweging in de methodologie en aanbevelingen voor verder onderzoek

Deze masterproef heeft een aantal tekortkomingen, die belangrijk zijn om in acht te nemen bij het interpreteren van de resultaten en discussie. Vooreerst kan de vraag gesteld worden als datasaturatie werd bereikt. Beide onderzoekers namen elkaars getranscribeerde interviews door en waren van mening dat er na vijftien interviews een punt van datasaturatie werd bereikt. Er is echter geen garantie dat extra interviews nieuwe, relevante informatie aan het licht zou brengen. Bijkomstig zijn in totaal vijftien interviews eerder beperkt voor een kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde interviews. Verder onderzoek met een extra set interviews met bewoners, eventueel aangevuld met interviews met de zorgverleners en familieleden kan een nuttige aanvulling zijn op de reeds gevonden resultaten en bijhorende discussiepunten.

De gekozen inclusie- en exclusiecriteria dienen kritisch te worden bekeken, met name de exclusie van personen met een ernstige cognitieve stoornis. Dit criterium is voornamelijk gekozen om de interviews op een vlotte en heldere manier te laten verlopen. Een interview met een persoon met bv. de ziekte van Alzheimer kan een uitdaging zijn, waardoor de verkregen resultaten ook moeilijker te interpreteren zijn. Deze populatie is echter een belangrijk deel van de woonzorgcentrumpopulatie, waar deze masterproef echter, wegens praktische redenen, aan voorbij gaat.

De uiteindelijke selectie deelnemers bestond uit 3 mannen en 12 vrouwen. Er werd getracht een evenwicht tussen beide geslachten te bereiken, maar hier zijn we, ondanks verschillende pogingen finaal niet in geslaagd. Dit moet ook meegenomen in de interpretatie van de resultaten. Procentueel bestaat de woonzorgcentrumpopulatie uit +/- 70% vrouwen en +/- 30% mannen. Deze masterproef is representatief voor de huidige geslachtsverhoudingen in de Belgische/Vlaamse woonzorgsector (cfr. statistiek Vlaams Parlement na vraag van Veerle Geerinckx aan Minister van Welzijn Hilde Crevits 14 juni 2023)

De drie woonzorgcentra waar de interviews plaatsvonden, zijn gelegen in dorpen en gemeentes. Er is dus geen informatie verkregen uit stedelijke woonzorgcentra. Daarnaast speelt in de beleving van de verhuis, de werking en tevredenheid rond het woonzorgcentrum uiteraard een grote rol. Idealiter, als suggestie voor later onderzoek, wordt dit interview uitgebreid naar verschillende woonzorgcentra, waar ook de stedelijke context wordt in betrokken.

Hoewel er datatriangulatie toegepast werd tijdens de codering van de diepte-interviews, is er nog steeds een kans op observer bias tijdens de analyse en dataverzameling door het persoonlijk referentiekader van de onderzoekers. De manier van dubbele data-codering werd verkozen, zodat deze volledig er en objectiever kon verlopen. Op die manier was de data minder gevoelig aan persoonlijke interpretaties van de onderzoekers en werd getracht observer bias zo veel als mogelijk te beperken. Bovendien moeten we ons ook bewust zijn van mogelijke recall bias bij de oudere generatie, waar we zelf weinig vat op hebben.

