

Open deuren voor PG?

Een exploratief ethisch onderzoek naar mogelijke alternatieven voor een gesloten deur in het kader van de implementatie van de Wet Zorg en Dwang

Auteurs:

Dr. E.G.M. Landeweer

Mr.dr. B.J.M. Frederiks

Mw. F.Vinckers

Dr. S.I.M. Janus

Prof.dr. S.U. Zuidema

Contactgegevens: e.g.m.landeweer@umcg.nl



Voorwoord

Voor u ligt de onderzoeksrapportage *Open deuren voor PG?* Eind 2019 werd de Verensobeurs toegekend voor dit exploratieve ethische onderzoek naar wat betrokkenen in de praktijk van de verpleeghuiszorg zien als mogelijke en moreel acceptabele alternatieven voor een gesloten deur. De start van dit onderzoek zou begin 2020 gelijktijdig plaatsvinden met de implementatie van de Wet Zorg en Dwang (Wzd). Een spannende overgang voor de praktijk aangezien deze wet een andere organisatie en verantwoording vereiste rond de toepassing van onvrijwillige zorg dan de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz). En hoewel ook de Wet Bopz voorschreef dat onvrijwillige zorg zoals een gesloten deur alleen per persoon toegepast kan worden, voorzag de praktijk dat de nieuwe procedures mogelijk konden betekenen dat een verpleeghuis niet meer vanzelfsprekend de psychogeriatrische afdelingen gesloten kon houden.

De bereidheid om hierover gezamenlijk na te denken binnen de ouderenzorgorganisaties verbonden aan het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO-UMCG) was groot. Bij het schrijven van de aanvraag dachten vertegenwoordigers van twee ouderenzorgorganisaties mee; Tangenborgh en ICare. Toen we met het onderzoek startten, waren er meerdere organisaties die spontaan aanboden mee te willen doen. Duidelijk was dat het onderwerp leefde in de praktijk en hoog op de agenda stond. Dit leverde uiteindelijk een samenwerking op met de ouderenzorgorganisaties Tangenborgh, Icare, Interzorg en Meriant (Zorggroep Alliade).

Op het moment dat de eerste focusgroepen gepland stonden en twee HBO-V studenten voor hun afstudeerscriptie zouden gaan starten met een aanvullend onderzoek naar perspectieven van PG-verpleegkundigen voor hun afstudeerscriptie, brak het COVID-19 virus uit. In een project waarin we onderzoek gingen doen naar alternatieven voor gesloten deuren, gingen de verpleeghuizen geheel op slot. De HBO-V studenten besloten hun interviews online af te nemen. In overleg met de ouderenzorgorganisaties en opdrachtgever Verenso werden de focusgroepen uitgesteld. Mede omdat de praktijk druk doende was met de pandemie en de lockdown van verpleeghuizen.

In september was het voldoende rustig in de verpleeghuizen om het onderzoek te continueren. De focusgroepen werden opnieuw gepland zowel online als face-to-face. Ondanks de hectische tijd die de ouderenzorgorganisaties hadden (gehad) was de urgentie om samen te zoeken naar mogelijkheden om minder onvrijwillige zorg toe te passen, hoog gebleven. In de focusgroepen is met elkaar gezocht naar de ruimte voor alternatieven voor een gesloten deur. Ruimte in moreel opzicht, maar ook in praktisch opzicht. Naar wat verbetermogelijkheden zijn, maar ook waar

grenzen ervaren worden, hoe daar op een goede manier mee omgegaan kan worden en welke risico's betrokkenen acceptabel dan wel verantwoord vinden. In deze rapportage zijn de uitkomsten hiervan opgetekend.

Elleke Landeweer, ethiek-onderzoeker UNO-UMCG, februari 2021

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding	5
Vraag- en doelstelling	7
Methode	8
Inhoud/ opzet focusgroepen.....	9
Resultaten.....	10
Bevindingen uit de focusgroepen.....	10
Voor wie zit de deur op slot?	10
Alternatieven en morele kaders.....	11
Zorgen in de praktijk	15
Verantwoorde risico's	17
Benodigheden.....	17
Terugkombijeenkomst: hoe nu verder?.....	18
Discussie en aanbevelingen.....	20
Aanbevelingen voor onderzoek en praktijk.....	23
Conclusie	25
Dankbetuiging.....	26
Literatuur	27
Bijlage 1 Overzicht concrete tips uit de focusgroepen.....	29

Inleiding

Wat zijn mogelijke alternatieven voor een gesloten deur op psychogeriatrische afdelingen die als minder ingrijpend dan wel als goede zorg kunnen worden beschouwd? De Wet Zorg en Dwang (Wzd) die op 1 januari 2020 van kracht is gegaan, vereist dat voor elke vorm van onvrijwillige zorg zorgvuldig wordt afgewogen of er echt geen andere mogelijkheden zijn om het risico op ernstig nadeel af te wenden (Ministerie VWS, 2019). Aan de hand van een stappenplan dient de situatie goed te worden geanalyseerd met inachtneming van de zorgvuldigheidscriteria doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Concreet houdt dit de attitude in van 'nee, tenzij...'. De gedachte hierbij is dat op deze wijze onvrijwillige zorg niet als vanzelfsprekend wordt toegepast, maar dat voor elke cliënt in iedere situatie nagedacht wordt of onvrijwillige zorg echt noodzakelijk is (Vilans, 2019). Als er alternatieven voorhanden zijn, dienen deze te worden toegepast. Onvrijwillige zorg moet zoveel mogelijk voorkomen worden.

