

Open deuren . . .

van idee naar werkelijkheid

in zakformaat

Mandy van Helden Laurie den Braber Marco van Duuren

2e druk

Mandy van Helden werkt als manager zorg en behandeling bij het Rotterdamse verpleeghuis Aafje De Twee Bruggen en het Psychogeriatrisch Expertisecentrum Aafje Smeetsland. Mandy is haar gehele loopbaan werkzaam in de ouderenzorg, met een achtergrond als verzorgende, agogisch hulpverlener en supervisor. Lange tijd combineerde zij haar leidinggevende functies met onderwijs en gedragsconsulentschap. Zij introduceerde sociotherapeutisch werken in de verpleeghuizen en ze richt zich op het vergroten van de expertise van zorgprofessionals op het gebied van onbegrepen gedrag. Haar passie komt voort uit de inhoud met als doel het in hun kracht zetten van zorgprofessionals en cliënten, juist in hoogcomplexere situaties. Mandy heeft meerdere zorgpublicaties op haar naam staan.

Laurie den Braber is specialist ouderengeneeskunde bij Aafje, met een grote passie voor persoonsgerichte zorg binnen de langdurige zorg. Vanuit haar dubbelrol als kaderarts psychogeriatric en WZD-functionaris combineert zij medische expertise met een scherp oog voor ethiek en kwaliteit van leven. Ze is nauw betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van het passend opendeurbeleid, met een focus op het vinden van de juiste balans tussen vrijheid en veiligheid binnen zorgorganisaties.

Marco van Duuren is programmamanager behandeling bij Aafje en voorzitter van de centrale kwaliteitscommissies, waaronder de WZD-commissie. Direct na zijn geneeskundeopleiding begon hij in het management bij Aafje. Na eerst verantwoordelijk te zijn geweest voor de aansturing van zorgteams, is hij inmiddels zestien jaar verantwoordelijk voor de behandeldienst. Vanuit zijn betrokkenheid en kennis van de inhoud heeft Marco de opleiding tot WZD-functionaris afgerond. Zijn passie is teruggeven van de regie over het eigen leven aan mensen met dementie.

Met dank aan Sushilla Erlings-Stehouwer voor haar bijdrage en coördinerende rol bij de implementatie in Aafje Smeetsland waar hoofdstuk 6 op gebaseerd is. Dank aan Désirée de Heij en Kim Wuijts voor de redactionele ondersteuning en aan Verona Oudijk voor de vormgeving van het binnenwerk en de cover.

Voorwoord	7
Inleiding	9
Hoofdstuk 1 - Passende vrijheid	11
Hoofdstuk 2 - De cliënt en het systeem	17
Hoofdstuk 3 - De medewerker	27
Hoofdstuk 4 - Wetgeving en ethiek	33
Hoofdstuk 5 - Vastgoed en locatie	43
Hoofdstuk 6 - Een praktisch stappenplan	51
Nawoord	61
Bronvermelding	63

Wat betekent vrijheid als je met dementie leeft? En hoe zorgen onze zorgprofessionals ervoor dat die vrijheid mogelijk blijft? ‘Open deuren ... van idee naar werkelijkheid’ geeft hier op een inspirerende en toegankelijke manier antwoord op. Vergeet dikke beleidsstukken of ingewikkelde theorieën; dit is een praktische gids die recht naar de kern van goede zorg gaat: menselijk, met vertrouwen en met lef.

Bij Aafje geloven we dat mensen met dementie, net als ieder ander, recht hebben op eigen regie, ruimte en waardigheid. Dit vraagt soms om een andere kijk: niet denken in beperkingen, maar in mogelijkheden. We doen de deur dus niet automatisch op slot, maar juist open ... tenzij. En waar mogelijk zelfs zonder inzet van technologie.

En ja, dit kan spannend zijn en roept zeker vragen op. Maar het brengt óók beweging. En wow, wat geeft het energie als je ziet wat er gebeurt als we die openheid durven omarmen. Niet uit naïviteit, maar vanuit puur vakmanschap en hart voor de cliënt.

Aan collega-bestuurders en beleidsmakers: als het vraagstuk van open deuren je bezighoudt, weet dan dat je niet de enige bent. Deze zoektocht vraagt om moed, samenwerking en durven loslaten van vertrouwde zekerheden. Dit zakboekje is daarbij een waardevolle steun. Het biedt de juiste taal, herkenbare praktijkvoorbeelden en een duidelijke richting. Laten we samen de overstap maken: van beheersen naar begeleiden en van sluiten naar openen met geen, dan wel zo min mogelijk domotica.

En aan alle toppers in de zorg: dit boekje is voor jullie. Ter inspiratie. Als aanmoediging. En als bevestiging dat jullie werk ertoe doet. Elke dag weer.

Dus blader, bespreek, probeer. En laat je raken.

Guy Buck

Voorzitter Raad van Bestuur Aafje

“Open deuren brengen een
nieuwe, vrolijke dynamiek.
Onbegrepen gedrag neemt af
en de samenwerking wordt
hechter.”

Meer vrijheid voor bewoners en open deuren in het verpleeghuis. Het is een wens van velen, maar voor zorgorganisaties toch nog vaak een worsteling. Terwijl enkele pioniers met behulp van technologie de deuren al hebben geopend, blijven ze op de meeste plaatsen gesloten. De druk om hier verandering in te brengen neemt toe, niet alleen vanuit de media en brancheorganisaties, maar ook vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Dit roept belangrijke vragen op. Hoe geef je bewoners met dementie meer vrijheid, zónder de veiligheid uit het oog te verliezen? Hoe voldoe je aan de Wet zorg en dwang, die logisch klinkt maar in de praktijk zo complex blijkt? En hoe zorg je dat technologische oplossingen ondersteunen in plaats van een nieuwe vorm van beperking worden? De grootste vraag is wellicht: hoe krijg je iedereen, van medewerkers tot familie, mee in deze verandering en hoe accepteer je dat vrijheid ook risico's met zich meebrengt?

Het antwoord is niet eenvoudig, maar wij weten uit ervaring dat het haalbaar is. En het resultaat is fantastisch. Het openen van deuren brengt een nieuwe, vrolijke dynamiek. Onbegrepen gedrag neemt af en de samenwerking wordt hechter en leuker, omdat je met elkaar de verantwoordelijkheid draagt. En denk aan de familie, die niet langer achterom kijkt naar hun ouder of partner achter een gesloten deur.

Dit is geen droombeeld, maar dit is de dagelijkse praktijk bij het Psychogeriatrisch Expertisecentrum Aafje Smeetsland in Rotterdam-Zuid. Hier wonen 210 cliënten met zeer complexe zorgvragen, van psychogeriatric tot Korsakov. Geen idyllische omgeving met extra budget, maar een uitdagende stadslocatie met dezelfde financiële middelen als ieder ander verpleeghuis. En bij ons zijn de deuren open. Voor iedereen. Zonder grootschalige inzet van domotica.

In dit zakboekje laten we je zien hoe we dat doen. We bieden je de handvatten om passende vrijheid in je eigen organisatie vorm te geven. Van de basisvoorwaarden, zoals persoonsgerichte zorg en methodisch handelen, tot wet- en regelgeving, ethiek en de rol van het gebouw. We sluiten af met een realistisch en in de praktijk getoetst implementatieplan.

Vrijheid is een breed begrip, zeker als het gaat om mensen met dementie. In dit handzame en praktijkgerichte zakboekje nemen we je mee in wat er nodig is om maximale vrijheid te creëren voor cliënten met dementie die wonen of verblijven in een zorgorganisatie. Het uiteindelijke doel? Om de deuren, zowel letterlijk als figuurlijk, te openen en waar mogelijk zonder inzet van domotica.

Dit hoofdstuk belicht de aandachtspunten en voorwaarden die nodig zijn om vrijheid voor mensen met dementie mogelijk te maken. Pas als daaraan wordt voldaan, kunnen we die vrijheid goed vormgeven. Het gevaar schuilt erin dat deze aandachtspunten en voorwaarden gaan domineren, waardoor het streven naar vrijheid vertraagt of zelfs volledig blokkeert. Vaak komt dit voort uit een grote mate van bezorgdheid, een sterke focus op veiligheid en de wens om elk risico uit te sluiten. Voeg daar een op beheersing gerichte managementcultuur aan toe, en je begrijpt waarom de vrijheid in veel organisaties fors is ingeperkt.

Vrijheid

Denk aan deuren die op slot blijven: van kasten, van de eigen kamer of de voordeur die de toegang naar buiten belemmert, ongeacht de behoefte van de cliënt. Maar vrijheid inperken gaat, soms zonder dat we ons daar bewust van zijn, verder dan alleen de fysieke ruimtes. Het gaat ook over een cliënt die niet mag kiezen welke kleding te dragen, hoe laat iemand opstaat of dat roken of een wijntje drinken niet is toegestaan. De voorbeelden zijn talloos.

Het is belangrijk te beseffen dat er vroeger, al in de jaren zeventig, organisaties waren waar mensen met dementie veel vrijheid kregen, en dat zonder domotica. Pas later, toen veiligheidsdenken en risicopreventie steeds meer centraal kwamen te staan, nam de vrijheid af. Hoewel de intrede van domotica zorgde voor een lichte toename van de bewegingsvrijheid, is de keerzijde dat lang niet iedere cliënt deze vrijheid ook daadwerkelijk krijgt, terwijl dit wel mogelijk is en eigenlijk ook zou moeten.

Gelukkig staat het opendeurbeleid alweer enige tijd volop in de schijnwerpers, en dat is goed. Vrijheid is immers kostbaar en mag en kan je niet zomaar afnemen. Zoals eerder benoemd, is het creëren van persoonsgerichte vrijheid veel breder dan alleen het openen van deuren. Ook voor mensen met dementie is het essentieel om een waardevol leven te ervaren. Een persoonlijk gevoel van vrijheid vormt hier een belangrijk onderdeel van. Dit betekent dat vrijheid ervaren een belangrijk onderdeel is van passende zorg. Het vraagt om een persoonsgerichte, individuele invulling, gebaseerd op wat iemand persoonlijk als vrijheid ervaart en welke factoren dit bevorderen of belemmeren. Denk bijvoorbeeld aan de ene cliënt die zich pas veilig voelt als de kamerdeur gesloten is, terwijl de andere cliënt juist de deur open wil met een nachtlampje aan.

Vrijheid is nooit grenzeloos, voor niemand. Je bent vrij in je keuzes, maar die vrijheid stopt waar je de vrijheid of veiligheid van een ander schaadt: de vrijheid van de ene persoon, mag nooit ten koste gaan van die van een ander. Binnen de gegeven situatie, in dit geval de zorgorganisatie en de aanwezigheid van anderen, krijgt vrijheid vorm. Cruciaal voor het ervaren van vrijheid is het kunnen maken van eigen keuzes, waarbij altijd sprake is van afstemming op anderen.

Iedereen heeft in het leven ervaringen opgedaan rondom het begrip vrijheid, met bijbehorende verwachtingen en invullingen. Deze ervaringen neemt iemand mee bij verhuizing naar een zorgorganisatie. De verhuizing zelf kan al complex zijn, zeker bij een onverwachte of gedwongen opname op basis van wetgeving. Daarom is het belangrijk dat professionals, samen met de cliënt en familie, een beeld krijgen van de behoeften van een nieuwe cliënt. Bij voorkeur al vóór de opname. Het uitgangspunt hierbij is steeds: optimaliseren van de ervaren vrijheid door cliënt en mantelzorger.

Belang van persoonlijk contact en opletters bij inzet domotica

Persoonlijk contact met de cliënt is de sleutel om het begrip vrijheid concreet vorm te geven. Een oprechte relatie tussen hulpverlener en cliënt ontstaat echter niet vanzelf; het vraagt om specifieke vaardigheden en een bepaalde manier van werken. Neem domotica, zoals sensoren, automatische sloten of gezichtsherkenning. Dit kan de vrijheid van een cliënt bevorderen, maar het kan die vrijheid net zo goed inperken. In het beste geval ondersteunt domotica iemands zelfstandigheid, zoals een sensor waardoor 's nachts het licht automatisch aangaat voor een

veilige gang naar het toilet. Maar zonder persoonlijke tussenkomst van een hulpverlener werkt domotica al snel belemmerend en kan het juist het gevoel van vrijheid wegnemen.

Een voorbeeld is elektronische bewaking, zoals gezichtsherkenning, die bepaalt of een deur open blijft of dicht gaat voor een cliënt. Zo'n systeem maakt geen inschatting van de situatie of de behoefte van de persoon. Waar een zorgverlener kan afwegen waarom iemand even naar buiten wil, reageert technologie alleen op vooraf ingestelde signalen. Zonder menselijk contact of nuance kan domotica voelen als controle in plaats van ondersteuning.

Cliënten en hun mantelzorgers echt kennen is daarom essentieel. Alleen dan kan je afspraken maken, dingen uitproberen en de juiste begeleiding bieden. Zoals je leest, gaat het hier om een zorgcultuur die is gericht op het verkrijgen van vrijheid. Dit in tegenstelling tot een cultuur die gericht is op risico's en problemen, waarmee je gemakkelijk (onbewust) in de 'maatregelen'-sfeer belandt. Een organisatiecultuur loopt van de Raad van Bestuur tot aan de hulpverleners in het primaire proces, en weer terug.