6 Bronnen

1. Canković S, Nikolić EA, Jovanović VM, Kvrgić S, Harhaji S, Radić I. Quality of life of elderly people living in a retirement home. Vojnosanit Pregl. 2016;73(1):42–6.
2. Brownie S, Horstmanshof L, Garbutt R. Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: a systematic literature review. Int J Nurs Stud. 2014;51(12):1654–66.
3. Ellis JM. Psychological transition into a residential care facility: older people's experiences. J Adv Nurs. 2010;66(5):1159–68.
4. Groenvynck L, de Boer B, Hamers JPH, van Achterberg T, van Rossum E, Verbeek H. Toward a Partnership in the Transition from Home to a Nursing Home: The TRANSCIT Model. J Am Med Dir Assoc. 2021;22(2):351–6.
5. Groenvynck L, Fakha A, de Boer B, Hamers JPH, van Achterberg T, van Rossum E, et al. Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review.
Gerontologist. 2022;62(7):e369–e83.
6. Holton E, Boyle NB, Simons R, Warters A, O'Philbin L, Lawlor B, et al. Freedom and loneliness: dementia caregiver experiences of the nursing home transition. Age Ageing. 2023;52(3).
7. Kraun L, De Vliegher K, Vandamme M, Holtzheimer E, Ellen M, van Achterberg T. Older peoples' and informal caregivers' experiences, views, and needs in transitional care decision-making: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2022;134:104303.
8. Kraun L, van Achterberg T, Vlaeyen E, Fret B, Briké SM, Ellen M, et al. Transitional care decision-making through the eyes of older people and informal caregivers: An in-depth interview- based study. Health Expect. 2023;26(3):1266–75.
9. Lee DT, Woo J, Mackenzie AE. A review of older people's experiences with residential care placement. J Adv Nurs. 2002;37(1):19–27.
10. O'Neill M, Ryan A, Tracey A, Laird L. "You're at their mercy": Older peoples' experiences of moving from home to a care home: A grounded theory study. Int J Older People Nurs.
2020;15(2):e12305.
11. Ryan AA, Scullion HF. Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers. J Adv Nurs. 2000;32(5):1187–95.
12. Wang P, Yap P, Koh G, Chong JA, Davies LJ, Dalakoti M, et al. Quality of life and related factors of nursing home residents in Singapore. Health Qual Life Outcomes. 2016;14(1):112.
13. Weaver RH, Roberto KA, Brossoie N. A Scoping Review: Characteristics and Outcomes of Residents Who Experience Involuntary Relocation. Gerontologist. 2020;60(1):e20–e37.
14. Wilson SA. The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. J Adv Nurs. 1997;26(5):864–71.
15. Wu CS, Rong JR. Relocation experiences of the elderly to a long-term care facility in Taiwan: a qualitative study. BMC Geriatr. 2020;20(1):280.
16. Young Y. Factors associated with permanent transition from independent living to nursing home in a continuing care retirement community. J Am Med Dir Assoc. 2009;10(7):491–7.
17. Polacsek M, Woolford M. Strategies to support older adults' mental health during the transition into residential aged care: A qualitative study of multiple stakeholder perspectives. BMC Geriatr. 2022;22(1):151.
18. Scott S, Raynor A, Dare J, Grieve J, Costello L. Improving the Transition of Older Adults into Residential Aged Care: A Scoping Review. Clin Gerontol. 2024;47(5):746–59.
19. Scheibl F, Farquhar M, Buck J, Barclay S, Brayne C, Fleming J. When Frail Older People Relocate in Very Old Age, Who Makes the Decision? Innov Aging. 2019;3(4):igz030.
20. Skudlik S, Lüftl K, Thalhammer R, Zaglacher M, Müller M. Experiences of members of