Wat geldt als onvrijwillige zorg wordt in de Wzd beschreven. Een gesloten deur – wat de deur van de kamer kan zijn, de deur van de afdeling of de deur van de locatie-, geldt als een beperking van de bewegingsvrijheid, en is daarmee een van de vormen van onvrijwillige zorg. Van *onvrijwillige zorg* is sprake indien de cliënt of de vertegenwoordiger zich er tegen verzet. Als een cliënt echter wilsonbekwaam ter zake is, terwijl de cliënt en de vertegenwoordiger zich niet verzetten tegen een gesloten afdeling, schrijft de Wzd voor dat ook dan het stappenplan dient te worden gevolgd ondanks dat er formeel dan geen sprake is van onvrijwillige zorg. Reden hiervoor is dat de gesloten afdeling geldt als vorm van zorg die extra zorgvuldig moet worden benaderd.¹ Kortom, voor elke cliënt die op een gesloten afdeling verblijft, geldt dat het stappenplan moet worden gevolgd.² Als blijkt dat de inzet van een gesloten afdeling na een bepaalde periode echt niet kan worden afgebouwd (de deur kan niet open), moet elke zes maanden een uitgebreide evaluatie plaatsvinden. Eenmalig moet dan tevens een externe

¹ Hier is overigens nog wel discussie over. Branchevereniging Actiz die zich inzet om de uitvoerbaarheid van de Wzd te vereenvoudigen, verzet zich tegen dit aspect van de wet. Zij stelt dat het feit dat een bewoner met een rechterlijke machtiging, een inbewaringstelling of op basis van artikel 21 Wzd is opgenomen in een verpleeghuis, voldoende rechtvaardiging behelst dat de bewegingsvrijheid wordt ingeperkt en dat deur dicht is. Zie:

https://www.innovatiekringdementie.nl/files/downloads/Overzicht_standpunten_ActiZ_uitvoering_Wzd.pdf

² Het ministerie van VWS benadrukt dat ook voor cliënten met een opname-indicatie van het CIZ, een RM of een IBS geldt dat de afdelingsdeur niet automatisch op slot mag. Daarbij stelt zij wel dat in de huisregels mag worden opgenomen dat de deur van de afdeling na 22 uur dicht gaat en dat als een cliënt echt geen aanstalten maakt om naar een deur toe te lopen en stil op de afdeling zit dit niet gezien hoeft te worden als onvrijwillige zorg of als uitzondering. Zie: <https://www.dwanginezorg.nl/wzd/praktijkvoorbeelden/onvrijwillige-zorg>;

<https://www.dwanginezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/factsheet-onvrijwillige-zorg-in-wet-zorg-en-dwang>.

deskundige worden ingeschakeld. De zorgverantwoordelijke dient de situatie in nauw overleg met andere professionals, cliënt en vertegenwoordiger goed te analyseren en daarbij alle mogelijke alternatieven af te wegen. Tot slot geldt dat een zogenaamde wzd-functionaris toezicht houdt op het proces en de uitvoering van onvrijwillige zorg. Concreet betekent dit dat een deur alleen gesloten mag zijn op individuele indicatie.

Maar wat zijn daadwerkelijk mogelijke alternatieven voor een gesloten deur? In de praktijk leefden vele vragen over wat de implicaties zouden kunnen zijn voor de gesloten afdelingen. Als per bewoner moet worden afgewogen of de deur naar buiten gesloten moet blijven, hoe ga je hier dan praktisch mee om? Welke minder ingrijpende alternatieven zijn er voorhanden? En hoe ga je om met verschillen tussen bewoners op een afdeling? Wat zijn verantwoorde risico's?

De Wzd vereist dat de risico's van ernstig nadeel die reden kunnen zijn voor onvrijwillige zorg gewogen moeten worden ten aanzien van *proportionaliteit, doelmatigheid en subsidiariteit*. Hoe deze zorgvuldigheidscriteria geïnterpreteerd worden, is deels cultureel en contextueel bepaald. In sommige districten van Duitsland is het bijvoorbeeld niet toegestaan om de deuren gesloten te houden voor alle bewoners en hanteert men verschillende methoden om te voorkomen dat bewoners zonder toezicht naar buiten gaan (Müller et al, 2013). Frédéric Lauscher, directeur van een zorgorganisatie in Frankfurt, stelt in *Denkbeeld* dat voor verpleeghuisbewoners in zijn regio geen gesloten afdelingen bestaan. Volgens hem is het de morele cultuur in Nederland die grote nadruk legt op het beschermen van de bewoners hetgeen ten koste gaat van het recht op vrijheid. Terwijl ondanks de grotere vrijheid voor zijn bewoners om naar buiten te gaan, er niet meer ongevallen zijn, aldus Lauscher. Wel vraagt dit een grotere inzet van het personeel, familie en de wijken (Lauscher, 2020). Wetenschappelijke studies naar de risico's die mensen met vergevorderde dementie lopen indien zij zonder toezicht van de afdeling af gaan, geven wisselende uitkomsten. Mensen lopen het risico om te verdwalen en letsel op te lopen (Gu, 2015; Neubauer et al, 2018). Tegelijkertijd wordt aangegeven dat het beperken van mensen in hun bewegingsvrijheid ook risico's met zich mee kan brengen, zoals de inperking van iemands kwaliteit van leven en daarmee gepaard gaande toename van frustraties en onrust (Robinson et al, 2007). Daarbij geldt dat behoeftes van cliënten uiteen kunnen lopen. Sommige cliënten willen graag naar buiten, terwijl anderen die behoefte niet hebben of zelfs het een veilig gevoel vinden dat de deur op slot zit. De vraag of het wel of niet openen van de deuren verantwoord is, kan gezien worden als een moreel dilemma waarin beide opties risico's en nadelen kunnen hebben.