Wat biedt vrijheid en hoe om te gaan met de zorgen?

Natuurlijk zijn er belemmerende factoren en oprechte zorgen, en soms vragen die veel aandacht. Maar vaker zijn het belemmerende gedachten, gebaseerd op angst of een andere vorm van weerstand. Het is belangrijk om in alle openheid bij jezelf te onderzoeken hoe jij erin zit. En dat ook als team en organisatie te doen.

Het heeft geen zin om deze zorgen weg te wuiven of te bagatelliseren; integendeel, ze zijn juist nodig om vanuit alle perspectieven naar dit belangrijke thema te kijken. Deze gedachten zijn niet zomaar ontstaan; ze hebben een basis en verdienen het om aandachtig onderzocht te worden. Zo kun je samen verkennen wat vrijheid creëren precies inhoudt, waar de zorgen zitten en wat nodig is om dit te kantelen naar een werkwijze waarin elke hulpverlener zich gehoord en gezien voelt.

Het begint uiteraard met het ontwikkelen van een duidelijke visie. Kijk eens naar wat het cliënten, familie en hulpverleners oplevert als de deuren open zouden zijn. Deze twee aspecten, de zorgen en de positieve impact, moeten met elkaar in evenwicht worden gebracht. Je ziet het: een hele lijst! En waarschijnlijk kun je hem nog wel aanvullen.

Vrijheid versus zorgen

Wat biedt vrijheid?	Waar zitten de zorgen?
Clënten kunnen in de locatie overal gaan en staan waar ze willen.	Clënten raken kwijt en moeten gezocht worden.
Geen verdriet, agitatie en agressie bij cliënten omdat zij door een dichte deur worden tegengehouden.	Het kost meer tijd op een dag, want we weten niet waar cliënten zijn.
Blijve familieleden die weten en ervaren dat hun naaste niet op een gesloten afdeling zit en de vrijheid heeft.	Clënten krijgen hun medicatie niet op tijd.
Bezoekers nemen met een gerust hart afscheid, zonder hun naaste verdrietig achter een gesloten deur achter te laten.	Clënten vergeten te eten en te drinken.
Hulpverleners hoeven cliënten niet bij een deur weg te halen, af te leiden of tegen te houden als bezoek vertrekt of als iemand de afdeling wil verlaten.	Clënten raken oververmoeid, ze lopen heel de dag.
Collega's van ondersteunende diensten kunnen beter hun werk doen en betreden en verlaten de afdelingen rustiger.	Familieleden zijn angstig dat hun geliefde verdwaalt, onvoldoende zorg ontvangt of iets ergs overkomt.
Onbegrepen gedrag neemt af.	Clënten vallen en kunnen wellicht iets breken.
Afname van psychofarmaca.	Er is te veel onbegrepen gedrag, cliënten kunnen niet van de afdeling.
Toename van tevreden en ontspannen familie en andere bezoekers.	De familie wordt boos als een cliënt kwijt is of nog niet gegeten heeft.

Wat biedt vrijheid?	Waar zitten de zorgen?
De arbeidsvreugde neemt toe.	We staan met te weinig collega's op de afdeling; het werk is al zo zwaar.
Hulpverleners kunnen een betere band opbouwen met cliënten, want zij houden iemand niet meer tegen. Meer wederzijdse succeservaringen.	Het management geeft nu al te weinig ondersteuning, wat als het straks fout gaat? Wie is er dan verantwoordelijk?
Doorbreken van aanwezige hospitalisatie.	De cliëntenraad is tegen.
Cliënten doen allerlei ervaringen op met andere plekken en mensen.	Het gebouw is oud, een opendeurbeleid kan daarom niet.
Cliënten leren en dit doet een positief beroep op het cognitieve vlak.	Cliënten gaan overal plassen, nemen spullen mee van andere afdelingen, maken spullen kwijt en gaan in alle bedden liggen.
Een leuke en positieve energie.	Angst voor verwondingen of ongelukken.
De samenwerking verbetert met collega's van andere afdelingen, ondersteunende diensten en de staf, want de deuren openen doe je samen!	Medewerkers voelen zich verantwoordelijk, maar zijn overbelast.
Zonder domotica hoeft er niemand een keuze te maken wie wel en niet vrij door de locatie kan bewegen. Ook raakt er niets zoek en ook dat kost minder geld.	Zonder domotica lijken open deuren onmogelijk.

Neem deze punten eens rustig door, zowel alleen als met je team, en bespreek ze in een bijeenkomst. Probeer hierbij open te staan voor elkaars perspectieven. Het gesprek hierover is de eerste stap naar het definiëren van vrijheid.

Samenvattend

In dit hoofdstuk hebben we je meegenomen in het begrip vrijheid voor mensen met dementie die in een zorgorganisatie wonen of tijdelijk verblijven. Vrijheid is nooit onbegrensd en vindt altijd in een bepaalde context plaats. Bovendien reikt vrijheid verder dan alleen het openen van deuren; het omvat alle levensgebieden van de cliënt.

Het is essentieel om de cliënt te kennen, persoonsgericht te werken en een goed contact met de familie te onderhouden. Dit vormt de basis om vrijheid op een verantwoorde manier te kunnen creëren. Tot slot hebben we besproken wat vrijheid kan bieden en waar de eventuele zorgen van hulpverleners en familieleden liggen. Het is cruciaal dat deze zorgen serieus worden genomen en zorgvuldig worden onderzocht.

HOOFDSTUK 2

DE CLIËNT EN HET SYSTEEM

Echte bewegingsvrijheid is meer dan een deur van een afdeling of locatie openen. Het begint met een duidelijke visie en betekenis geven aan het begrip vrijheid. Wat betekent vrijheid voor iemand die niet zelfstandig kan wonen en een veilige omgeving nodig heeft? Die vraag is het startpunt, ongeacht of iemand vrijwillig of onvrijwillig in de zorgorganisatie verblijft.

Waar het om gaat is dat de individuele vrijheid direct al start bij de opname en aangebracht wordt in het contact en de directe leefomgeving van de cliënt. Om dit voor elkaar te krijgen, moet je aan een paar belangrijke voorwaarden voldoen. In dit hoofdstuk lees je wat daarvoor nodig is. We kijken naar de cliënt en zijn sociale omgeving, en naar de basis die je moet leggen om individuele vrijheid mogelijk te maken: in de eigen kamer, op de woongroep, in de locatie en daarbuiten.

Persoonsgericht werken

Persoonsgericht werken betekent dat je kijkt naar de mens achter de cliënt. Het doel is dat iemand zich waardevol, gerespecteerd en vertrouwd voelt. Je kijkt daarbij vooral naar wat iemand wél kan.

Dat klinkt logisch, maar het is in de praktijk best lastig. Om dit goed te doen, moet je als multidisciplinair team de cliënt écht kennen. Dat kan alleen als je de cliënt ook echt ontmoet. En een echte ontmoeting vraagt veel van jou als hulpverlener. Het vraagt dat je aanwezig, empathisch en respectvol bent. Je moet er de tijd voor nemen, en we weten allemaal hoe moeilijk dat is op een drukke werkdag. Bovendien ben je zelf ook maar een mens. Soms zit je minder lekker in je vel, ben je moe of voel je onbewust weerstand. Dat kan een oprechte ontmoeting in de weg staan.

Familie, vrienden en kennissen

De meeste cliënten hebben familie, en velen ook vrienden en kennissen. Dit sociale netwerk is ontzettend belangrijk. Soms zijn de banden warm en betrokken, maar soms zit er ook oud zeer, zoals ruzies of onbegrip uit het verleden. Daarnaast worden cliënten ouder, en hun vrienden ook. Veel cliënten verliezen steeds meer belangrijke mensen in hun leven door ziekte of overlijden.

Voor familie en naasten is het pijnlijk om te zien hoe hun naaste verandert door dementie. Zeker als er sprake is van onbegrepen gedrag, is dat intens en verdrietig om mee te maken. Al deze ervaringen hebben impact op de cliënt en de mensen om hen heen. Het is belangrijk dat je je daarvan bewust bent.

Wat helpt? Wees gevoelig, bied een luisterend oor en oordeel niet. Heb ook oog voor de onderlinge relaties en eventuele problemen in de familie. Zo help je de cliënt en zijn naasten om met de veranderingen om te gaan en relaties opnieuw vorm te geven.

Belang van methodisch werken

Om de autonomie en eigen regie van de cliënt te ondersteunen en te bevorderen, moet je veel weten. Het is belangrijk dat je op de hoogte bent van de levensgeschiedenis, de rol van de familie hierin en van de wensen, behoeften, voor- en afkeuren.

Daarnaast moet je te weten komen hoe een cliënt in bepaalde situaties reageert en of er sprake is van onbegrepen gedrag of lichamelijke kwetsbaarheid. Ook moet je vaststellen hoe de cognitieve vermogens zijn, wat de stemming is en hoe de persoonlijkheid en het sociale systeem om de cliënt heen eruitzien. Al deze kennis helpt je om te bepalen welke hulp nodig is.

Al deze belangrijke zaken weet je niet zomaar; dat is onmogelijk. Zeker in de context van een groep cliënten waar jij en je collega's, ook van andere disciplines, de dagelijkse zorg geven. Om dit te achterhalen, ga je multidisciplinair en methodisch te werk.

Methodisch werken betekent dat je volgens een vaste en weldoordachte manier handelt. Je werkt niet ad hoc en intuïtief, maar volgens een vaste methode. Het omvat een aantal stappen: de goede informatie verzamelen ofwel klinisch redeneren, persoonsgerichte plannen opstellen, uitvoeren wat is afgesproken, en dit evalueren en bijstellen. Met deze gestructureerde werkwijze zorg je ervoor dat het werk overzichtelijk blijft en dat je logisch te werk gaat. Uiteraard doe je dat multidisciplinair!

Passend sociotherapeutisch klimaat

Een passend sociotherapeutisch klimaat op de afdeling of woongroep vormt de basis voor persoonsgericht werken. Cliënten wonen immers op een afdeling of woongroep met anderen waar zij niet in eerste instantie voor gekozen hebben. Samenleven met anderen is niet altijd even makkelijk, zoals je misschien uit eigen ervaring weet. Er kunnen spanningen zijn, irritaties en verwachtingen waar niet aan voldaan wordt. Soms is er zelfs sprake van onveiligheid.

Samenleven kan echter ook heel prettig zijn. Het kan het beste uit jou of de ander halen en energie, geborgenheid en een veilig gevoel geven. Meestal is het niet zwart-wit en zit het ergens tussen deze twee uitersten in. Goed met elkaar kunnen samenleven vraagt hoe dan ook om inzet, communicatie, duidelijkheid en geven en nemen. Kortom, het kan soms hard werken zijn.

Samenleven op een afdeling of woongroep is van een heel andere orde dan het gezinsleven. Alles is anders dan bij het vroegere thuis; soms beter, soms slechter of daar ergens tussenin. Denk aan de inrichting, de lichtinval, de sfeer, de privacy, het ritme van de dag en de avond, de structuur, de tijden waarop dingen gebeuren, het eten en drinken. Alles is anders dan hoe het thuis was.

Cliënten zijn daar niet alleen of met hun partner of gezinsleden. Ze zijn daar met andere mensen die, net als zij, niet meer thuis konden wonen en zijn opgenomen in een zorgorganisatie. Dit zijn mensen die ook allemaal hun eigen persoonlijkheid hebben, hun eigen voor- en afkeuren, en hun wensen en verlangens. Wellicht zijn ze angstig, depressief, geagiteerd of een combinatie van dit alles. Daarbij komt de cognitieve kwetsbaarheid, die bij de verschillende cliënten uit verschillende niveaus kan bestaan.

Uiteraard bezoeken ook de familie, vrienden en kennissen de cliënt, soms zo nu en dan en soms zeer frequent. Ook zij maken deel uit van het samenleven en hebben daarin een rol. Tot slot zijn er de medewerkers van zorg, behandeling, welzijn en diensten die allemaal deze afdeling of woongroep bezoeken of daar dagelijks werkzaam zijn. Al die mensen bij elkaar vormen een dynamisch gebeuren, met allemaal eigen persoonlijke opvattingen en manieren van doen wat betreft vrijheid.

Om een goed en passend sociotherapeutisch klimaat vorm te geven, waarin mensen zich thuis voelen en vrijheid ervaren, is het belangrijk dat je je van het bovenstaande goed bewust bent. Je moet hier aandachtig en voortdurend in investeren. Zorg dat je oog hebt voor wat de individuele cliënt en de groep nodig hebben. Schep een omgeving die veilig en voorspelbaar is, maar die wel voldoende, niet te veel en niet te weinig, betekenisvolle prikkels biedt. Zorg dat het schoon is en lekker ruikt, dat er voor iedereen iets te beleven valt en dat het gezellig en leuk is.

Het moet zelfs zo gezellig zijn dat je daar als cliënt graag wil zijn, je waardevol voelt en je niet op zoek hoeft naar een plek waar het fijner is. Als cliënten zich door het huis of naar buiten bewegen, mag dit niet zijn om te vluchten. Het moet zijn omdat zij zin hebben om ergens naartoe te gaan en hun vrijheid te ervaren.

Van klein naar groot

Als het persoonsgericht werken en het sociotherapeutisch klimaat op orde zijn, de hulpverleners de cliënt goed kennen en er een goede vertrouwensrelatie is met de familie, voldoe je aan de belangrijkste voorwaarden om op een veilige en overzichtelijke wijze de deuren te openen.