the care triad on transitioning from home to a nursing home: a qualitative study. BMC Geriatr. 2025;25(1):844.
21. Green O, Ayalon L. "Home Is Where My Couch Is": The Role of Possessions in the Process of Moving and Adjusting to Continuing Care Retirement Communities. Qual Health Res. 2019;29(4):577– 88.
22. Johnson RA, Bibbo J. Relocation decisions and constructing the meaning of home: a phenomenological study of the transition into a nursing home. J Aging Stud. 2014;30:56–63.
23. Schreuder MC, Landeweer EGM, Perry M, Zuidema SU. The Impact of Relocations Within Nursing Home Care on Long-Term Care Residents According to Stakeholders: A Qualitative Study. Scand J Caring Sci. 2025;39(1):e13317.
24. Larkey FA, Hughes M, Nancarrow S. The experience of entering residential aged care: The views of residents, family members and staff-an Appreciative Inquiry. Australas J Ageing. 2024;43(1):52–60.
25. Verspeek EAM, Haas M, Brehmer Y, van Scheppingen MA, Bender N, Kliegel M, et al. Changes in cognitive functioning and quality of life after relocation to a nursing home: a prospective longitudinal study of Swiss nursing home residents. Eur J Ageing. 2025;22(1):35.
26. Walker CA, Curry LC, Hogstel MO. Relocation stress syndrome in older adults transitioning from home to a long-term care facility: myth or reality? J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2007;45(1):38–45.
27. Fealy S, McLaren S, Nott M, Seaman CE, Cash B, Rose L. Psychological interventions designed to reduce relocation stress for older people transitioning into permanent residential aged care: a systematic scoping review. Aging Ment Health. 2024;28(9):1197–208.
28. Davison TE, Busija L, McCabe MP. Assessing Residents' Perceptions of Their Relocation to Long-Term Care: Psychometric Validation of the View of Relocation Scale. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(1):122–7.e3.
29. Yong B, Lin R, Xiao H. Factors associated with nursing home adjustment in older adults: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2021;113:103790.
30. Campbell-Enns HJ, Campbell M, Rieger KL, Thompson GN, Doupe MB. No Other Safe Care Option: Nursing Home Admission as a Last Resort Strategy. Gerontologist. 2020;60(8):1504–14.
31. Koppitz AL, Dreizler J, Altherr J, Bosshard G, Naef R, Imhof L. Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study. Int Psychogeriatr. 2017;29(3):517–27.
32. Phillips-Wren G, Adya M. Decision making under stress: The role of information overload, time pressure, complexity, and uncertainty. Journal of decision systems. 2020;29(sup1):213–25.
33. Pulst A, Fassmer AM, Schmiemann G. Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: a systematic review of qualitative research. BMC Geriatr. 2019;19(1):155.
34. Broekema S, Paans W, Oosterhoff AT, Roodbol PF, Luttik MLA. Patients' and family members' perspectives on the benefits and working mechanisms of family nursing conversations in Dutch home healthcare. Health Soc Care Community. 2021;29(1):259–69.
35. Mikaelsson Å, Eriksson LE, Stenfors T, Goliath I. Proactive end-of-life conversations in residential care homes: a qualitative interview study exploring residents' and family members' experiences. BMC Geriatr. 2025;25(1):279.
36. Bangerter LR, Heid AR, Abbott K, Van Haitsma K. Honoring the Everyday Preferences of Nursing Home Residents: Perceived Choice and Satisfaction With Care. Gerontologist. 2017;57(3):479–86.
37. Halamová L, Locock L, Maclaren A, Makin S, Phillips L. Involvement of older adults in shared decision-making on care transitions in the UK: An interpretative qualitative systematic review. Ageing Soc. 2025;45(11):2500–25.
38. Lynch B, Ryan AA, O'Neill M, Penney S. The factors that influence care home residents' and

families' engagement with decision-making about their care and support: an integrative review of the literature. BMC Geriatr. 2022;22(1):873.
39. Chamali G. Analysis Of The Vulnerability Model For Decision-Making In The Field Of Care For The Elderly. INFLUENCE: INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENCE REVIEW. 2024;6(3):12–7.
von Humboldt S, Costa A, Ilyas N, Leal I. Older adults, perceived ageism, civic participation and mental health: a qualitative study. Aging Ment Health. 2024;28(11):1489–501.
40. Ice GH. Daily life in a nursing home: has it changed in 25 years? Journal of aging studies. 2002;16(4):345–59.
41. Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. Age and ageing. 2012;41(4):429–40.
42. 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. Family practice. 2023;40(1):119–27.
43. Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Heim S, Seide S, Geister C, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. BMC family practice. 2018;19(1):14.

44. McCormack B, McCance T. Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice: John Wiley & Sons; 2016.

45. Dohmen MDW, Visser M, Huijg JM, Groot BC, Abma TA. Morality in the Making: The Collaborative Relationship Between Formal Caregivers, Informal Caregivers, and Nursing Home Residents. Gerontologist. 2025;65(6).

46. Dyer SM, Suen J, Williams H, Inacio MC, Harvey G, Roder D, et al. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. BMC Geriatr. 2022;22(1):579.

7 Bijlagen

7.1 Bijlage 1: Flyer

Hoe wordt de overgang naar een woonzorgcentrum ervaren?