Als de deur niet vanzelfsprekend meer op slot mag, zijn zorgorganisaties genoodzaakt te zoeken naar andere (creatieve) mogelijkheden om de veiligheid van de bewoners te kunnen

garanderen. Alternatieven voor een gesloten deur kunnen botsen met huidige (impliciete) morele kaders omdat alternatieven mogelijk als minder veilig ervaren worden. Bovendien kan er onduidelijkheid bestaan over welke risico's verantwoord of acceptabel zijn (Landeweer et al, 2011; Landeweer et al, 2010, Mullet et al, 2013). Om een goede afweging te kunnen maken ten aanzien van welke alternatieven mogelijk zijn, is het behulpzaam om in gesprek te gaan met betrokkenen in de praktijk over wat zij haalbaar, verantwoord en acceptabel vinden. In dit onderzoek is in heterogene focusgroepen gesproken met betrokkenen (wzd-functionarissen, zorgverantwoordelijken, verzorgenden, verpleegkundigen, psychologen, managers en naasten en cliënt/vertegenwoordigers) over wat zij zien als mogelijke alternatieven voor hun praktijk.

Vraag- en doelstelling

Dit kwalitatieve explorerende ethische onderzoek had tot doel om inzicht te krijgen in welke minder ingrijpende alternatieven voor een gesloten deur betrokkenen als mogelijkheid zagen in hun praktijk. Naast een overzicht van wat men verantwoord en acceptabel acht, is tevens gezocht naar waar men zich zorgen over maakt en welke morele visies daaraan ten grondslag liggen. Het uiteindelijke doel was dan ook om aanbevelingen voor de praktijk te formuleren voor een goede implementatie van de Wzd ten aanzien van de omgang met gesloten deuren. De centrale onderzoeksvraag van deze studie was als volgt:

Wat zien betrokkenen (wzd-functionarissen, zorgverantwoordelijken, verzorgenden, verpleegkundigen, psychologen, managers, naasten en cliënt/vertegenwoordigers) als mogelijke alternatieven voor een gesloten deur op psychogeriatrische afdelingen?

Hieraan waren de volgende subvragen gekoppeld:

- Welke waarden en normen staan centraal in de afwegingen van de betrokkenen?
- Met welke additionele factoren, belangen, beperkingen en (impliciete) morele kaders houden betrokkenen rekening als het gaat om het vaststellen dat er alternatieven mogelijk zijn voor een gesloten deur?
- Wat wordt ervaren als verantwoorde risico's zowel binnen als buiten de afdeling en voor wie?
- Wat hebben de verschillende betrokkenen nodig om deze alternatieven te kunnen realiseren?

Methode

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor een empirische ethische methodiek. Dit betreft een combinatie van kwalitatieve data met ethische analyse. Gezocht is naar welke waarden en normen er in de praktijk worden ervaren en hoe hier gezamenlijk betekenis aan gegeven wordt. Expliciet is aandacht besteed aan wat betrokkenen kunnen leren van elkaar door het delen van (ervarings)kennis, ervaringen en ideeën. Op deze wijze is gezocht naar een overeenkomstige mores, maar ook waar waarden en normen met elkaar botsen in de praktijk (Landeweer et al, 2017).

Het theoretische kader dat in deze studie centraal stond, is dialogische ethiek. Dit is een ethische theorie waarin wordt verondersteld dat de moraal in dialoog en interactie ontstaat. Door met elkaar in gesprek te gaan, komen impliciete morele aannames naar boven en ontstaat er ruimte om gezamenlijk op zoek te gaan naar wat het goede in de praktijk kan betekenen (Abma et al, 2009; Abma & Widdershoven, 2006). Vanuit deze methodologie is er gekozen om focusgroep bijeenkomsten te organiseren waarin met elkaar gesproken is over mogelijke alternatieven, morele kaders en ervaren grenzen. In totaal zijn er vier heterogene focusgroepen gehouden bij vier ouderenzorgorganisaties van het UNO-UMCG, in september- oktober. Twee van de focusgroepen werden online georganiseerd, twee vonden live plaats. Aan de focusgroepen namen gemiddeld tien deelnemers deel vanuit uiteenlopende functies. Ter afronding is een online terugkombijeenkomst georganiseerd in december waaraan vanuit elke ouderenzorgorganisatie twee deelnemers participeerden en twee externe deelnemers die vanuit Verenso waren uitgenodigd.