Misschien komt dit alles wat overdreven over, al die omvattende voorwaarden. Het is echter niet niks om kwetsbare cliënten te beschermen. De taak van de zorgorganisatie is immers om een beschutte omgeving te bieden. Dit betekent: als je niet weet wat een cliënt nodig heeft, wat de triggers zijn, of wanneer de grenzen van uitputting worden bereikt, kun je deze bescherming niet bieden. De vrijheid die je dan biedt, kan eerder beschadigend zijn dan dat deze de autonomie en eigen regie bevordert.

Alles begint met het creëren van een passend en waardevol dag- en avondprogramma voor de cliënt. Dit start al in de eigen kamer. Dit is de plek waar de cliënt slaapt, zichzelf (met ondersteuning) verzorgt, eventueel bezoek ontvangt, de eigen spullen heeft staan en een eigen sfeer heeft gecreëerd. Het is een plek om zich terug te trekken voor privacy of om gewoon alleen te zijn. Die plek moet veilig zijn en persoonlijke geborgenheid bieden. Dit wordt uitdagender als een cliënt de kamer met iemand anders deelt, of als de kamer kleiner is of niet volledig voldoet aan de eisen van de moderne tijd, maar het is zeker niet

onmogelijk. En de kasten en de deur: zijn deze open of op slot? Kan de cliënt dit zelf bepalen, of kunnen alleen de familie en de zorg erin met een speciale sleutel die de cliënt niet heeft?

De gangen op de afdeling of woongroep vormen de volgende stap naar vrijheid. Ze leiden naar de eigen kamer, de woonkamer en de rest van de locatie. Zijn ze veilig, of staan er karren en andere obstakels? Zijn ze interessant en gezellig? Geven ze iets te zien en te doen, zoals schilderijen, belevingshoekjes en gezellige zitjes om even uit te rusten? Zijn er duidelijke oriëntatiepunten aangebracht zodat cliënten herkenningpunten hebben? De cliënten van een woongroep gebruiken deze gangen, maar zodra de afdelingsdeur openstaat, komen er ook cliënten van andere afdelingen. En de deuren zelf, waarvan er vaak vele zijn: staan die open voor cliënten, kunnen ze open, of blijven ze dicht?

De gezamenlijke huiskamer moet een gezellige plek zijn waar cliënten en familie samen kunnen komen. Het is de plek waar ze samen eten en drinken, activiteiten doen en televisie kunnen kijken. Eerder beschreven we al het belang van een passend sociotherapeutisch klimaat en een goede sfeer, met voldoende prikkels en aandacht voor de persoon en de groep.

De huiskamer is van iedereen die op de afdeling woont en moet uitnodigend zijn, niet alleen overdag, maar ook in de avond en eventueel in de nacht. Dit betekent dat de deuren niet dicht zijn, ook niet als dat handig of overzichtelijk is. Het is de huiskamer van de cliënten en deze moet altijd toegankelijk zijn. Een uitstraling van een warm welkom en een fijne sfeer zorgt ervoor dat cliënten er graag zijn en minder de behoefte of noodzaak voelen om weg te gaan of te 'vluchten'.

Een locatie heeft meestal centrale ruimtes, werkruimtes en liften. Ook deze moeten veilig en uitnodigend zijn en herkenningpunten hebben. In werkruimtes waar het voor een cliënt niet veilig is om te komen, zoals een serverruimte, is de deur gewoon dicht en voor de cliënt niet te openen.

De welkomsthal, met of zonder receptie, is een zeer belangrijke plek in een locatie met een opendeurbeleid. Omdat cliënten hier regelmatig komen, is dit de plek waar de meeste dynamiek kan ontstaan. Dit gebeurt met name wanneer een cliënt naar buiten wil en de persoonsgerichte afspraken in de praktijk worden gebracht.

Die afspraken bepalen óf en hoe iemand naar buiten kan en mag: geheel zelfstandig, zelfstandig met afspraken over de tijd, alleen met begeleiding, of om inhoudelijke redenen niet. Hoe je dit proces in de praktijk vormgeeft, lichten we verderop uitgebreid toe.

Samenvattend

Er komt heel wat kijken om de deuren in de locatie op een verantwoorde wijze te kunnen openen, en in een later stadium de deur naar buiten. De kern is dat je als multidisciplinair team de cliënten kent. Je weet wat hun voor- en afkeuren, gewoonten en kwetsbaarheden zijn, zodat je daarop kunt anticiperen. Daarnaast telt elke ruimte mee. Hoe leuker en uitnodigender de ruimtes zijn, hoe meer cliënten kunnen ervaren hoe fijn het is om overal door de locatie heen te bewegen. Persoonsgericht werken, methodisch denken en handelen, een goed sociotherapeutisch klimaat en een goede relatie met de familieleden: dit alles zorgt ervoor dat het openen van de deuren en het geven van maximale vrijheid tot een succes leidt.

“Ik gun mijn moeder een
mooie oude dag en door het
opendeurbeleid is deze weer een
stukje mooier geworden.”

Checklist do's opendeurbeleid

	1. Verken bij opname de levensgeschiedenis van de cliënt en vertaal deze naar het zorgplan. Dit is de basis voor passende vrijheid, eigen regie en autonomie.
	2. Betrek naasten actief door ze uit te nodigen mee te denken en te participeren. Dit creëert vertrouwen en een gevoel van 'samen'.
	3. Informeer naasten vanaf het begin helder en eerlijk over het beleid, de risico's en de gemaakte afwegingen. Wees hierbij alert op suggestief taalgebruik rond domotica en erken hun eventuele spanning.
	4. Werk methodisch en multidisciplinair samen om proactief te anticiperen op de behoeften van de cliënt. Dit geeft richting, focus en de kans om tijdig bij te sturen.
	5. Creëer een uitnodigend sociotherapeutisch klimaat met een goede balans in prikkels, sfeer en een gevoel van gezien en gehoord worden.
	6. Bied een persoonsgericht dag- en avondprogramma aan met een mix van activiteiten. Stimuleer hierbij zelfredzaamheid en besteed extra aandacht aan bewegen.
	7. Laat de cliënt, in samenspraak met naasten, de eigen omgeving bepalen (zoals open of dichte deuren). Creëer een persoonlijke sfeer en zorg dat er op de gangen iets te beleven valt.
	8. Maak centrale ruimtes uitnodigend en creëer een warm welkom. Geef cliënten de vrijheid om in het restaurant iets te bestellen zonder dat de kosten een drempel zijn.
	9. Zet domotica alleen weloverwogen en als laatste redmiddel in, en evalueer regelmatig. Houd afdelingen niet gesloten, maar zet de deuren open. Garandeer dat de cliënt altijd de eigen kamer in kan met een sleutel of tag.
	10. Betrek de cliëntenraad vanaf de start en nodig ze uit om kritisch en actief mee te denken. Hun perspectief is onmisbaar omdat zij de cliënten vertegenwoordigen en andere zaken zien.
	11. Neem alle weerstand serieus, die vaak voortkomt uit angst of onwetendheid. Ga niet overtuigen, maar onderzoek de oorzaak en zoek samen naar een praktische oplossing.
	12. Erken dat vrijwilligers kostbaar zijn en er helemaal bij horen. Betrek hen daarom volledig bij het proces en nodig ze uit om actief mee te denken.

Checklist don'ts opendeurbeleid

	1. De cliënt niet goed kennen; niet weten waar zijn/haar voor- en afkeuren zitten, positieve en negatieve triggers niet kennen en niet weten waar de risico's zitten. De levensgeschiedenis onvoldoende kennen.
	2. Onvoldoende investeren in de relatie met naasten en hen niet meenemen in het creëren van optimale vrijheid.
	3. Eigen angsten of onzekerheden over vrijheid projecteren op naasten, of domotica ten onrechte presenteren als de enige verantwoorde oplossing.
	4. Reactief, monodisciplinair en intuïtief werken in plaats van proactief, multidisciplinair en methodisch.
	5. Geen of onvoldoende aandacht voor een passend leefklimaat (sociotherapeutisch klimaat) in de gezamenlijke huiskamer.
	6. Geen passend dag- en avondprogramma aanbieden, met verveling en onrust als gevolg.
	7. Ruimtes ontoegankelijk of niet uitnodigend maken, of dit nu de eigen kamer, de gangen of centrale plekken zoals het restaurant betreft.
	8. Centrale ruimtes onbereikbaar of niet uitnodigend maken, zoals de welkomsthal, receptie of het restaurant.
	9. Domotica ondoordacht inzetten, zonder na te denken over de persoonlijke, ethische en juridische gevolgen.
	10. De cliëntenraad niet of te laat bij het proces betrekken.
	11. Zorgen en belemmeringen van betrokkenen niet serieus nemen.
	12. Vrijwilligers onvoldoende of niet bij het proces betrekken.

“Wat mij bijblijft in het doorvoeren van open deuren, is dat een cliënt zei dat zij hierdoor voelt dat ze met een gerust hart oud kan worden.”

Het succesvol creëren van passende vrijheid en het openen van deuren valt of staat bij de houding van álle medewerkers. Vaak wordt dit ten onrechte gezien als een thema dat alleen voor de zorg bestemd is, maar niets is minder waar. Het begint bij de visie van het bestuur en management en strekt zich uit tot de cruciale rol van het multidisciplinaire team, met de specialist ouderengeneeskunde, de psycholoog en de overige paramedici. De zorgprofessionals hebben hierin uiteraard de grootste rol: zij zijn dag en nacht werkzaam in het directe leefmilieu van de cliënten en daardoor zeer intensief betrokken. Hoewel dit proces veel van de zorg vraagt, geeft het ook veel terug. Uiteindelijk is het commitment en de facilitering van iedereen de enige weg om er een succes van te maken.

Visie en beleid

Dat een zorgorganisatie een duidelijke visie moet hebben op het bieden van vrijheid en veiligheid aan mensen met dementie, lijkt vanzelfsprekend. De praktijk is echter weerbarstig: veel organisaties worstelen hiermee en stellen de stap naar meer vrijheid uit. Het gevolg is dat in veel verpleeghuizen de afdelingen nog gesloten zijn en ook andere, eerder beschreven vrijheden niet worden gegeven. De argumenten hiervoor zijn bekend: een tekort aan medewerkers, een te oud gebouw, te complexe cliënten, geen geld, of dat de zorg of de familieleden het niet willen.

‘Allemaal niet waar’, is onze overtuiging. Absoluut niet waar! Op veel plekken in ons land bewijzen grote en kleine verpleeghuizen dat het wél kan. Ook wij laten in onze eigen organisatie zien dat het mogelijk is, ondanks dat onze locaties in het dynamische Rotterdam liggen, met al haar uitdagingen en problemen.

Het verschil zit niet in de middelen. De organisaties waar het opendeurbeleid succesvol is ingevoerd, hebben geen groter budget, geen minder complexe cliënten en ook niet minder problemen om aan medewerkers te komen. Wat zij wél hebben, is een visie en beleid waarin duidelijk richting wordt gegeven aan vrijheid en de weg daarnaartoe. Dit is een weg die alle disciplines en alle lagen in de organisatie samen lopen. De basisprincipes die dit succes mogelijk

maken, zijn essentieel: persoonsgericht werken, methodisch werken, een passend en fijn klimaat op de woongroepen en een goed contact met familieleden. Dát zijn de elementen die de deur naar het bieden van vrijheid daadwerkelijk openen.

Directie en management

Alles begint bij de houding van de directie en het management. Als zij niet achter het opendeurbeleid staan, wordt het een lastige, zo niet onbegonnen klus. Zij moeten immers de kaders scheppen, faciliteren, sturen en waar nodig bijsturen. Ook moeten zij snel reageren bij complexe situaties en dreigende risico's.

Bovenal moeten zij het belang en de urgentie uitstralen. Ze moeten beseffen dat onvoldoende vrijheid een enorme beperking is voor de cliënten waar je als organisatie de zorg voor draagt. Daarmee heb je een verantwoordelijkheid waar je niet licht mee om mag springen, omdat je zo kwaliteit van leven ontnemt. Ze moeten zich ook realiseren dat het bieden van vrijheid geen taak voor de zorg alleen is. Het kan pas verantwoord en succesvol zijn als voldaan is aan alle eerder genoemde voorwaarden, zoals persoonsgericht en methodisch werken en een goede sfeer.

In de praktijk betekent inspirerend en inhoudelijk leiderschap dat de inhoud altijd leidend is. Het primaire proces, daar waar de cliënten wonen, is altijd het uitgangspunt in het denken en handelen, en het beleid is daaraan ondersteunend. Dit vraagt om het maken van keuzes, tijdig anticiperen op problemen en 'out of the box' denken. Het vraagt ook om het serieus nemen van medewerkers die de vrijheid vormgeven: luister naar hen, en probeer bij weerstand niet te overtuigen met argumenten, maar onderzoek waar de weerstand op gebaseerd is en los dit samen op.

Juist wanneer het moeilijk wordt, bijvoorbeeld bij een structureel tekort aan medewerkers door hoog verzuim of vacatures, komt het op leiderschap aan. Zulke situaties kunnen het bieden van vrijheid onder druk zetten en gevoelens van machteloosheid veroorzaken. Een passende interventie van het management betekent dan niet de deuren weer sluiten, maar juist vasthouden aan de visie, de teams extra ondersteunen en samen de moeilijkheden overwinnen.