Onderzoek naar de ervaringen, drempels en rol van de huisarts bij de overgang naar een woonzorgcentrum

STUDIE?

De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de UGent voert onderzoek naar de ervaringen van ouderen die recent naar een woonzorgcentrum zijn verhuisd.

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek kan worden nagegaan welke rol de huisarts hierin kan spelen.

WIE KOMT IN AANMERKING?

- Interview kan plaatsvinden max. 1 maand voor en 3 maand na effectieve verhuisdag
- U komt vanuit een thuissetting naar het WZC
- Helder van geest en omgeving
- Geen ernstige gehoor- of communicatieproblemen



WAT WORDT VAN JE VERWACHT?

- Interview (+/- 45 min)
  - Deze zijn gepseudonimiseerd



INTERESSE?

Indien vragen of interesse, stuur een mailtje of bel ons op:

Femke Debaene
femke.debaene@ugent.be
+ 32494652970
Seppe Bomeré
seppe.bomere@gmail.com
+32478875073

Onder leiding van
Prof. Dr. Peter Pype en Dr. Fien Mertens



7.2 Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier

Informatie- en toestemmingsformulier Masterproef

Doelpubliek: Vrijwillige 75+-jarige participanten die nakend of recent verhuisd zijn naar een woonzorgcentrum of serviceflat

Rechtsgrond: Toestemming

Taal: Nederlands

UNIVERSITEIT GENT

LUIK 1 - Informatiebrief deelnemers onderzoek

Titel van de studie: Hoe wordt de overgang van de thuissetting naar een woonzorgcentrum/serviceflat ervaren? Wat zijn de grootste drempels? Hoe kan de eerstelijnszorg hier een rol in spelen?

De verantwoordelijke onderzoekers zijn:

ONDERZOEKERS
1. Femke Debaene
Huisarts in opleiding
Universiteit Gent
E-mail:
femke.debaene@ugent.be
Tel. nr.: +32494652970

2. Seppe Bomeré
Huisarts in opleiding
Universiteit Gent
E-mail: seppe.bomere@ugent.be
Tel. nr.: +32478875073

PROMOTOR
Prof. Dr. Pype Peter
Faculteit volksgezondheid en eerstelijnszorg
Universiteit Gent
E-mail: peter.pype@ugent.be

CO- PROMOTOR
Dr. Mertens Fien
Faculteit volksgezondheid en eerstelijnszorg
Universiteit Gent
E-mail: fien.mertens@ugent.be

A. Informatie over de studie

Beste,

Wij zijn Seppe Bomeré en Femke Debaene, twee huisartsen in opleiding, die studeren aan de Universiteit van Gent. In kader van onze masterproef binnen onze 3-jarige opleiding huisartsengeneeskunde doen wij onderzoek naar de impact van de overgang van de thuissetting naar een woonzorgcentrum/serviceflat. U wordt hiervoor uitgenodigd om deel te nemen aan een studie van de Universiteit Gent. Neem voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen voor u beslist deel te nemen aan deze studie. Aarzel niet om vragen te stellen aan één van de onderzoekers als er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Zorg ervoor dat u alles begrijpt. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

Wat is het doel van het onderzoek?

De verhuis van de thuissetting naar een woonzorgcentrum of een serviceflat wordt vaak ervaren als een moeilijke en bepalende gebeurtenis in het leven van een persoon. Aan de hand van interviews met nieuwe bewoners in het woonzorgcentrum of in een serviceflat

zouden wij graag de ervaren drempels bij de verhuis proberen in kaart te brengen. Op die manier zouden we willen analyseren op welke manier de eerste lijn en meer specifiek wij als huisarts dit proces kunnen vergemakkelijken.

Ethische goedkeuring

Deze studie werd op 03/12/2024 goedgekeurd door de Ethische Commissie van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Ethische Commissie te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen uit het Algemeen Ethisch Protocol van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (Universiteit Gent)[1]. De onderzoekers voeren dit onderzoek uit in overeenstemming met de geaccepteerde maatstaven voor wetenschappelijk en ethisch gedrag. Hierbij hanteren ze goede onderzoekspraktijken en houden zij zich aan de principes van onderzoeksethiek zoals beschreven in "Ethics in Social Science and Humanities" (EU, 2018)[2].