Focusgroep 1 N=8 online	Focusgroep 2 (N=6) online	Focusgroep 3 (N=12) face-to-face	Focusgroep 4 (N=10) face-to-face	Terugkombijeenkomst (N=8) online
3 eerst verantwoordelijke verzorgende (evv-er) 1 verzorgende 1 verpleegkundige 1 teamleider zorg 1 specialist ouderengeneeskunde/ wzd-functionaris 1 gz-psycholoog & teamleider behandeldienst/ wzd-functionaris	1 verpleegkundig specialist 2 woonzorgbegeleiders 1 manager wonen en zorg 1 beweegagoog 1 GZ-psycholoog	4 verpleegkundigen 1 specialist ouderenzorg 1 basisarts 1 voorzitter cliëntenraad 1 adviseur leren & ontwikkelen 1 projectmanager ICT 1 ergotherapeut 1 projectleider implementatie Wzd 1 kwaliteitsadviseur	1 specialist ouderengeneeskunde/ wzd-functionaris 1 familielid bewoner 1 clusterhoofd 1 zorgcoördinator/ verpleegkundige 1 geestelijk verzorgende 1 apotheker 1 gz-psycholoog/ wzd-functionaris 1 verpleegkundig specialist 2 verzorgenden	1 kwaliteitsadviseur 1 zorgcoördinator 1 gedragskundige/ wzd-functionaris 1 aios 1 specialist ouderengeneeskunde/ wzd-functionaris 1 Bopz-arts 1 verpleegkundige/ lid SAR

De focusgroepen en terugkombijeenkomst zijn opgenomen en meerdere keren afgeluisterd op basis waarvan een uitgebreid thematisch verslag is gemaakt, waarin het verloop en onderwerpen die in het groepsgesprek aan bod kwamen is gevolgd. Dit verslag is vervolgens naar de deelnemers gemaïld ter member check. Daarna zijn de verslagen handmatig geanalyseerd op de onderwerpen doelgroep, alternatieven, morele kaders (waarden en normen) en alternatieven, zorgen, verantwoorde risico's en benodigdheden. Hierbij is een mix gebruikt van open codering waarbij los van de onderzoeksvragen gekeken is welke onderwerpen door de deelnemers aangedragen werden, en thematische codering, waarbij gekeken werd op welke wijze de onderzoeksvragen werden beantwoord.

Op basis van de analyse van de vier verslagen is de notitie *Voorlopige resultaten* opgesteld. Deze is besproken in de themagroep Zorgethiek van het UNO-UMCG, waarin zes ouderenzorgorganisaties participeren. Met hen is gesproken over welke onderwerpen relevant zijn ter bespreking in de zogenaamde terugkombijeenkomst (klankbordgroep functie). Voor de terugkombijeenkomst waren twee deelnemers per deelnemende organisatie uitgenodigd. Daarnaast schoven twee deelnemers aan die werkzaam waren bij een ouderenzorgorganisatie in de randstad om kritisch te kunnen meedenken en eventuele blinde vlekken te kunnen signaleren.

Inhoud/ opzet focusgroepen

In de focusgroepen is gebruik gemaakt van een nominal group technique (Harvey & Holmes, 2012). Deze methode is een efficiënte manier om in een heterogene setting deelnemers een gelijkwaardige plek te kunnen geven in de dialoog. Aan de deelnemers is vooraf gevraagd na te denken over wat zij als goede alternatieven zagen en een top 3 te formuleren. In de focusgroepen zijn deze alternatieven geïnventariseerd waarna gesproken is over prioritering, gerelateerde waarden en normen, morele grenzen/ zorgen en verantwoorde risico's. In het tweede deel van de focusgroepen is gevraagd naar specifieke casuïstiek en ervaren dilemma's met betrekking tot een open deur.

In de terugkombijeenkomst is feedback gegeven op de voorlopige resultaten en is men met elkaar in gesprek gegaan over de vraag wat er nodig is om voldoende vertrouwen te genereren op de werkvloer om de deur van de afdelingen open te zetten.

Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen opgetekend uit de focusgroepen en de terugkombijeenkomst. In het eerste deel worden de bevindingen uit de focusgroepen beschreven. De paragrafen komen overeen met de onderwerpen die uit de analyses naar voren zijn gekomen. In het tweede deel wordt verslag gedaan van de terugkombijeenkomst waarin stil gestaan is wat er nodig is om daadwerkelijk de deuren voor bewoners open te zetten.

Bevindingen uit de focusgroepen

Aan de deelnemers van de focusgroepen is gevraagd wat zij als haalbare, mogelijke dan wel ideale alternatieven voor een gesloten deur beschouwen. Dit leverde een divers en rijk gevarieerde verzameling van alternatieven op, uiteenlopend van deugden (leef, open houding, omdenken, creativiteit) tot de inzet van technologische apparatuur (GPS, beacons etc) als ook nieuwe benaderingswijzen en omgangsvormen. Door hierover in gesprek te gaan, kwam direct de vraag naar voren voor welke bewoners de deur van de afdeling eigenlijk echt op slot zit. In dit deel gaan we dan ook eerst op die vraag in. Vervolgens beschrijven we de alternatieven die naar voren zijn gekomen en daarmee samenhangende (morele) context en visie, de ervaren zorgen en beperkingen, verantwoorde risico's en tot slot positieve ervaringen. In het tweede deel van dit hoofdstuk gaan we in op de uitkomsten van de terugkombijeenkomst en bespreken we de adviezen die door de deelnemers zijn geformuleerd.