Het betekent: vasthouden aan de visie ...

- Ook als het tegenzit.
- Ook als er een incident plaatsvindt.
- Ook als familie een ander gezichtspunt heeft.

De zorgprofessionals, behandelaren en welzijn

Het bieden van vrijheid en het openen van de deuren is een taak van iedereen. De zorg in het verpleeghuis wordt immers multidisciplinair gegeven, waarbij zorg, behandeling en welzijn samenwerken om de zorg voor cliënten zo goed mogelijk vorm te geven. Iedereen heeft daarin eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, en iedere betrokken medewerker levert een unieke bijdrage.

Dit begint bij de zorgverleners die 24/7 werkzaam zijn in de directe leefomgeving en de specialist ouderengeneeskunde, die medisch eindverantwoordelijk is. De psycholoog en agogisch hulpverlener hebben een belangrijke verantwoordelijkheid voor het gedrag, het cognitieve aspect van leren en het sociotherapeutisch klimaat. De welzijnsmedewerkers zijn van grote betekenis bij het ontwerpen van passende activiteiten en het creëren van een prettige sfeer en ambiance.

De ergotherapeut en de fysiotherapeut leveren een essentiële bijdrage door te beoordelen of het fysiek veilig is voor iemand om zich vrij te bewegen, zowel binnen als buiten de locatie. Ook de diëtiste en logopediste dragen bij, bijvoorbeeld wanneer iemand een speciaal dieet nodig heeft of als er slikproblemen zijn.

Vaktherapeuten, geestelijk verzorgers en maatschappelijk werkers sluiten hierop aan op basis van behoefte of vraag. Uiteindelijk is het de samenwerking die telt, en het besef dat de hele ketting kwetsbaar is als één schakel niet op orde is. Stel: er is geen kloppende diagnose of adequate benaderingswijze voor een cliënt met ingewikkeld gedrag. Dan is het voor de zorg ondoenbaar om goed vorm te geven aan passende vrijheid en het openen van de deuren. Het complexe gedrag zal dan escaleren, wat alle tijd en energie vraagt om de situatie beheersbaar te houden en gedoemd is om vast te lopen.

Naast deze zorg- en behandel disciplines, leveren de medewerkers van het restaurant, techniek, huishouding, logistiek en receptie een net zo belangrijke bijdrage. Ook zij werken veelal in de directe leefomgeving,

komen door de hele locatie en ontmoeten daardoor veel cliënten. Zij zien veel. Daarom moet je hen meenemen in het hele proces en informeren als er bijzonderheden spelen.

Voor de receptioniste heeft hierin een grote rol; zij is voor cliënten de schakel tussen naar binnen en naar buiten mogen en kunnen. Je moet de receptie dus heel goed betrekken en voortdurend informeren. Er kan de nodige dynamiek ontstaan als een cliënt naar buiten wil en op een dichte deur stuit.

De receptioniste is daar niet verantwoordelijk voor, maar zij signaleert wel als eerste en geeft de eerste begeleiding. Zij moet erop kunnen vertrouwen dat ze tijdig hulp krijgt van een (zorg)collega als ze daarom vraagt. Voor de medewerkers van de ondersteunende diensten wordt het werk echt anders. Zij omschrijven het zelf als: veel leuker en relaxter. Voor de receptioniste is het niet relaxter, maar, zo geven zij aan, wel veel leuker en waardevoller om van grote betekenis te kunnen zijn.

Samenvattend

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat het geven van passende vrijheid en het openen van deuren een taak is van iedereen. Vanaf het moment dat de deuren opengaan, wordt het anders op de locatie: dynamischer, interactiever en op sommige plekken wat drukker. Cliënten trekken naar plekken waar het gezellig is, iets te beleven valt en waar het fijn vertoeven is. In die zin krijg je als afdeling ook gratis feedback: als veel cliënten niet op de afdeling zijn, kun je je als team afvragen of het er wel gezellig genoeg is.

Openen van deuren is geen 'dingetje' van de zorg; iedereen heeft hierin een taak en verantwoordelijkheid. Als de directie geen uitgewerkte visie en beleid heeft, is het onmogelijk om het geven van vrijheid en het openen van deuren goed vorm te geven. De manager moet zorgen voor een woon- en werkomgeving waar alle eerder genoemde, noodzakelijke voorwaarden aanwezig zijn. Het is aan de manager om te inspireren, faciliteren, door te pakken en waar nodig bij te stellen. Behandelaren en welzijnsmedewerkers hebben ook een belangrijk aandeel in alles rond dit thema. Als zij onvoldoende betrokken zijn, kan dit tot problemen leiden. Hetzelfde geldt voor collega's van de ondersteunende diensten, met daarin een hoofdrol voor de collega's van de receptie.

En dan de zorg. De zorgprofessionals zijn het dichtst bij de cliënten aanwezig; zij werken 24/7 in de directe leefomgeving. Zij geven aan: er is een wereld vóór en een wereld ná het opendeurbeleid. Voorheen wisten zij altijd waar de cliënten waren, wat op een bepaalde manier een geruststellend en fijn gevoel gaf. De keerzijde was echter het dagelijkse verdriet en de onrust van cliënten die de afdeling niet af mochten. Een onrust die soms opliep tot verbale en fysieke agressie naar medecliënten of naar de zorg. De relatie met cliënten is nu veel beter, meer ontspannen en daarmee gelijkwaardiger.

“De wet is het kader dat ons beschermt tegen fouten. Ethiek is het kompas dat ons helpt om, binnen dat kader, het juiste te doen.”

HOOFDSTUK 4

WETGEVING EN ETHIEK

Binnen de langdurige zorg staan we voor een belangrijke en vaak ingewikkelde opgave: hoe zorgen we goed voor kwetsbare cliënten, zonder hun vrijheid en autonomie onnodig te beperken? Hoe bewaken we de balans tussen bescherming en respect voor persoonlijke keuzes, ook als die keuzes risico's met zich meebrengen?

Om zorgvuldig met deze situaties om te gaan, is de Wet zorg en dwang (WZD) ingevoerd. Deze wet biedt het juridische kader en beschrijft wanneer en onder welke voorwaarden onvrijwillige zorg mag worden toegepast. Het uitgangspunt van de wet is altijd: vrijwillige zorg, tenzij het echt niet anders kan om ernstig nadeel te voorkomen.

In dit hoofdstuk leggen we uit wat deze wet en andere relevante wetten betekenen voor de dagelijkse praktijk, zoals bij een opendeurbeleid. Daarbij staan we stil bij de ethische vragen die hierbij horen. Want wetgeving is belangrijk, maar het draait uiteindelijk om het maken van menselijke afwegingen, waarbij respect, vertrouwen en maatwerk centraal staan.

Wetgeving

Bij de zorg voor mensen met dementie komt veel kijken. Omdat deze groep extra kwetsbaar is, zijn er verschillende wetten die de rechten van deze cliënten beschermen en de kwaliteit van zorg waarborgen. Hieronder wordt uitgelegd welke wetgeving van toepassing is en wat dit betekent in de dagelijkse praktijk.

Wet zorg en dwang

De WZD is bedoeld voor mensen met een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie, en voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze wet vervangt sinds 1 januari 2020 de oude Wet BOPZ. De belangrijkste verandering is de focus: waar de BOPZ vooral over opname ging, richt de WZD zich veel breder op het voorkomen van onvrijwillige zorg in de dagelijkse praktijk.

De WZD stelt duidelijke voorwaarden voor het toepassen van maatregelen zoals insluiten, onvrijwillige medicatie of vrijheidsbeperking. Je mag onvrijwillige zorg alleen inzetten als er sprake is van 'ernstig nadeel' voor

de cliënt of zijn omgeving, én als alle minder ingrijpende alternatieven zijn onderzocht. De wet definieert ernstig nadeel als een situatie waarin de cliënt zonder ingrijpen gevaar loopt voor zijn gezondheid of veiligheid. Het kan ook gaan om ernstig psychisch of fysiek lijden voor de cliënt zelf of anderen in de omgeving. Je kunt bijvoorbeeld denken aan verward of agressief gedrag, of aan zelfbeschadiging.

Vrijwillige zorg is altijd het uitgangspunt. Als je toch onvrijwillige zorg moet inzetten, schrijft de wet een zorgvuldig stappenplan voor. Hierin hebben de WZD-functionaris en de cliëntvertrouwenspersoon (CVP) belangrijke rollen. De WZD-functionaris toetst of de zorg noodzakelijk en passend is. De CVP bewaakt de rechten van de cliënt en biedt ondersteuning.

Het beperken van de bewegingsvrijheid, dus het gesloten houden van deuren, is een ingrijpende maatregel. Je mag dit alleen toepassen als er sprake is van ernstig nadeel volgens de wet (zoals verdwalen met risico op een gevaarlijke situatie) en als andere, minder ingrijpende oplossingen niet mogelijk zijn, zoals bijvoorbeeld meer begeleiding of technologische hulpmiddelen.

De WZD schrijft voor dat je de bewegingsvrijheid van cliënten in een zorgorganisatie altijd volgens een stappenplan moet beperken. Dit geldt ook als de cliënt geen verzet toont. Dit stappenplan zorgt ervoor dat je de vrijheidsbeperking zorgvuldig afweegt en alleen toepast als er echt geen andere oplossingen zijn.

Het is cruciaal om altijd op individueel niveau te kijken of je iemands bewegingsvrijheid beperkt. Twee voorbeelden maken dit duidelijk:

- Bij een bedlegerige cliënt die alleen in de eigen kamer kan en wil verblijven, beperk je geen bewegingsvrijheid als de voordeur van de locatie gesloten is. Een stappenplan is dan niet nodig.
- Voor de cliënt die echter dagelijks met zijn rolstoel naar de voordeur rijdt om naar buiten te gaan, maar voor wie de deur gesloten blijft, moet je wél het stappenplan volgen.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

In de zorg voor mensen met dementie kom je soms op een moeilijk punt: een cliënt kan zelf geen belangrijke beslissingen meer nemen over zijn eigen zorg. Dit noemen we wilsonbekwaamheid. Om te zorgen dat er dan toch goede en respectvolle keuzes worden gemaakt, is er de Wet op

de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

De WGBO is in de kern heel eenvoudig. Het regelt de afspraken tussen de zorgverlener en de cliënt, en de allerbelangrijkste regel is: je hebt altijd toestemming nodig voor een medische behandeling. Als een cliënt wilsonbekwaam is, mag een wettelijke vertegenwoordiger (vaak een partner, kind of familielid) namens de cliënt beslissen. Deze persoon geeft dan toestemming voor de zorg. Dit is een grote verantwoordelijkheid, zeker als het gaat om het beperken van vrijheid, zoals bij een opendeurbeleid.

Wat betekent dit in de praktijk voor die vertegenwoordiger?

- De vertegenwoordiger kiest altijd in het belang van de cliënt. De belangrijkste vraag is: 'Wat zou mijn naaste zelf gewild hebben?' Dit laat opnieuw zien hoe belangrijk het is dat je de levensgeschiedenis en wensen van je cliënt kent.
- De vertegenwoordiger mag niet zomaar alles beslissen. De macht van een vertegenwoordiger is niet onbeperkt. Een beslissing moet altijd in verhouding staan tot het probleem.
- Er is extra controle bij vrijheidsbeperking. Als de vertegenwoordiger instemt met het sluiten van deuren, moet een onafhankelijke deskundige, zoals bijvoorbeeld de WZD-functionaris, de beslissing controleren. De maatregel is bovendien altijd tijdelijk en moet regelmatig opnieuw bekeken worden.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Tot slot is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ook van belang. De Wkkgz waarborgt dat cliënten kunnen rekenen op goede, veilige en respectvolle zorg. Deze wet geldt voor alle zorgaanbieders, waaronder ook verpleeghuizen. De wet verplicht zorgorganisaties om structureel aan de kwaliteit van zorg te werken, een laagdrempelige klachtenregeling aan te bieden en ernstige incidenten of calamiteiten te melden bij de IGJ. Cliënten of hun vertegenwoordigers kunnen met vragen of klachten terecht bij een klachtenfunctionaris of geschillencommissie.

Gericht op het opendeurbeleid verplicht de Wkkgz zorgorganisaties om zorg te leveren die voldoet aan de inhoudelijke kwaliteitseisen en te zorgen voor veilige omstandigheden. Dit betekent dat organisaties hun opendeurbeleid zorgvuldig moeten uitvoeren, met oog voor veiligheid van cliënten, maar ook met respect voor hun autonomie.

We kunnen concluderen dat het opendeurbeleid perfect aansluit bij het bevorderen van zelfbeschikking en autonomie voor cliënten. Tegelijkertijd moet je dit beleid uitvoeren binnen het wettelijke kader dat de rechten, veiligheid en zorgvuldigheid van de cliënt beschermt.

De drie besproken wetten vormen samen dat vangnet:

- De WZD zorgt ervoor dat onvrijwillige zorg alleen in uiterste gevallen wordt toegepast.
- De WGBO waarborgt de rechten van de cliënt bij medische behandelingen.
- De Wkkgz garandeert dat zorgorganisaties kwaliteitszorg leveren.

De belangrijkste conclusie is dan ook dat je het opendeurbeleid altijd individueel en zorgvuldig moet afwegen tegen de zorgbehoeften en rechten van de individuele cliënt.