B. Informatie m.b.t. deelname

Wat houdt deelnemen aan dit onderzoek in?

Na goedkeuring van het Ethisch Comité zal gestart worden met de rekrutering van participanten. Hierbij zal er gestreefd worden naar een variabel publiek qua geslacht, reden van verhuis, sociaal vangnet, … Deze rekrutering zal verlopen via een selectie door de huisartsen-in-opleiding vanuit hun eigen patiëntenbestand, via de woonzorgcentra in de buurt waar de huisartsen-in-opleiding langsgaan of via flyerverspreiding in de lokale regio. Deze rekrutering zal lopen vanaf de goedkeuring van het Ethisch Comité tot ten laatste eind 2025. Tijdens de rekrutering zullen er simultaan diepte-interviews worden afgenomen door de huisartsen-in-opleiding en zullen deze interviews worden getranscribeerd, gecodeerd en verwerkt in de resultaten van de masterproef. Deze masterproef zal finaal worden ingediend in de periode mei-juni 2026.

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Indien u weigert om deel te nemen, of wanneer u beslist zich terug te trekken uit een lopende studie, zal dit op geen enkele manier een invloed hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker. Er wordt wel verzocht om in beide gevallen dit zo snel mogelijk te melden aan de onderzoeker waarmee u in contact staat.

[1] https://www.ugent.be/pp/nl/onderzoek/ec#Regelsenprotocollen

[2] https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020_ethics-soc-science-humanities_en. pdf

Als u dit wenst, kan u een samenvatting van de onderzoeksbevindingen krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn. Om een samenvatting te krijgen kan u dit aanvragen bij de onderzoeker waarmee u contact hebt.

Wat zijn de risico's en voordelen bij deelname aan dit onderzoek?

Aan dit onderzoek is geen enkel bekend blijvend risico verbonden.

Door deel te nemen aan de studie wordt er hopelijk informatie verzameld over welke facilitoren in de verf kunnen worden gezet en welke barrières weg kunnen genomen worden tijdens een verhuis naar het woonzorgcentrum of serviceflat. Op die manier zou zo'n verhuis die door de vergrijzing van de bevolking steeds vlotter moeten kunnen verlopen voor de participant, zijn/haar familie, de samenleving, kennissen binnen het vakgebied,….

Is er een vergoeding of beloning voorzien bij deelname aan dit onderzoek?

Aan dit onderzoek is er geen vergoeding of beloning verbonden.

C. Informatie m.b.t. Privacy en Persoonsgegevens

Het wettelijk kader voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie in het kader van dit onderzoek wordt bepaald door:

- De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR);
- De Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018

De onderzoekers dienen zich te houden aan de generieke gedragscode voor de verwerking van persoonsgegevens van de UGent[3].

Welke persoonsgegevens worden verzameld?

De volgende persoonsgegevens zullen worden verwerkt:

- Naam en voornaam, geslacht, burgerlijke staat, aantal kinderen + graad van contact
- E-mailadres of telefoonnummer
- Thuisadres en verhuisadres woonzorgcentrum/serviceflat

De persoonsgegevens zullen verzameld worden met behulp van vragenlijsten op papier, audio- en videoregistratie van interviews.

Waarom worden deze persoonsgegevens verzameld?

De bovenstaande vermelde persoonsgegevens zijn van belang om een zo representatief mogelijk en zo wijd mogelijk vertegenwoordigde populatie deelnemers te hebben. Daarnaast

[3]https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/gedragscode-persoonsgegevens.htm

dient het telefoonnummer en/of e-mailadres voor het eventueel gewenst doorsturen/ op de hoogte te houden van de bevindingen in de studie.

Op basis van welke rechtsgrond worden de gegevens verwerkt?