Voor wie zit de deur op slot?

De bewoners die expliciet aangeven van de afdeling te willen, daarvoor mobiel genoeg zijn en risico lopen op ernstig nadeel, betreft een kleine groep, aldus de deelnemers van de focusgroepen. Men benadrukt dat een groot deel van de bewoners niet van de afdeling af wil en/of dit niet zelfstandig kan (door bijvoorbeeld fysieke beperkingen). Voor deze groep hoeft de deur niet noodzakelijk op slot. De deelnemers concluderen dat de deur in de praktijk voor alle bewoners op slot zit, terwijl dat eigenlijk maar voor een kleiner deel van de bewoners nodig is.

“Op één groep zit de deur maar voor twee personen op slot, maar helaas nog steeds dicht voor de hele groep. De anderen hebben dus last van twee bewoners die weg willen.” (citaat uit focusgroep 4)

Overigens wordt ook in een focusgroep benadrukt dat bewoners die niet zelfstandig naar buiten kunnen vanwege hun fysieke situatie, niet vergeten moeten worden. Ook voor hen moeten we nadenken hoe zij zo vrij mogelijk kunnen leven, stellen de deelnemers.

Bewoners die wel van de afdeling willen, kunnen verschillen in hun motieven daartoe. Er is een groep die vanuit verwardheid de afdeling af wil, bijvoorbeeld omdat ze terug willen naar hun ouderlijk huis. Voor deze groep is het volgens de respondenten de vraag of een open deur bijdraagt aan hun welbevinden. Indien bewoners in hun verwardheid naar buiten gaan, kan dat leiden tot ontredde, decorumverlies en gevaar voor anderen. De deelnemers aan de focusgroepen willen deze groep bewoners graag beschermen tegen zichzelf. Men vindt het acceptabel dat voor deze groep de deur op slot zit, hoewel men open staat om per individu - onder toezicht - te experimenteren met wat er gebeurt als iemand vanuit deze motivatie naar buiten gaat. Daarnaast is er een groep die de afdeling af wil, omdat ze graag willen kunnen gaan en staan waar ze willen. In onderstaand citaat doelt de deelnemer van de focusgroep op een bewoner die vanuit zijn principes en verleden niet opgesloten wil worden.

“Soms zie je bij een gesloten deur dat het oproept dat mensen niet perse weg willen, maar dat wel willen kunnen. ‘Wie ben jij om mij tegen te houden?’, zeggen ze dan.” (citaat uit focusgroep 2)

Er zijn ook mensen die gewoon graag naar buiten gaan bijvoorbeeld om een ommetje te kunnen maken. Mensen die bijvoorbeeld in hun professionele leven ook veel buiten waren en zich daar prettig bij voelen.

Alternatieven en morele kaders

Zoals al aangekondigd is er in de focusgroepen een divers palet alternatieven aangegeven. Hieronder presenteren we deze alternatieven binnen de verschillende morele contexten waarin zij werden geplaatst. Deze indeling kwam in alle focusgroepen op vergelijkbare wijze naar voren naar aanleiding van de alternatieven die door de deelnemers waren opgeschreven.

In de eerste plaats gaven alle deelnemers aan het belangrijk te vinden dat bewoners zich zo min mogelijk opgesloten *voelen* op de gesloten afdelingen. De morele onderbouwing hierbij was als volgt: indien een gesloten deur echt nodig is omwille van veiligheid moet de bewoner daar zo min mogelijk last van hebben. Alternatieven die in deze context genoemd worden, zijn expliciet gericht op het *vergroten van het gevoel van vrijheid* onder bewoners op de gesloten afdelingen zelf. In het verlengde hiervan vonden de deelnemers het van moreel belang dat de bewoners voldoende bewegingsruimte tot hun beschikking hebben. Hierbij werd het belang (*de morele*

waarde) van bewegingsruimte benadrukt. In deze context worden ook diverse mogelijkheden aangegeven hoe bewoners meer ruimte te kunnen geven dan ze op dit moment tot hun beschikking hebben. Tot slot zijn er alternatieven aangedragen die verband houden met het principe dat we mensen niet moeten willen opsluiten indien ze dat niet willen. Hier speelt het morele principe van *keuzevrijheid en recht op eigen regie* een belangrijke rol. Het morele motief is dat bewoners van de afdeling in staat gesteld moeten worden om de afdeling af te kunnen gaan indien zij dit wensen, omwille van hun autonomie. Hieronder wordt per context beschreven welke alternatieven en discussies daaromtrent aan bod zijn gekomen in de focusgroepen.