Verskil volledig en passend opendeurbeleid

Het verschil tussen volledig en passend opendeurbeleid draait om de balans tussen de vrijheid voor de cliënt en het niveau van toezicht.

Een volledig opendeurbeleid respecteert de bewegingsvrijheid maximaal. Deuren, inclusief de voordeur, blijven vaak open zodat cliënten zelf kunnen beslissen waar ze willen zijn. Dit beleid, met een focus op vertrouwen en preventief toezicht, is vooral geschikt voor cliënten bij wie het risico op ernstig nadeel beperkt is, zoals mensen met een lichtere vorm van dementie of psychogeriatrische cliënten in een stabiele fase.

Een passend opendeurbeleid biedt daarentegen meer structuur en veiligheid. De deuren binnen de locatie staan wel open, maar er is meer toezicht en de directe toegang tot buiten is vaak beperkt. Dit beleid pas je toe als er meer risico's zijn, bijvoorbeeld bij cliënten met een meer gevorderde dementie die soms dwaalgedrag vertonen, of cliënten met wisselend gedrag.

Beide vormen van beleid passen binnen de WZD, zolang je maar op individueel niveau kijkt naar de noodzakelijke beperkingen. Je kan ook de twee beleidsvormen in één locatie toepassen, waarbij een deel van de cliënten wel zelfstandig naar buiten kan en een ander deel niet. Voor die laatste groep geldt dat je de WZD en het stappenplan moet volgen als er sprake is van een beperking van bewegingsvrijheid.

Ethiek

De Wet zorg en dwang (WZD) en ethiek zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De wet is ontworpen om onvrijwillige zorg te beperken en de rechten van cliënten te beschermen, maar dit roept direct ethische vragen op: wat is goede zorg als iemand niet meer zelf kan kiezen? En wanneer is het gerechtvaardigd om in te grijpen in iemands vrijheid?

In de praktijk leidt dit tot dagelijkse dilemma's. Mag een zorgverlener een cliënt tegenhouden die naar buiten wil, maar mogelijk verdwaalt? Is een gesloten deur een ethisch verantwoorde bescherming, of een inbreuk op de vrijheid, ook voor de medebewoners die de bescherming niet nodig hebben? De WZD geeft hier een duidelijk kader voor: onvrijwillige zorg mag alleen als laatste redmiddel, als er sprake is van ernstig nadeel en alle andere alternatieven zijn geprobeerd. Dit vraagt van zorgverleners een voortdurende ethische afweging, waarbij de cruciale vraag altijd is: "Wat is het juiste om te doen voor deze specifieke cliënt?"

De kern van veel dilemma's is de spanning tussen het beschermen van kwetsbare cliënten en het respecteren van hun autonomie. De professionele standaard is om in die situaties de kant van de cliënt te kiezen, ook als naasten of familieleden een andere mening hebben. Het is de taak van de zorgprofessional om zorgvuldig te beoordelen of een cliënt wilsbekwaam is voor een specifieke beslissing. Als een cliënt wilsbekwaam is, heeft de wens van de cliënt voorrang.

Het vraagt moed en professionele verantwoordelijkheid om hier een duidelijke positie in te kiezen, zeker als de omgeving druk uitoefent. Daarbij hoort ook het zorgvuldig uitleggen aan naasten waarom de keuze van de cliënt wordt gevolgd, met respect voor hun betrokkenheid. Zo wordt zowel de autonomie van de cliënt als de kwaliteit van de zorg bewaakt.

Verborgene WZD inzet

In sommige gevallen zetten zorgorganisaties, vaak vanuit de beste bedoelingen, toepassingen in die feitelijk ook onder de WZD vallen. Een bekend voorbeeld is de deur met een afbeelding van een boekenkast of een bos. Hiermee ontnemen je de cliënt de kans om de uitgang te vinden of zich te verzetten tegen een gesloten deur. De uitwerking is daarmee hetzelfde als een gesloten deur: het belemmert de bewegingsvrijheid.

Bovendien raakt het aan fundamentele waarden als eerlijkheid, omdat het een vorm van misleiding is. Een deur op deze manier onherkenbaar maken, is daarom niet passend.

Hetzelfde geldt voor nieuwe technologieën. Sensoren, camera's die slaapgedrag monitoren of gezichtsherkennende domotica roepen direct ethische dilemma's op. Ze raken aan fundamentele rechten. Enerzijds de privacy, het gevoel continu in de gaten te worden gehouden. Anderzijds de autonomie, omdat de persoonlijke vrijheid wordt ingeperkt doordat iemand je kan monitoren. Het is essentieel om deze technologie zorgvuldig af te wegen en ervoor te zorgen dat de cliënt, met respect voor diens rechten en wensen, altijd centraal staat. De zorgorganisatie is verantwoordelijk voor het opstellen van een passend beleid hierover.

Een laatste, veelbesproken voorbeeld is het plaatsen van een niet-werkend bushokje op het terrein. Het idee erachter is vaak om een cliënt een vertrouwde, herkenbare plek te geven. Tegelijkertijd roept dit ethische vragen op. Wat zijn de gevolgen van het versterken van illusies bij cliënten die al moeite hebben met het begrijpen van hun situatie? En is het ethisch verantwoord om een omgeving te creëren die niet realistisch is, waardoor een cliënt uren kan wachten op een bus die nooit komt?

Beleving of Illusie

Het is belangrijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen een illusie en een beleving. Het verschil zit in hoe we omgaan met de werkelijkheid. Een illusie is een valse waarneming die niet overeenkomt met de realiteit. Het nep-bushokje is daar een perfect voorbeeld van: de cliënt ervaart het als echt, wat kan leiden tot verwarring en potentieel schadelijke situaties, zoals eindeloos wachten. Omdat dit misleidend is, moet je dit in de zorg voor mensen met dementie vermijden.

Een beleving is iets heel anders. Dit is een persoonlijke, subjectieve ervaring van een situatie. Hierbij is het doel om een gevoel van veiligheid of herkenning te creëren, zonder in strijd te zijn met de werkelijkheid. Denk aan een herinneringskamer: een ruimte die is ingericht met spullen van vroeger, zoals oude foto's of meubels, die positieve herinneringen en een gevoel van comfort oproepen. De kamer is echt en de herinneringen zijn echt. Het is een hulpmiddel, geen misleiding.

Checklist do's

	Zorg voor een gezamenlijke visie op vrijheid en veiligheid, die door de hele organisatie wordt gedragen.
	Bespreek individuele casussen regelmatig in het team. Zo blijf je scherp op ethische afwegingen en de toepassing van de wet.
	Vraag hulp bij twijfel. Betrek collega's, de WZD-functionaris of de cliëntvertrouwenspersoon (CVP) bij complexe afwegingen.
	Gebruik aanpassingen (zoals deurstickers) functioneel: om deuren, routes of kamers juist herkenbaarder te maken.
	Ga altijd uit van vrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg kan alleen bij ernstig nadeel én na het doorlopen van het WZD-stappenplan.

Checklist don'ts

	Sluit nooit deuren zonder overleg of stappenplan, ook niet met 'veiligheid' als argument.
	Ga er niet vanuit dat één beleid voor de hele afdeling werkt. Persoonsgericht maatwerk is altijd de norm.
	Beslis nooit zelfstandig over vrijheidsbeperking bij een wilsonbekwame cliënt zonder de verplichte WZD-toetsing.
	Gebruik geen misleiding, zoals stickers die een deur onherkenbaar maken. Dit is in strijd met de WZD en de ethische zorgprincipes.
	Denk niet dat de wettelijke vertegenwoordiger alles mag beslissen. De wensen en rechten van de cliënt blijven leidend.

Casus 1

Mevrouw Van Dijk is 70 jaar en woont op een psychogeriatrische afdeling vanwege gevorderde dementie. Ze is mobiel, wandelt graag en heeft haar hele leven veel waarde gehecht aan autonomie. Sinds haar opname vindt ze het moeilijk om haar vrijheid kwijt te zijn. Ze loopt geregeld richting de uitgang en geeft aan dat ze 'weg' wil. De zorgorganisatie werkt met een passend opendeurbeleid, dus de buitendeur zit dicht.

Uitdaging

Het dichthouden van de buitendeur is voor een dame die naar buiten wil, in principe onvrijwillige zorg onder de WZD. Tegelijkertijd maakt het zorgteam zich zorgen over haar veiligheid: ze kan verdwalen, het verkeer mogelijk niet goed inschatten en is soms verward. Dit creëert een duidelijk dilemma: het bieden van vrijheid botst met de plicht om mevrouw te beschermen, terwijl de gesloten deur haar veel stress bezorgt. Het uitgangspunt van het opendeurbeleid is echter om de vrijheid te behouden zolang dat verantwoord is.

Aanpak

De aanpak ging verder dan alleen het directe probleem. Op basis van de levensgeschiedenis van mevrouw werkte het team persoonsgericht. Mevrouw was altijd erg gesteld op eigen regie, autonomie en privacy, en dit was ondanks haar gedwongen opname niet veranderd. Ook bleek mevrouw een buitenmens te zijn die altijd honden heeft gehad en op een kleine boerderij woonde.

Eerst deden de agogisch hulpverlener en ergotherapeut een beoordeling in hoeverre mevrouw buiten de organisatie ernstig nadeel zou kunnen oplopen. De angst van het zorgteam bleek gegrond: het was niet veilig om mevrouw zelfstandig de organisatie te laten verlaten, omdat zij gevaarlijke verkeerssituaties niet als zodanig herkende.

Vervolgens onderzocht het team of mevrouw leerbaar was door haar impliciete leervermogen aan te spreken: het vermogen om onbewust nieuwe vaardigheden of gewoontes aan te leren. Het bleek dat mevrouw in staat was een vaste ronde buiten te lopen met de hulp van een therapiehond.

Daarnaast vervullen haar verzorgenden en partner haar behoefte om buiten te zijn door samen met haar te wandelen. Het team evalueert haar situatie regelmatig om te kijken of er aanpassingen nodig zijn.

Resultaat

Mevrouw voelt zich minder opgesloten, is rustiger geworden en vertoont minder vluchtgedrag. Zo behoudt zij haar vrijheid zoveel mogelijk, terwijl het team op een zorgvuldige manier de veiligheid waarborgt.

Samenvattend

In de zorg voor mensen met dementie draait alles om de juiste balans: hoe bied je veiligheid zonder iemands vrijheid onnodig in te perken? Cliënten behouden, ondanks hun kwetsbaarheid, altijd recht op autonomie en een menswaardige behandeling. Om dit te waarborgen, is er een wettelijk kader.

De WZD stelt de harde grens: onvrijwillige zorg mag alleen als het écht niet anders kan. De WGBO en de Wkkgz vullen dit aan door te zorgen voor goede, respectvolle en veilige zorg, met duidelijke regels over medische behandelingen en klachten.

Het opendeurbeleid is de praktische uitwerking van dit streven naar vrijheid. Een volledig opendeurbeleid geeft maximale vrijheid, terwijl een passend opendeurbeleid meer toezicht biedt, altijd afgestemd op de persoon. In de praktijk kunnen goedbedoelde maatregelen, zoals een nep-bushokje of verborgen sensoren, ethisch wringen.

Daarom blijft de belangrijkste vraag die je jezelf kunt stellen: “Wat is het beste voor déze cliënt?” De kern van goede zorg zit niet alleen in het volgen van de regels, maar juist in die menselijke afweging. Eerlijkheid, respect en maatwerk zijn daarbij altijd het uitgangspunt.

“Elke gang die we herkenbaar maken en elke tuin die we uitnodigend inrichten, is een deur die we minder vaak hoeven te sluiten.”

HOOFDSTUK 5

VASTGOED EN LOCATIE

Uiteraard spelen het vastgoed en de locatie een rol bij een opendeurbeleid. Een locatie aan een spoorweg vraagt een andere aanpak dan een landelijke omgeving, net zoals een oud gebouw verschilt van een nieuw, overzichtelijk pand. De kunst is echter om niet te focussen op de onmogelijkheden, maar op de kansen die elk gebouw biedt.

Deze focus op mogelijkheden vraagt om een fundamentele omslag in het denken. De angst voor 'weglopen' moet plaatsmaken voor het besef dat mensen niet wegllopen, maar juist ergens naartoe op weg zijn. Het multidisciplinair onderzoeken van die drijfveer, samen met de cliënt en het cliëntsysteem, is de sleutel tot een passend beleid. Uiteindelijk is deze verandering in gedachtegoed veel belangrijker dan welke vastgoedaanpassing dan ook.

Nieuwbouw

Als een organisatie de mogelijkheid heeft om een locatie nieuw te bouwen of te verbouwen, is het goed om dat vanaf het begin met een visie op vrijheid en veiligheid te doen. Gebruiksvriendelijkheid en woongenot, gecombineerd met werkplezier voor de medewerker, moeten hierbij voorop staan. Bij het uittekenen van nieuwbouw moeten de principes van sensorische informatieverwerking bij ouderen voorop staan.

In het ontwerpen van nieuwbouw of een verbouwing is het van belang om vanaf het begin professionals vanuit zorg en behandeling te betrekken. Hun stem weegt net zo zwaar, of zwaarder, dan die van de architect of ondersteunende afdelingen. In de afstemming is het van belang om dit gezamenlijk te doen en te bespreken; het is niet afdoende om alleen schriftelijk input te leveren. Ook hier is het van belang om de balans tussen vrijheid en veiligheid met elkaar te doorleven en er betekenis aan te geven.