Voor het verwerken van uw persoonsgegevens zal uw expliciete toestemming gevraagd worden. Dit gebeurt via het ondertekenen van een 'toestemmingsformulier'. Deze toestemming kan ten alle tijden worden ingetrokken door dit te melden aan de onderzoeker waarmee u in contact staat.

Wie heeft toegang tot mijn (persoons)gegevens?

Bovenvermelde onderzoekers, promotor en co-promotor hebben toegang tot de data binnen de UGent, met als doel verder onderzoek binnen ditzelfde onderwerp te blijven voorzien van verworven data. Deze gegevens zullen gedurende 10 jaar bewaard worden op een gepseudonimiseerde manier via een audio-fragment van het diepte-interview en een transcriptie zodat de vertrouwelijkheid van de persoonsgegevens gegarandeerd wordt.

Hergebruik van gegevens

De hier verzamelde onderzoeksgegevens kunnen ook nog nuttig zijn bij het beantwoorden van andere onderzoeksvragen. Daarom bestaat de mogelijkheid dat de onderzoeksgegevens worden hergebruikt op een later tijdstip voor ander onderzoek. Het hergebruiken van de onderzoeksdata kan zowel gebeuren binnen het eigen onderzoeksteam, als door externe onderzoekers binnen de Europese Unie. Hiertoe zullen de onderzoeksgegevens op een gecontroleerde wijze ter beschikking worden gesteld via een speciaal daarvoor bedoeld deelplatform voor onderzoeksdata. Hierbij worden alle nodige maatregelen genomen om de vertrouwelijkheid van uw persoonsgegevens te garanderen zoals wordt voorgeschreven in de UGent Generieke Gedragscode voor het omgaan met persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie.

Welke rechten heeft u als deelnemer met betrekking tot uw persoonsgegevens?

In overeenstemming met de Europese en Belgische privacywetgeving[4] wordt uw persoonlijke levenssfeer gerespecteerd. Zoals reeds aangegeven, kan u op elk gegeven moment uw toestemming intrekken en dit zonder opgave van reden. Dit betekent dat uw gegevens niet verder verwerkt zullen worden vanaf het moment van intrekking.

U heeft het recht op inzage van de gegevens die over u verzameld werden en u kan eveneens een kopie vragen, voor zover dit geen afbreuk doet aan de rechten en vrijheden van anderen, waaronder die van de Universiteit Gent. Elk onjuist gegeven over u kan op uw

[4] Dit zijn: de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR); de Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018; de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

verzoek verbeterd worden. Bovendien heeft u recht op vergetelheid: dit betekent dat u, na het intrekken van uw toestemming, kan vragen om uw persoonsgegevens te laten verwijderen.

Om een van bovenstaande rechten uit te oefenen, kan u contact opnemen met de betrokken onderzoekers via seppe.bomere@ugent.be of femke.debaene@ugent.be of via bovenvermeld telef

Heeft u een klacht?

Als u een klacht wil indienen over de manier waarop uw persoonsgegevens worden behandeld of als u vragen heeft met betrekking tot uw persoonsgegevens in het kader van dit onderzoek, dan kan u contact opnemen met de functionaris voor gegevensbescherming van de Universiteit Gent via privacy@ugent.be of T 09 264 95 17.

U kan ook een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel (e-mail: contact@apd-gba.be) en/of de Vlaamse Toezichtcommissie (e-mail: contact@toezichtscommissie.be)

LUIK 2 - Toestemmingsformulier Participant

A. Toestemming m.b.t. deelname aan de studie

Gelieve het juiste bolletje aan te kruisen	Ja	Nee
Ik neem vrijwillig deel aan deze wetenschappelijke studie.	o	o
Ik weet dat ik me op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.		
Ik heb het informatieformulier gelezen en heb voldoende uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de voorziene effecten van de studie. Ik kreeg de gelegenheid om vragen te stellen en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.		
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UGent, na raadpleging van de ethische commissies van elk Belgisch centrum waar deze studie zal worden uitgevoerd, en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	o	o