Het gevoel van vrijheid vergroten

Verschillende alternatieven zijn genoemd om het gevoel van vrijheid bij bewoners te vergroten ook als feitelijk de vrijheidsbeperking niet verminderd wordt:

➤ Het op de afdeling zijn aantrekkelijker maken

Binnen elke focusgroep werd door deelnemers geopperd dat de afdeling zelf aantrekkelijker gemaakt kan worden zodat de bewoners minder behoefte zouden hebben om naar buiten te willen. Hierbij wordt gedacht aan meer activiteiten op de afdeling, zoals het inrichten van belevingshoekjes, gebruik maken van muziek en bijvoorbeeld een openhaard. Opgemerkt wordt dat de aanwezigheid van een activiteitenbegeleider en welzijnswerker al een hoop scheelt. Hoewel er de afgelopen jaren al veel veranderd is, kan er nog meer aandacht komen voor persoonsgerichte en belevingsgerichte zorg. Kennis over dementie bij de zorgmedewerkers up-to-date houden zodat de zorg nog beter kan aansluiten bij de fase van dementie waarin een bewoner zich bevindt, wordt ook in deze context genoemd.

➤ Camouflage van de uitgang

Op een afdeling levert de uitgang regelmatig veel onrust bij bewoners. De deelnemers vragen zich af of het camoufleren van de uitgang (bijvoorbeeld met boekenkastbehang) meer rust onder bewoners kan geven. Hier zijn wisselende ervaringen mee. Genoemd wordt dat het soms ook averechts kan werken. Op sommige locaties zijn er positieve ervaringen met het camoufleren van de uitgang. Het geeft sommige bewoners meer rust, maar er is ook twijfel bij de deelnemers. Het camoufleren van de uitgang wordt niet als ideaal gezien, omdat bewoners eigenlijk voor de gek worden gehouden. Bovendien ontnemt het bewoners ook de mogelijkheid om naar buiten te lopen als ze dat zouden willen, aldus enkele deelnemers uit de focusgroepen.

➤ Uitgang extra benadrukken

Deelnemers noemen in deze context dat het meerwaarde kan hebben om juist de uitgang expliciet zichtbaar te maken door bijvoorbeeld een kapstok er naast te zetten, zodat bewoners de deur ook herkennen als uitgang en niet per ongeluk van de afdeling gaan. Aandachtspunt is ook dat de zorg bewuster met de uitgang kan omgaan en door bijvoorbeeld er niet vlak achter met elkaar te gaan kletsen, zodat bewoners denken dat er achter de uitgang van alles gebeurt waar zij niet bij zouden mogen zijn.

Het belang van bewegingsruimte

Als het gaat om alternatieven voor een gesloten deur werd in alle focusgroepen veelvuldig allerlei alternatieven genoemd die gericht zijn op het genereren van meer bewegingsvrijheid voor bewoners waarbij nog wel een bepaalde vorm van toezicht behouden blijft. Hoewel dit wel geldt als onvrijwillige zorg onder de Wzd indien er sprake is van verzet van de bewoner of diens vertegenwoordiger, wordt het vergroten van de bewegingsruimte voor bewoners over het algemeen gezien als beter (lees: minder vrijheidsbeperkend) alternatief dan een gesloten deur.

➤ Inzet van GPS en/of beacon

Indien er zorgen zijn dat een bewoner de weg niet terug kan vinden of verdwaalt, kan men GPS inzetten. Enkele zorginstellingen werken hiermee en hebben inmiddels positieve ervaringen. Wel realiseren de deelnemers zich dat dit nog steeds kan gelden als onvrijwillige zorg, omdat het ook een vorm van toezicht betreft waar iemand bezwaar tegen kan hebben. Bovendien zijn niet alle bewoners zich er bewust van dat ze een GPS bij zich hebben en vereist het instemming van de vertegenwoordiger en van de bewoner als hij of zij dat nog kan geven.³ Het voordeel van GPS is dat het meer vertrouwen geeft aan de zorgmedewerkers. Mocht een bewoner niet op tijd terug zijn, dan kan de zorg achterhalen waar diegene is. Ook kan de zorg een melding krijgen als de bewoner verder weg gaat dan is afgesproken en daarop actie ondernemen.

In meerdere focusgroepen wordt aangegeven dat de technische mogelijkheden zoals GPS nog niet altijd optimaal werken, bijvoorbeeld doordat de ontvangst (nog) niet goed werkt of de batterij snel leeg gaat. Er zijn nog kinderziektes, maar men is over het algemeen wel enthousiast over wat de techniek aan mogelijkheden belooft.

“In het gebouw is geen contact met satellieten en kan de locatie van de bewoner dus niet worden bepaald. Dit maakt de locatiebepaling onzuiver en creëert schijnveiligheid.” (citaat uit focusgroep 3)

³ Als er sprake is van verzet van de cliënt of diens vertegenwoordiger geldt het opnieuw als onvrijwillige zorg en moet het stappenplan worden gebruikt.

➤ *Met begeleiding naar buiten*

Een andere optie is dat bewoners onder begeleiding naar buiten gaan. Een nadeel is dat dit vaak gepland moet worden en daardoor niet altijd direct gereageerd kan worden op de behoefte van de bewoner om naar buiten te gaan. Omdat dit veel tijd kost van zorgmedewerkers wordt hier ook gedacht aan het inzetten van familie en vrijwilligers.