In de opzet moet een gebouw voorbereid zijn op alle mogelijke vormen van domotica. Domotica kan helpend en ondersteunend zijn om vrijheid op individueel niveau te verruimen en te optimaliseren. Dat het gebouw hier geschikt voor gemaakt moet worden, wil uiteraard niet zeggen dat

je het ook moet inzetten. De insteek moet altijd zijn dat je het alleen toepast als de inzet individueel (voor deze unieke cliënt), proportioneel (zo licht mogelijk) en subsidiair (er is geen ander, minder ingrijpend alternatief) is.

Je moet je ervan bewust zijn dat wat voor ons vanzelfsprekend is, heel verwarrend kan zijn voor mensen op hogere leeftijd. Het gebruik van tags als toegang tot ruimtes is voor mensen van middelbare leeftijd al heel gewoon, terwijl ouderen, en zeker als er sprake is van dementie, dit vaak niet associëren met een sleutel. Bij dit soort casuïstiek is het van belang dat je beseft dat je niet per se een keuze hoeft te maken tussen wat je doet, maar dat je ook zaken kunt combineren. In het genoemde voorbeeld kun je ervoor kiezen om een sleutelgat in de deur te hebben en cliënten een sleutel te geven, terwijl het al dan niet opengaan van de deur bepaald wordt aan de hand van de tag die iemand bij zich heeft.

In de opzet van een gebouw moet je rekening houden met routes die de cliënt kan nemen in de woning, afdeling en gezamenlijke ruimtes. Er moet aanbod zijn van persoonsgerichte zorg en benadering, en het gebouw moet dit faciliteren. Zo is de noodzaak voor een cliënt om naar buiten te gaan waarschijnlijk minder als het woongedeelte zowel ruimte biedt voor prikkeling (activiteiten) als voor ontspanning (mogelijkheid tot afzondering). Als een restaurant open is voor iedereen en erop gericht is gastvrij te zijn en mensen te helpen, is iemand eerder geneigd om daar te verblijven, en niet verder te zoeken.

Oudbouw

Ook zonder nieuwbouw op een locatie kun je direct aan de slag met het verruimen van vrijheid. Zoals eerder gezegd, staat vastgoed los van gedachtegoed.

De aanpak hiervoor is in de kern hetzelfde als bij nieuwbouw: het is van belang dat je multidisciplinair kijkt naar de mogelijkheden en onmogelijkheden die er zijn. De indeling van het gebouw kun je vaak moeilijk veranderen, maar je kunt wel aan de slag met hoe mensen gebruik maken van die indeling. Juist oudbouw heeft vaak veel plekken die nu al op een bepaalde manier in gebruik zijn, maar die je wellicht anders kunt indelen of een andere bestemming kunt geven.

De uitdaging is om deze ruimtes met elkaar te inventariseren en vervolgens te beoordelen hoe je die ruimtes zou intekenen als het

nieuwbouw zou zijn. Vaak geeft dit echt verrassende uitkomsten. Beoordeel op welke manier je ook in oudbouw een beleving kunt bieden aan mensen met een dementie. Hoe kun je cliënten verleiden om een route te ontdekken en beleving te bieden? Je kunt oude muren heel erg opknappen door er oude posters van de omgeving op te hangen. Je kunt een hoekje creëren met een zitplek en misschien een televisie om sport te kijken, of de looproute opfleuren met planten en bloemen. Er zijn genoeg mogelijkheden om het verblijf te veraangename en meer beleving te bieden.

Ook in oudbouw kunnen deuren open, als je vasthoudt aan de principes die eerder bij de paragraaf 'nieuwbouw' zijn gehanteerd. Er hoeven geen nieuwe muren gebouwd te worden om bestaande deuren te openen.

Fysieke inrichting

Voor een goed opendeurbeleid is niet alleen de fysieke inrichting, de tastbare omgeving, van belang. Ook de sociale en structurele inrichting, zoals de dagstructuur en de sfeer op de afdeling, spelen een belangrijke rol. In dit hoofdstuk focussen we ons op de fysieke inrichting. Daarbij geldt als eerste voorwaarde dat het thuis van onze cliënten op orde moet zijn, voordat de deuren verder worden geopend. Met het thuis van onze cliënten wordt de eigen kamer (al dan niet gedeeld) en de woonkamer (eigen plek of gezamenlijke huiskamer) bedoeld. Om te komen tot een goede inrichting van de woonruimte, zijn drie dingen van belang: het goed kennen van de cliënt, diens aandoening en de benodigde zorg. Hoe die inrichting er exact uit ziet, is mede afhankelijk van het zorgprogramma dat op de afdeling wordt geboden.

Voor de inrichting is het van groot belang dat je beseft dat de zintuigen van ouderen, zeker met dementie, minder scherp kunnen worden. Goed contrast en heldere kleuren op de afdeling ondersteunen daarom de zelfstandigheid van mensen met dementie. Voorbeelden hiervan zijn:

- Contrasterende lichtschakelaars op de muur;
- Afwijkende tegels bij een wasbak of toilet;
- Een zwarte toiletbril op een wit toilet;
- Plinten in een contrasterende kleur, zodat onderscheid tussen muur en vloer duidelijk is;
- Gekleurde strips op de trap om traptreden te herkennen;
- Gekleurde pictogrammen om aan te geven waar het toilet is.

Bij de inrichting is kleurgebruik dus van belang, maar je moet wel opletten dat je het gepast toepast. Het onjuist of te veel gebruiken van felle kleuren kan leiden tot onrust en overprikkeling bij mensen met dementie. Een ruimte moet zowel de mogelijkheid bieden tot het stimuleren van zintuigen alsook de mogelijkheid om minder prikkels te ervaren. Denk hierbij aan belevingshoeken op de afdeling of de mogelijkheid om middelen toe te voegen of weg te halen in een ruimte.

Het ontwerpen van slimme, uitnodigende routes is een belangrijk onderdeel van de fysieke inrichting. Binnen kun je beweging stimuleren met obstakelvrije routes die doorlopen naar de tuin. Je kunt deze routes verrijken met beleving, zoals posters van bewegende mensen of plekken waar muziek aanzet tot meezingen en dansen, wat uitnodigt tot ontdekken. Daarnaast kun je routes gebruiken om cliënten op een natuurlijke manier naar veilige en prettige plekken te leiden, zoals naar het restaurant. Buiten de locaties helpen routes in de wijk de cliënt met oriëntatie en de weg terug te vinden. Bij het maken van al deze routes moet je rekening houden met de achteruitgang van de zintuigen en de ooghoogte van de cliënt; iemand in een rolstoel ziet immers andere herkenningspunten dan iemand die loopt.

Deze focus op bewegen is cruciaal. Uit onderzoek blijkt dat bewegen helpt om geestelijke achteruitgang te vertragen. Verder verbeter je met bewegen het denkvermogen en verminder je onrust en passiviteit. Daarnaast heeft bewegen fysieke voordelen: mensen met dementie, die meer bewegen, hebben minder lichamelijke beperkingen en lopen minder risico op vallen. Het zorgt tevens voor een verbeterde doorbloeding, vitaliteit en zelfredzaamheid. Bovendien draagt bewegen bij aan een beter dag- en nachtritme en verbetert het de eetlust. Openen van de deuren draagt direct bij aan meer beweging en daarmee aan een betere lichamelijke conditie.

Benutten van buitenruimtes is eveneens erg belangrijk. Waar het kan, moet de voordeur open zijn voor de cliënten die hier behoefte aan hebben. Vaak zijn er zorgen dat mensen zich niet passend kleden op de weersomstandigheden. Zorg er bij de inrichting voor dat er bij de buitendeur ook de mogelijkheid is om een jas aan te trekken of een paraplu te pakken. Als je ervoor zorgt dat dit voorzien is van het logo van je organisatie, is de cliënt ook nog eens herkenbaar in de buurt en kan iemand makkelijker worden teruggebracht.

Voor de inrichting is het essentieel om te blijven beseffen dat mensen zich thuis voelen en zelfredzamer zijn bij een goede en herkenbare inrichting. Als je multidisciplinair kijkt naar de inrichting van een locatie, kun je recht doen aan wat een ieder nodig heeft. De ervaring leert dat als mensen voldoende veiligheid en geborgenheid ervaren op een afdeling, ze niet weg willen. Als ze de afdeling toch verlaten, is dat meer een keuze dan een vlucht.

Licht

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de hoeveelheid licht die een oudere nodig heeft om optimaal te functioneren, beduidend hoger ligt dan bij andere leeftijdsgroepen. De benodigde hoeveelheid licht, uitgedrukt in lux, is twee tot vijf keer zo hoog als bij mensen van middelbare leeftijd.

Naast het feit dat mensen beter kunnen zien, zorgt beter licht ook voor meer activatie van ouderen overdag. Hierdoor kan passend gebruik van licht zorgen voor een beter slaap-waakritme; dit geldt voor ouderen in het algemeen en voor mensen met dementie in het bijzonder. Goed gebruik van licht kan de zelfredzaamheid en eigen regie van mensen met dementie aanzienlijk verhogen.

Beleving versus illusie

In een eerder hoofdstuk stonden we al stil bij het verschil tussen het bieden van een beleving en een illusie. Dit onderscheid is essentieel bij de inrichting van vastgoed en moet daarom continu en multidisciplinair worden besproken, inclusief een toetsing door de WZD-commissie van de locatie of organisatie.

De inrichting van de omgeving is immers cruciaal: die kan het verschil maken tussen enerzijds zelfredzaamheid en kwaliteit van leven ervaren, en anderzijds verward zijn en het gevoel van regie over het eigen leven kwijtraken.

Casus 2

Mevrouw Lopez is 78 jaar. Ze is een ondernemende vrouw die haar autonomie waardeert en graag rondloopt. Mevrouw woont op een locatie met open binnendeuren en GPS-monitoring. De minimalistische, witte inrichting biedt weinig herkenningspunten, waardoor ze regelmatig verdwaalt. Dit leidt tot paniek, angst en verdriet, wat vervolgens omslaat in boosheid en agressie richting de zorgverleners die haar willen helpen.

Uitdaging

Aan de ene kant is het continu monitoren met GPS en het terughalen van mevrouw, terwijl zij duidelijk aangeeft op zichzelf te willen zijn, onvrijwillige zorg onder de WZD. Aan de andere kant is het zorgteam bezorgd over haar veiligheid, omdat ze verdwaalt en verward kan raken. Dit leidt tot een dilemma: ingrijpen levert veel stress en irritatie op bij mevrouw, maar haar laten verdwalen leidt tot paniek en verdriet.

Aanpak

Het team vroeg de WZD-functionaris en WZD-commissie om advies. In een multidisciplinair overleg is de heteroanamnese en voorgeschiedenis van mevrouw doorgenomen. Daaruit bleek dat mevrouw altijd zelfstandig is geweest en gesteld op haar privacy en autonomie.

Observaties door de agogisch hulpverlener en ergotherapeut toonden aan dat mevrouw buiten de afdeling continu zocht naar herkenningspunten. Dit bevestigde ze zelf: ze vindt het gebouw mooi, maar ze gaf aan niet te weten waar ze was of waar ze naartoe moest.

Het team onderzocht haar impliciete leervermogen, het onbewust aanleren van gewoontes, en ontdekte dat ze goed herkenningspunten kon leren. Hierdoor konden ze haar meerdere routes aanleren, gemarkeerd met duidelijke, contrasterende pictogrammen. Haar situatie wordt nog steeds regelmatig geëvalueerd voor eventuele aanpassingen.

Resultaat

Mevrouw voelt meer vrijheid, geniet van het lopen en komt zelfstandig weer terug naar de afdeling. Het zorgteam is gerustgesteld nu de escalaties (zowel de boosheid als het verdriet en de angst) uitblijven.

Een positief neveneffect is dat de familie, die bij het proces betrokken is, mevrouw nu de ruimte geeft om hén mee te nemen naar het restaurant, in plaats van andersom. Door de locatie aan te passen en meer duidelijkheid te bieden, zijn haar eigen regie en gevoel van eigenwaarde toegenomen.

Casus 3

Mevrouw Van Gelder is 83 jaar. Ze is een ondernemende, rolstoelafhankelijke vrouw die vanwege gevorderde dementie op een psychogeriatrische afdeling woont. Ze is graag onderweg naar het restaurant of de binnentuin. Haar wens om de lift te gebruiken, leidt tot roepgedrag richting zorgmedewerkers. Als reactie hierop is besloten om de liftdeuren te maskeren met een afbeelding van een boekenkast.

Hierna veranderde het gedrag van mevrouw: ze ondernam geen initiatief meer en vroeg geen aandacht meer. De zorgmedewerkers ervoeren dit als rust en dachten dat het 'heel goed' met haar ging. Haar familie gaf echter tijdens het MDO aan dat ze het afwachtende gedrag van hun moeder niet herkennen.

Uitdaging

Ten eerste is een negatieve gedragsverandering (apathie) niet als probleem gesignaleerd, omdat het belastende roepgedrag verdween. Ten tweede is de interventie zelf, het maskeren van de lift, een vorm van onvrijwillige zorg en ethisch gezien misleiding. Het ontnam mevrouw de mogelijkheid zich te uiten en negeerde haar behoefte om de lift op te zoeken.