B. Toestemming m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	Ja	Nee
Ik geef toestemming om audio-opnames te maken van het interview.	o	o
Ik weet dat ik rechten heb om mijn privacy te vrijwaren (o.a. inzage, verbetering, verwijdering) en tot wie ik me moet richten om deze rechten uit te oefenen.	o	o
Ik geef toestemming aan de onderzoekers om voor de doelstellingen van deze studie (persoons)gegevens van mij te verzamelen, verwerken, bewaren (voor een termijn van 10 jaar), analyseren en erover te rapporteren.		
Ik geef toestemming om gepseudonimiseerd opgenomen te worden in publicaties in het kader van deze studie.	o	o

C. Toestemming m.b.t. het hergebruik en delen van data

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	Ja	Nee
Ik geef toestemming aan onderzoekers van de onderzoeksgroep om mijn gegevens te **hergebruiken** voor verder gelijkaardig wetenschappelijk onderzoek.	o	o

Ik geef toestemming aan de onderzoekers om mijn gegevens te **delen** voor verder gelijkaardig wetenschappelijk onderzoek en dit **binnen de Europese Unie.**. Hierbij worden alle nodige maatregelen genomen om de vertrouwelijkheid van mijn persoonsgegevens te beschermen.	o	o

D. Voorwaarden die door de onderzoeker moeten nagegaan worden voor de start van het diepte-interview

*in te vullen door de onderzoeker voorafgaand aan de start van het diepte-interview

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Naam deelnemer	Naam onderzoeker
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

7.3 Bijlage 3: Mail ter rekrutering van de hoofdverpleegkundige

Onderwerp: Uitnodiging tot deelname aan onderzoek rond transitie naar woonzorgcentra Geachte [Naam

Hoofdverpleegkundige],

Met deze mail willen wij u informeren over een lopende studie die wordt uitgevoerd door master- na-masterstudenten huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent, onder begeleiding van Prof. Dr. Pype. Het onderzoek richt zich op de ervaringen van ouderen tijdens de transitie van een thuissituatie naar een woonzorgcentrum of serviceflat.

Doel van de studie:
De verhuis naar een woonzorgcentrum is een ingrijpende gebeurtenis die veel ouderen en hun families stress en onzekerheid kan bezorgen. Onze studie beoogt deze overgangsfase beter te begrijpen en te analyseren hoe huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals dit proces kunnen vergemakkelijken. Het onderzoek zal bijdragen aan een verbeterde ondersteuning voor ouderen en hun netwerk.

Uw rol en medewerking:
Voor een succesvolle uitvoering van deze studie rekenen wij op uw waardevolle hulp. Wij zouden het op prijs stellen als u de volgende stappen zou willen ondernemen:

1. **Informeren van bewoners:** Gelieve de bewoners die mogelijk in aanmerking komen te informeren over de studie, gebaseerd op de inclusiecriteria (recent verhuisd, geen ernstige cognitieve achteruitgang, etc.). Een overzicht van deze criteria is beschikbaar indien gewenst in bijlage.
2. **Bevorderen van deelname:** Wij vragen u vriendelijk om de bewoners te bevragen of zij interesse hebben in deelname. Indien zij geïnteresseerd zijn, kunt u hun contactgegevens doorsturen naar ons onderzoeksteam.
3. **Verdelen van informatiemateriaal:** Flyers en andere relevante documenten worden ter beschikking gesteld, zodat bewoners en hun families een goed geïnformeerde beslissing kunnen nemen.
4. **Ondersteunen bij praktische afspraken:** Voor bewoners die informeel hebben toegestemd, zal een lid van ons onderzoeksteam contact opnemen om verdere informatie te verstrekken en een geschikt moment en locatie voor het interview af te spreken.

Gegevensbescherming en ethiek:
De studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van Universiteit Gent en volgt alle richtlijnen omtrent gegevensbescherming en ethisch onderzoek. De anonimiteit en het welzijn van de deelnemers staan centraal in alle fasen van het onderzoek.

Contact:
Indien u vragen heeft of meer informatie wenst, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen via seppe.bomere@ugent.be en femke.debaene@ugent.be of telefonisch op 0478875073 of 0494652970. Wij kunnen ook een korte toelichting geven tijdens een teamvergadering indien dit wenselijk is.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking en kijken ernaar uit om samen te werken aan dit belangrijk onderzoek.