➤ *Meer ruimte & looproutes creëren in/ om het gebouw*

Deelnemers zien ook mogelijkheden om meer gebruik te maken van het (hele) gebouw, door looproutes te creëren en/ of bewoners tussen verschillende afdelingen te laten lopen, door de route naar de binnentuin te verbeteren, bewoners toegang te geven tot de binnentuin (beleeftuin) en/ of dakterrassen open stellen. Oftewel; in het gebouw zelf minder gesloten deuren hebben en de omgeving aantrekkelijker maken. Om te voorkomen dat bewoners zonder toezicht het gebouw verlaten, wordt als optie genoemd om (weer) een receptie te plaatsen bij de in/uitgang. Een receptioniste of gastvrouw zou dan bewoners kunnen opvangen indien ze naar buiten willen gaan.

Keuzevrijheid en recht op eigen regie

Tot slot is er gesproken of de deuren voor bewoners op psychogeriatrische afdelingen niet gewoon open zouden kunnen. In de focusgroepen is er gesproken of er anders gekeken kan worden naar hoe om te gaan met veiligheid.

➤ *Deuren open zetten*

Verschillende deelnemers geven aan dat er misschien meer vrijheden voor bewoners mogelijk zijn dan er nu toegestaan wordt, maar zien ook veel beren op de weg. Er speelt koudwatervrees. Zorgmedewerkers zijn het niet gewend en zouden het eerst eens moeten uitproberen. Een deelnemer in de terugkombijeenkomst stelt dat de gesloten deur eigenlijk nog een concept van vroeger is. Het vergt geduld en een cultuuromslag bij medewerkers, naastbetrokkenen, de organisatie zelf en de omgeving die niet zomaar te regelen is.

➤ *Afstemmen met naastbetrokkenen/ vertegenwoordigers*

De deelnemers geven aan dat er meer samengewerkt kan worden met naastbetrokkenen dan tot nu toe gebeurt. Familie kan vaak goed aangeven hoe een bewoner een gesloten deur ervaart en dus wat de impact is van de vrijheidsbeperking voor de bewoner. Familie kan eveneens op basis van hun kennis over de bewoner helpen inschatten wat de risico's op ernstig nadeel kunnen zijn. Het is dan ook goed om naastbetrokkenen te betrekken in deze afwegingen, aldus de

deelnemers. Het kan echter voor komen dat familie juist niet wil dat hun naaste van de afdeling gaat. Juist dan is het ook belangrijk om hierover met elkaar in gesprek te gaan.

➤ *Samenwerken met de buurt*

Om met een veilig gevoel bewoners naar buiten te laten, kan het helpen om buurtbewoners en ook politie hierbij te betrekken. Indien de omgeving het toelaat, kunnen zij ook een oogje in het zeil houden. Dat vergt echter wel goede afstemming;

*“Als zij meerdere keren per week bewoners terug moeten brengen, is dat te veel van het goede”
(citaat uit focusgroep 4)*

➤ *Groepen indelen in Sociaal Therapeutische Leefmilieus (STL)*

Op dit moment zit een afdelingsdeur voor enkele bewoners op slot, terwijl er ook bewoners zijn die geen gesloten deur nodig hebben, aldus enkele deelnemers uit een focusgroep. Groepen zouden beter kunnen worden ingericht op waar bewoners behoefte aan hebben en er kan meer op maat bekeken worden welke bewoners niet naar buiten kunnen. Een ouderenzorgorganisatie wil gaan starten met STL op één locatie. Leefgroepen worden ingedeeld op basis van behoeftes van bewoners, zoals behoefte aan beweging/ ruimte, (onderlinge) sociale contacten en activiteiten. Hierbij zal ook aandacht zijn voor de fysieke omgeving.

Zorgen in de praktijk

Het toestaan van meer vrijheden voor bewoners dan wel het openen van de gesloten deuren, levert ondanks dat de deelnemers aan dit onderzoek dit graag willen realiseren, allerlei zorgen op.

- *Onzekerheid over welke risico's de bewoner loopt*

De deelnemers vinden het belangrijk dat per bewoner bekeken wordt wat mogelijk is. Hiervoor is het nodig dat er goed gekeken wordt wat de bewoner precies wil. De vrijheid van een open deur kan ook onrust geven bij bewoners. Dit verschilt per bewoner, diens achtergrond en persoonlijkheid, en heeft ook te maken met de fase van dementie waarin iemand zich bevindt. Indien de vrijheid van een open deur leidt tot ontredde, gevaar voor zichzelf of voor anderen (ernstig nadeel), dan wordt een gesloten deur als proportioneel ervaren. Tegelijkertijd zien de deelnemers dat soms te snel voor de bewoner beslissingen worden genomen:

“Iemand die boer is geweest, vindt de regen echt niet erg. Dat is bewustwording waar op sommige afdelingen nog een slag te maken hebben” (citaat uit focusgroep 2)

Soms blijkt dat een bewoner de vrijheden toch niet aan kan. Een voorbeeld dat werd genoemd betrof een bewoner die steeds naar buiten wilde, en zelfs over de hekken klom. Uiteindelijk is haar die vrijheid gegeven en mocht ze zelf naar buiten, maar dit bleek haar niet te helpen. Datgene waar ze naar op zoek was, was er niet en haar onrust sloeg om in ontredde ring. Op basis van deze ervaring werd besloten om de deur toch voor haar gesloten te houden. Ook zijn er voorbeelden in de focusgroepen ter sprake gekomen waarin ondanks enig risico op gevaar de bewoner toch naar buiten mocht blijven gaan. Dit was dan wel in nauwe afstemming met de familie.