Aanpak

Het multidisciplinaire team betrok de WZD-commissie en startte een grondige analyse. Uit haar voorgeschiedenis bleek haar grote behoefte aan autonomie. Observaties door de psycholoog en agogisch hulpverlener toonden aan dat het roepgedrag stopte zodra ze de lift mocht gebruiken, en dat ze opbloeiende als ze actief bij taken werd betrokken.

Na overleg met de WZD-commissie werd besloten de liftdeur weer

herkenbaar te maken. Dit was essentieel, omdat de maskering voor mevrouw en voor andere bewoners een onzichtbare barrière vormde. Zoals verwacht, keerde het roepgedrag bij de lift terug.

Met de nieuwe inzichten creëerde het team een persoonsgerichte oplossing. Mevrouw kreeg een actieve rol in huishoudelijke taken. En de gastvrouw assisteert haar naar het restaurant, maar mevrouw rijdt zelf naar de lift. Ook de familie is geleerd om mevrouw te begeleiden in plaats van haar rolstoel te duwen, wat mevrouw prettig vindt. Het team evalueert de aanpak regelmatig.

Resultaat

Mevrouw participeert weer volop op de afdeling en is actief. Door de nieuwe, voorspelbare aanpak is haar roepgedrag nauwelijks meer aanwezig. De familie herkent haar weer als de ondernemende vrouw die ze was, en het zorgteam is blij dat escalaties van boosheid en verdriet zijn verdwenen.

Samenvattend

De belangrijkste conclusie is dat het creëren van vrijheid begint bij het juiste gedachtegoed, niet bij het gebouw. Hoewel nieuwbouw kansen biedt, kun je ook in oudbouw direct aan de slag. Het succes hangt af van een multidisciplinaire aanpak, waarbij je niet focust op onmogelijkheden, maar op de kansen die een omgeving biedt.

De fysieke inrichting moet deze visie ondersteunen. Het ontwerp moet gebaseerd zijn op professionele kennis, zoals de principes van sensorische informatieverwerking, waarbij je bijvoorbeeld gebruikmaakt van heldere kleuren en goed contrast. Het slim ontwerpen van routes is cruciaal om beweging te stimuleren, wat op zijn beurt de geestelijke en lichamelijke conditie verbetert en de zelfredzaamheid vergroot. Daarnaast is de toepassing van de juiste hoeveelheid licht essentieel voor een beter dag- en nachtritme en de algehele activatie. Tot slot vraagt de inrichting om een belangrijke ethische afweging: het bieden van een betekenisvolle 'beleving' in plaats van een misleidende 'illusie'.

Uiteindelijk is het doel een goed doordachte omgeving te creëren waarin cliënten zich veilig en geborgen voelen. In zo'n omgeving is vrijheid een vanzelfsprekend onderdeel van een kwalitatief goed leven.

HOOFDSTUK 6

EEN PRAKTISCH STAPPENPLAN

In dit laatste hoofdstuk bieden we je een praktisch stappenplan om op een gedragen en verantwoorde manier van een dichte naar een open deur te komen. De vorige hoofdstukken beschreven de noodzakelijke voorwaarden; nu volgt de praktische uitvoering.

De overgang vraagt om zorgvuldigheid, samenwerking en een heldere visie die door iedereen wordt gedragen, van medewerkers tot cliënten en hun naasten. Deze visie, gebaseerd op zowel de wensen van de organisatie als op juridische kaders zoals de WZD, vormt het fundament voor alle keuzes. Daarbij moet je altijd aandacht hebben voor individuele verschillen en zorgen voor een sfeer van vertrouwen en duidelijke afspraken over wie wat doet, wanneer en waarom.

Dat deze aanpak werkt, bewijst onze praktijk. We krijgen vaak de vraag of het echt waar is: een grote locatie midden in Rotterdam-Zuid waar alle deuren open zijn, zonder grootschalige domotica. Het antwoord is 'ja', maar wel op een passende manier. Binnen de locatie is alles open, maar voor het naar buiten gaan hebben we gradaties aangebracht, afgestemd op de cliënt. Wij noemen dit 'Open, tenzij' ofwel 'passende vrijheid', een principe dat recht doet aan onze verantwoordelijkheid om cliënten te beschermen tegen gevaarlijke situaties.

Het implementatieplan dat hieronder volgt, is een vrije bewerking van de aanpak die wij bij het Psychogeriatrisch Expertisecentrum Smeetsland hebben vormgegeven. De gehele implementatieperiode duurt ongeveer twee jaar.

Implementatieplan ter inspiratie

1. Start met een gezamenlijke kick-off

Deze eerste bijeenkomst is bedoeld om de deuren binnen de locatie te openen; het naar buiten gaan komt in een later stadium.

- Regel een externe locatie. Hiermee benadruk je het belang van de bijeenkomst en een andere omgeving zorgt voor een andere energie.
- Nodig collega's uit van zorg, behandeling, ondersteunende diensten, welzijn en de cliëntenraad.

- Nodig niet alleen voorstanders uit, maar juist ook collega's die aarzelen of niet enthousiast zijn. Zo krijg je goed inzicht in waar de weerstand en zorgen zitten.
- Zorg voor een gespreksleider die de bijeenkomst leidt volgens een bepaalde methode, door- en uitvraagt en ordent. Maak vanaf nu notulen of verslagen van elke bijeenkomst.
- Leg bevlogen en constructief uit waarom het beleid moet veranderen. Je eigen overtuiging is cruciaal voor het succes van het team. Wees eerlijk over twijfels en vraag hulp.
- Benoem de stip op de horizon. Hoewel deze fase zich richt op de deuren binnen de locatie, moet je direct benoemen dat het uiteindelijke doel is dat ook de buitendeuren opengaan. Ga hier nu niet dieper op in, maar blijf het wel steeds herhalen.
- Deel de visie en geef ruimte voor vragen. Ga niet overtuigen, maar neem alle zorgen en reacties serieus.
- Vorm multidisciplinaire werkgroepen waar de deelnemers van de bijeenkomst zich voor opgeven en stel voorzitters aan per thema.
- Vorm een stuurgroep waarin de voorzitters, een lid van de cliëntenraad, de (team)managers en de ambassadeurs regelmatig samenkomen. Laat deze voorzitten door de locatiemanager, met als uitgangspunt dat het overleg alleen doorgaat als de locatiemanager aanwezig is.
- Laat werkgroepen na de bijeenkomst de thema's verkennen en binnen een paar weken met oplossingen komen. De voorzitters kunnen de ideeën delen in de stuurgroep.
- Stel 2 à 3 bevlogen collega's aan als ambassadeurs. Zij begeleiden en monitoren dit onderwerp de komende jaren intensief. Geef hen de eerste maanden wat extra uren. Zij bezoeken teamoverleggen en monitoren of de deuren opengaan volgens het beleid.
- Sluit af met duidelijke afspraken over hoe je verder gaat en hoe je iedereen geïnformeerd en betrokken houdt. Denk aan aparte nieuwsbrieven voor medewerkers en familie die vrolijkheid en energie uitstralen. Blijf deze versturen totdat het beleid volledig is geïmplementeerd en geëvalueerd.

Multidisciplinaire werkgroepen

Inhoud	Hoe handelen we als team in de volgende situaties? • Een cliënt die veel loopt en oververmoeid dreigt te raken. • Een cliënt met slikproblemen of dieet die op een andere afdeling is. • Zorgen voor tijdige medicatie of toiletgang buiten de eigen afdeling. • Het omgaan met onbegrepen gedrag op een andere plek in de locatie. • Een cliënt die op een andere afdeling wil blijven en niet terug wil. • Een cliënt die iets wil eten of drinken in het restaurant. • Een cliënt die valt of onwel wordt buiten de eigen afdeling. • Familiebezoek wanneer de cliënt niet op de eigen afdeling is. • Een situatie waarin familie weigert om een cliënt naar buiten te laten. • Het beleid tijdens een uitbraak van bijvoorbeeld het norovirus. • En alle andere mogelijke scenario's.
Medewerkers	Hoe borgen we de betrokkenheid en veiligheid van medewerkers? • Hoe inventariseren we de zorgen en angsten van collega's en hoe gaan we hiermee om? • Hoe zorgen we ervoor dat iedereen zich committeert aan het beleid? • Wat is onze aanpak als een collega of familielid niet meewerkt of het niet eens is met het beleid? • Welke behoefte is er aan extra uitleg, scholing of ondersteuning? • Hoe verdelen we de verantwoordelijkheid als een cliënt niet op de afdeling is of buiten de weg kwijtraakt? • Wat is ons protocol als er een ongeluk of ander incident plaatsvindt? • Hoe handelen we bij een personeelstekort (door verzuim of vacatures) waardoor de begeleiding onder druk komt te staan?
Vastgoed, inrichting, veiligheid en techniek	De werkgroep richt zich op de volgende actiepunten: • Inventariseren van mogelijke gevaarlijke situaties in en om het gebouw (zoals trappenhuizen, liften, tuinen en losliggende kabels). • Creëren van voldoende rustplekken, zitjes en belevingshoeken. • De aanleg en inrichting van herkenbare en veilige looppaden, zowel binnen als buiten. • Het plan voor de inrichting van de receptie, en een alternatieve oplossing als deze ontbreekt. • Het plan voor samenwerking met de gemeente voor de aanleg van buiten routes, inclusief een aanpak als medewerking uitblijft.
Communicatie	De werkgroep ontwikkelt een complete communicatiestrategie: • Het formuleren van de centrale kernboodschap. • Het bepalen van de juiste informatie, toon en taal afgestemd op de verschillende doelgroepen. • Het vaststellen van een strategie voor proactieve en reactieve communicatie. • De keuze en inzet van de juiste communicatiekanalen per doelgroep. • Het opstellen van een mijlpaalkalender en woordvoeringslijn.

2. Ga de verdieping in en maak een planning

- Plan de bijeenkomsten van de stuurgroep voor het komende anderhalf jaar. Start maandelijks; later kan de frequentie omlaag.
- Faciliteer de vier werkgroepen. Hun bevindingen en de input die zij ophalen bij collega's komen terug in de stuurgroep.
- Zorg voor verdiepende gesprekken, zowel centraal als binnen teams, waar zorgen, dilemma's en ideeën besproken kunnen worden. De ambassadeurs en teammanagers kunnen dit samen oppakken.
- Zorg voor commitment en leg dit symbolisch vast. Laat iedere collega zich bijvoorbeeld in aanwezigheid van anderen uitspreken of iets ondertekenen. Het commitment bestaat eruit dat iedereen hieraan meewerkt en elkaars cliënten helpt. Dit geldt voor alle medewerkers van de locatie.
- Maak een jaarplanning waarin je vastlegt wanneer en hoe je gaat starten. Denk aan de volgorde: eerst familie informeren, dan medewerkers, de fases van het openen en de wijze van communiceren.
- Verzorg een korte scholing voor de facilitaire dienst met uitleg over dementie, veelvoorkomend gedrag en hoe zij moeten opschalen.
- Houd iedereen geïnformeerd en betrokken en zorg dat het tempo erin blijft.

3. De echte start

- Bereid de start voor. Alle input van de werkgroepen heeft aandacht gekregen. Echte problemen zijn opgelost en gecommuniceerd met belanghebbenden.
- Informeer alle eerste contactpersonen. Doe dit telefonisch met een belscript en in een strak tempo. Zo geef je persoonlijke aandacht, kun je direct reageren op vragen en vervolgafspraken maken. Benoem ook hier de stip op de horizon: de buitendeuren.
- Communiceer extern. Vermeld op de website dat de locatie een opendeurbeleid voert en informeer potentiële nieuwe cliënten hierover.
- Voer een laatste risico-check uit. Laat collega's van buitenaf en enkele familieleden kritisch rondkijken op de locatie en in de tuinen en eventuele risico's in kaart brengen. Los alles wat hieruit komt snel op en communiceer hierover. Zo laat je zien dat je alles serieus neemt en creëer je vertrouwen.

- Maak een plan per cliënt. Breng per afdeling in kaart van welke cliënten je verwacht dat zij gebruik gaan maken van het opendeurbeleid en waar extra ondersteuning nodig is. Denk aan cliënten die veel lopen, zich verslikken of een specifieke benaderingswijze nodig hebben. Doe dit vanaf nu bij alle nieuwe of veranderende cliënten. Maak een plan om hen de eerste tijd intensiever te begeleiden. Zo anticipeer je en voorkom je risico's.
- Bepaal de fases van het openen. De locatie in één keer openen, is vragen om ongelukken. Iedereen moet wennen en er is nog geen ervaring opgedaan. Een gefaseerde aanpak voorkomt dat je te snel gaat en het commitment verliest. Overweeg bijvoorbeeld in verschillende fases de deuren te openen en neem de collega's van de receptie, restaurant en logistiek hier goed in mee.
- Monitor het proces continu. Dit proces duurt een aantal maanden. De ambassadeurs hebben hierin een belangrijke rol. Neem een time-out bij problemen of weerstand en wees hier open over. Ga pas weer verder als het kan en er consensus is. Dit betekent uiteraard niet dat je stopt; je gaat gewoon door.
- Maak duidelijke afspraken. Belt de receptie dat iemand die naar buiten wil moeilijk is tegen te houden, dan moet de afdeling direct ondersteunen.
- Ook buiten de open-deuren-fases om kunnen cliënten van de afdeling af als zij dat wensen; een medewerker doet de deur dan voor hen open.
- Blijf ondertussen goed communiceren.