Met vriendelijke groet,
Seppe Bomeré en Femke Debaene

7.4 Bijlage 4: Vragenlijst semi-gestructureerde interviews

Onderzoek naar overgang thuissetting naar WZC

Vragen (interviewer)	**Prompts (o.a. bijvragen stellen, stiltes laten, tussentijdse samenvatting)**
Introductie	
· Naam/namen vragen · Pseudoniem vragen · Jezelf (interviewer) voorstellen · Doel en verloop van het onderzoek en het gesprek toelichten · Wijzen op vertrouwelijkheid · Wijzen op het feit dat ze het gesprek te allen tijde kunnen stopzetten indien gewenst · Uitleg van de dataprotectie en informed consent · Vragen om eventuele GSM uit te zetten	- Nagaan of de informed consent ondertekend werd door participant
Aangeven dat opname zal starten (recorder opzetten)	
Socio-demografische vragenlijst: checken als deze is ingevuld	

Introductievraag	
Hoe lang bent u reeds in het woonzorgcentrum woonachtig/wanneer staat de verhuis naar een woonzorgcentrum gepland?	• Kijken met welke gevoelens de bewoner naar de overgang kijkt en hoe hij/zij erover praat?

Kernvragen	
• Wie heeft die beslissing genomen om naar het WZC te gaan?	
• Hoe heb je de overgang van de thuissetting naar het woonzorgcentrum ervaren?	• Wat kon er volgens jou beter? • Wat kon de overgang voor jou gemakkelijke gemaakt hebben?

• Wat ging er vlot? • Wat ging er moeilijk?	• Had je op voorhand ergens schrik voor?
	• Waar ben je op gebotst tijdens de verhuis, wat je voordien niet had verwacht? • Wat heb je gemist?
• Wie was er hierbij allemaal betrokken?	• Wat was de rol van de huisarts? • Vind je dat de huisarts hier een te grote rol in heeft gespeeld, of dat hij nog meer betrokken kon worden? • Wie heb je gemist als betrokken partij? • ·Wat was jouw aandeel in de verhuis?
• Wie valt onder jouw sociaal vangnet?	
• Hoelang heeft die overgang geduurd?	
• Wist je op voorhand een beetje waar je aan toe was?	
• Hoe voel je je nu hier in het woonzorgcentrum/in de serviceflat?	• Hoe zijn jouw eerste dagen hier verlopen? • Welke gevoelens stonden op de voorgrond de week voor/na de overgang?

Eindvragen

De interviewer maakt een korte samenvatting van het gesprek.

- Vind je dit een goede samenvatting van het gesprek? Ben ik iets vergeten?
- Het gesprek is afgelopen. Wat moet ik van jou zeker onthouden uit ons praatje?
- Zijn er nog vragen die jij wil stellen aan mij? Of dingen die jij graag wil weten? Heb je nog bezorgdheden?

Heel erg bedankt voor uw/jullie tijd en bijdrage aan onze studie. Indien u/jullie nog bijkomende vragen of opmerkingen hebt/hebben over dit interview, de data, of het onderzoek in het algemeen, aarzel dan niet om contact op te nemen met de uitvoerende onderzoeker (geef gegevens mee).

Reactie van de geïnterviewde + maatregelen
Participant begint te wenen - Zakdoekjes aanbieden - Troosten - Aanbieden om even te pauzeren - Eventueel: stopzetten interview, later terugkeren Als onderzoeker emotioneel betrokken raken bv. zelf beginnen wenen: - Erkennen dat hun verhaal een impact heeft op jou, dat het jou raakt - Excuseren voor de niet verwachte reactie van de onderzoeker De participant niet zoveel zegt: - Vragen of het moeilijk is om hierover te praten, of de oudere misschien even wil pauzeren, het interview verderzetten op een ander moment, wil tekenen wat hij/zij voelt, even over iets anders wil praten, … De oudere wordt opstandig/boos: - Zelf kalm blijven - Als het echt niet lukt, vragen of het oké is om een andere keer het interview een andere keer verder te zetten