Fases van het openen

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
10.00 en 12.00 uur	10.00 en 12.00 uur	10.00 en 12.00 uur	10.00 en 21.00 uur
	14.00 en 17.00 uur	14.00 en 17.00 uur	
		18.00 en 21.00 uur	
Na een maand evalueren en als het goed gaat naar fase 2	Na een maand evalueren en als het goed gaat naar fase 3	Gedurende 6 à 8 weken evalueren en als het goed gaat naar fase 4	Regelmatig evalueren en bijstellen waar nodig

4. De deuren zijn inmiddels open

- **Evalueer en vier successen.** Je bent nu enkele maanden bezig. Er zijn waarschijnlijk spannende momenten geweest, maar ook veel mooie ervaringen. Sta daar met elkaar bij stil, vier de mooie momenten en leer van wat er minder goed ging.
- **Las een rustpauze in.** Doe een aantal maanden even niets nieuws. Wen met elkaar aan het nieuwe beleid en de nieuwe dynamiek en maak dit alles eigen. De werkgroepen zijn inmiddels opgeheven, maar de stuurgroep komt nog steeds regelmatig bij elkaar.
- **Neem de tijd.** Ga je rustig voorbereiden op de volgende fase: naar buiten gaan. Laat zeker 9 tot 12 maanden zitten tussen de eerste fase en het daadwerkelijk naar buiten kunnen gaan.

5. Naar buiten toe

Grotendeels hanteer je dezelfde werkwijze als bij het openen van de deuren binnen de locatie.

- **Start verkennende gesprekken** in de stuurgroep, die weer frequent bij elkaar komt.
- **Bepaal met de WZD-functionaris en specialist** ouderengeneeskunde hoe dit er concreet uit kan zien.
- **Beoordeel de buitenomgeving** op veiligheid en looproutes en breng deze waar mogelijk aan.
- **Informeer familie, medewerkers en alle potentiële nieuwe cliënten** op dezelfde wijze als voorheen.
- **Inventariseer de 'buitenwens'** van de huidige cliënten en doe dit vanaf nu voor alle nieuwe cliënten.
- **Start klein, met bijvoorbeeld één of twee afdelingen.**
- **Beoordeel de mogelijkheden per cliënt** (wel of niet naar buiten) in een multidisciplinair team bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, agogisch hulpverlener en zorgmedewerkers en betrek de eerste contactpersoon hier bij.

In het onderstaande voorbeeld zie je dat de cliënten in verschillende groepen zijn ondergebracht. Dit wil uiteraard niet zeggen dat we deze cliënten niet individueel of persoonsgericht benaderen. De indeling in groepen heeft een praktische functie: het maakt voor de zorgprofessionals en ondersteunende diensten inzichtelijk of een cliënt op een veilige wijze alleen naar buiten kan, hier een vorm van begeleiding bij nodig heeft, of voor nu nog niet in staat is om naar buiten te kunnen.

We laten dit proces dus niet verlopen via domotica, maar met een menselijke tussenkomst. Het toewijzen aan een groep gebeurt uiterst respectvol en in overleg met de cliënt en de eerste contactpersoon. Een multidisciplinair team bespreekt en evalueert de indeling steeds, en stelt deze waar nodig bij naar een andere groep.

	Groep 1	Groep 2
Type	Volledig zelfstandig naar buiten	Tijdgebonden zelfstandig naar buiten
	De cliënten zijn volledig zelfstandig en hebben een tag om naar buiten te gaan.	Patronen/gewoontes van cliënten worden onderzocht en opgeschreven in dossiers.
		Met cliënt zelf en eerste contactpersoon worden afspraken gemaakt over de tijdsduur van het naar buiten gaan. Cliënten krijgen een visitekaartje met adres + telefoonnummer, deze geeft de receptie mee aan de cliënt. De vertrek- en terugkomsttijd van cliënten uit deze groep wordt individueel bijgehouden en genoteerd op de registratielijst. Als een cliënt niet terug is na een uur wordt er overlegd met de afdeling welke acties er worden uitgezet.
		Mogelijkheid tot het meenemen van een van de gezelschapshonden.

De evaluatie is minimaal 2x per jaar in het MDO of op verzoek van eerste contactpersoon of bij achteruigang/incident. Dit geldt voor alle groepen.

Groep 3	Groep 4	Groep 5
Begeleid naar buiten	Buitenwens maar onveilig (WZD)	Geen actieve buitenwens
Er wordt een individueel plan gemaakt om aan de buiten behoefte te voldoen (in combinatie met welzijn/vrijwilliger/mantelzorger/agogisch hulpverlener), dit wordt ook beschreven in het dossier.	Deze cliënten mogen/ kunnen (nog) niet naar buiten omdat dit nog niet veilig genoeg is. Het streven is dat de cliënt minimaal naar groep 3 kan en onder begeleiding naar buiten kan en mag. Hier wordt multidisciplinair samen met de cliënt aan gewerkt.	Deze cliënten geven niet aan dat ze naar buiten willen en laten dat ook niet zien in gedrag. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat zij het niet fijn vinden om naar buiten te gaan. Het streven is om ook deze cliënten zoveel als mogelijk buiten te laten zijn. Maar dit moeten zij uiteraard zelf willen en wensen.
De receptie heeft een overzicht waarin staat welke cliënt in welke groep zit. Cliënten hebben een individueel plan/programma om aan de buitenwens te voldoen. Daarnaast mogen zij begeleid naar buiten als ze bij de voordeur verschijnen en aangeven naar buiten te willen. Dit wordt gefaciliteerd door een passend opendeurbeleid rooster.	De receptioniste belt de afdeling als een cliënt begeleiding nodig heeft omdat er bijvoorbeeld agitatie ontstaat. Er wordt geprobeerd de cliënt af te leiden door een activiteit te gaan doen of naar de tuinen te gaan.	
De beschikbaarheid van medewerkers is geregeld om cliënten naar buiten te begeleiden. In dit geval welzijnsmedewerkers van maandag tot en met vrijdag van 10.00 tot 17.00 uur (of een andere functie zoals een agogisch hulpverlener of verzorgende). Zij hebben een telefoon, de zogenoemde welzijn- telefoon, waar de receptie naar toe belt als er een cliënt uit deze groep naar buiten wil. Er is een werkinstructie voor de receptie gemaakt.		

Na inventarisatie van de 'buitenwens' bij de cliënt en de eerste contactpersoon, onderzoekt een multidisciplinair team (met fysiotherapeut of ergotherapeut) tot welke groep de cliënt behoort. De uitkomst hiervan wordt multidisciplinair besproken, overlegd met de contactpersoon, vastgelegd in het dossier en als actuele lijst doorgegeven aan de receptie.

Reflectie op hoe het proces verlopen is

Het klinkt misschien raar en wellicht zelfs ongeloofwaardig, maar eigenlijk is alles op onze locatie echt goed gegaan. Vooraf hadden we met een aantal scenario's rekening gehouden. We verwachtten dat er veel weerstand zou komen van bepaalde families en medewerkers, of dat er zich toch lastige situaties zouden voordoen. De dag dat we de buitendeur echt openden, dachten we: "nu komt alle weerstand echt naar voren". Dit gevoel werd versterkt, omdat er precies op dat tijdstip een ernstige situatie in de wijk gaande was. Maar toen we eenmaal zover waren, gebeurde er ... niets. We waren er zelf verbaasd over en soms zelfs wat onzeker: zaten we niet te veel in een bubbel, waren we wel scherp genoeg?

De bezoeken van andere organisaties, en vooral van Vilans en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waren voor ons een mooie spiegel en zeer waardevol. Zij gaven aan vooral te ervaren en te zien dat wij niet vanuit de beheerskant werkten, maar vanuit de inhoud. Ze zagen dat we, weliswaar met een plan van aanpak, redelijk organisch te werk gingen. En vooral zagen ze dat we aandachtig aansturen en bijsturen waar het dreigde kwetsbaar te worden. Onze aanpak was: niet afwachten, niet wegkijken en niet redeneren vanuit geld, maar vanuit de vraag 'wat is er nodig?'. We stelden ons steeds de vraag hoe we het de volgende keer anders konden doen, vooral heel transparant en met elkaar. De receptioniste is even belangrijk als de dokter en de restaurantmedewerker is net zo belangrijk als de verzorgende. Door samen de dingen te doen en ervaringen uit te wisselen, krijg je de mooiste vorm van zorg: namelijk persoonsgericht. En daarmee geef je vrijheid waar het kan en bescherming waar het nodig is.

Samenvattend

In dit laatste hoofdstuk stond de praktische implementatie centraal. Het plan is een realistische weergave van de weg naar het uiteindelijke doel: passende vrijheid voor iedere cliënt die op de locatie woont of verblijft. Dit doel bereikten we zonder domotica, maar vanuit een zorgvuldige, persoonsgerichte benadering en vooral: samen en met elkaar. En wat je ervoor terugkrijgt, is onbetaalbaar: blijde cliënten, familie en medewerkers!

‘Open deuren ... van idee naar werkelijkheid, een handzaam boekje in zakformaat’ biedt een route om aan de slag te gaan met het teruggeven van meer regie aan onze medemensen met dementie. Het is meer geworden dan een verhaal over hoe een deur open moet. Een deur openen kan iedereen, maar dat moet geen doel op zich zijn. De open deuren zijn het gevolg van alles wat is ondernomen aan bewustwording en passie voor de medemens.

Dit boekje is dan ook bedoeld als richtinggevend, niet als bepalend. Het is bedoeld om te enthousiasmeren en op weg te helpen naar een doel, niet als een afvinklijstje. Tijdens het maken en teruglezen van de teksten werden we zelf steeds opnieuw enthousiast door het besef van wat we al bereikt hebben en hoe we die weg samen met alle collega's hebben gelopen. We zijn er nog niet en gaan verder, maar het is van belang om de successen met elkaar te zien en te vieren.

Wat we in dit boekje hebben willen vertellen, is precies dat: stel met elkaar een doel op basis van een visie, en geniet onderweg van de route. Vraag je steeds af: waar zitten de aandachtspunten en waar moet je aan denken? Dit alles combineer je met kennis van de doelgroep en handelt vanuit een visie. Als er weerstand is, moet je met elkaar duiden waar die vandaan komt en samen naar oplossingen zoeken. Respect voor elkaars meningen en overtuigingen, en dat steeds opnieuw met elkaar delen, is daarbij essentieel. Elke discipline en elke laag van de organisatie heeft een eigen unieke rol in het geheel; dit moet bij elkaar gebracht worden.

Het openen van de deuren gaat ook over het veranderen van gedrag, het toetsen van jarenlange aannames en het goed inschatten en accepteren van risico's. Dit vraagt een andere manier van samenwerken en leidinggeven, en we hopen dat dit boek hier een bijdrage aan kan leveren.

We hopen je met dit boekje op weg te hebben geholpen en zijn altijd bereid om mee te denken hoe dit ook bij jouw locatie of organisatie uitgerold kan worden.

We sluiten af met een uitspraak van Nobelprijswinnaar George Bernard Shaw, die exemplarisch is voor het opendeurbeleid. Het doorleven van deze woorden, kan de opening geven om echt iets te veranderen.

“Vrijheid betekent
verantwoordelijkheid.
Daarom zien de meeste
mensen ertegenop.”

George Bernard Shaw
Iers-Engels schrijver, criticus en Nobelprijswinnaar literatuur
1856-1950

Aafje - Kwaliteitsbeleid, WZD

Alzheimer Nederland - Wonen met dementie

Bmcgeriatr.biomedcentral.com - Association between freedom of movement and health of nursing home residents with dementia
Van Liempd, S., Bolt, S., Verbiest, M., & Luijkx, K. (2024).

Eur-lex.europa.eu - Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

Fitlicht - Licht voor senioren

Gedragen - Mensgericht samenwerken rondom dementie

Innovatiekring Dementie - Zelfstandiger door kleuren en contrasten
D. Kerr, *Understanding Learning Disability and Dementia. Developing Effective Interventions* London: Jessica Kingsley Publishers 2007. ISBN 978 1 84310 442

NSSI - SI bij ouderen en mensen met dementie

Ontwerpen voor dementie - Wat zie je als je kijkt door de ogen van een oudere?

Overheid.nl - Wet zorg en dwang (WZD)

Overheid.nl - Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Overheid.nl - Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

PMC NCBI - Dementia Enlightened?!
Ingrid Goudriaan, Leonieke C van Boekel, Marjolein E A Verbiest, Joost van Hoof, Katrien G Luijkx (2021).

Sociotherapie binnen de psychogeriatric in zakformaat
Mandy van Helden

Tijdschriftvoorpsychiatrie.nl - Meer kwaliteit van leven. Integratieve persoonsgerichte Dementiezorg.
Rose-Marie Dröes, Jos Schols, Philip Scheltens (red.) *Diagnosis* uitgevers, 2015.

TU Eindhoven - Licht voor ouderen en mensen met dementie

TVGG.nl - De afweging tussen een open of gesloten afdeling voor bewoners met dementie: een kwalitatieve studie
Horsten-Schoonen, S.A.G.A., & Bolt, S. R. (2023).

Vilans - Dossier passende vrijheid

Zorg voor beter - Bewegen bij dementie