- *Onrust bij zorgmedewerkers*

Deelnemers aan de focusgroepen die zelf op de werkvloer als zorgmedewerkers werken, geven aan dat het hen veel stress en onrust geeft als bewoners zonder toezicht buiten (zouden) zijn. Er zou toch iets kunnen gebeuren. Een bewoner zou kunnen verdwalen of een ongeluk kunnen krijgen. De dementie ziet men als een onzekere factor. Buiten kan iemand plotseling in de war raken en mogelijk verkeersregels niet meer weten.

“Op papier lijkt het heel leuk, maar je zult maar net dienst hebben en er een ongeluk gebeurt. Dat lijkt me echt vreselijk. (...) Ik ben groot voorstander om de deuren open te zetten, maar er zijn wel dingen waar ik tegen op zie.” (citaat verzorgende uit focusgroep 4)

Zorgmedewerkers ervaren een grote verantwoordelijkheid voor de veiligheid van bewoners en zien het als hun taak om bewoners tegen zichzelf te beschermen. Mede ten aanzien van familie hebben zij het gevoel zich te moeten kunnen verantwoorden.

- *Grote verschillen tussen locaties qua mogelijkheden*

De locaties van de ouderenzorgorganisaties verschillen enorm. Daar waar bewoners veel loopruimte hebben in het gebouw en naar een binnentuin kunnen gaan (en dus naar buiten) is de behoefte om de straat op te willen gaan, al veel minder, is de ervaring van de deelnemers. Op afdelingen op bovenverdiepingen is het problematischer om de deuren open te zetten, omdat bewoners dan bij een lift en trappenhuis uitkomen wat valgevaarlijk kan zijn. Op deze afdelingen ziet men weinig mogelijkheden om de deur van de afdeling open te zetten en zoekt men vooral oplossingen op de afdeling zelf om het opgesloten gevoel bij bewoners te kunnen wegnemen.

- *Praktische zorgen: Naar buiten en dan?*

Zoals hierboven al aangegeven, bestaan er grote zorgen bij de zorgmedewerkers als bewoners zonder toezicht naar buiten gaan. Hoewel dit niet van doorslaggevend belang is, speelt ook een

rol dat bewoners die verward naar buiten gaan, overlast kunnen geven en dat dit kan leiden tot imagoschade voor de organisatie. Voorbeelden zijn bewoners die mensen op straat aanklappen, de verkeersregels niet meer kennen en schade veroorzaken. Een voorbeeld dat genoemd werd was een bewoner die meerdere auto's had beschadigd door er met een rollator langs te schuren.

Zorgmedewerkers geven aan dat een alternatief om samen met de bewoner naar buiten te gaan, ook nadelen kan hebben. Soms wil een bewoner niet mee terug naar de afdeling. Dit kan spanningen geven, wat frustrerend is voor de bewoner. Daarnaast kost het de zorgmedewerker veel tijd als een bewoner niet wil of niet uit zichzelf terugkomt. Als een zorgmedewerker dan er achteraan moet gaan, kan dit ten koste van de zorg voor andere bewoners gaan. In de terugkombijeenkomst wordt aanvullend gesteld dat de vrijheid van de ene bewoner niet ten koste mag gaan van de veiligheid van de andere bewoners.

Verantwoorde risico's

Kan de deur in principe van het slot en alleen voor die bewoners dicht blijven waarvoor dit echt noodzakelijk is? Deelnemers geven aan dat iets meer risico wel meer kwaliteit van leven kan opleveren, maar dat daarvoor wel goede steun van de organisatie nodig is. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat de bewoners niet voor niets beschermd wonen. Dat geeft ook een bepaalde verantwoordelijkheid volgens de deelnemers. Er moet dan samen met alle betrokken gekeken worden hoe bewoners zo goed mogelijk beschermd kunnen worden in hun vrijheid.

“Een bewoner wilde heel graag fietsen, waar we ons realiseerden dat hij daarbij zou kunnen vallen. Dit is toen met de familie besproken en hebben samen besloten dat het beter is deze risico's te accepteren dan dat de man opgesloten zit en jaren ongelukkig is. De grens is wel dat anderen hierdoor niet in gevaar moeten komen.” (citaat uit focusgroep 2)

Vanuit de instellingscultuur wordt er soms te weinig bij stilgestaan dat een gesloten deur ook onveiligheid met zich mee kan brengen, stelt een van de deelnemers in een focusgroep. Als bijvoorbeeld een bewoner buiten ten val raakt wordt daar vaak meer gewicht aan gehangen dan als iemand zichzelf beschadigt doordat hij met z'n hoofd tegen de deur bonkt om naar buiten te kunnen. Hoewel men gewend is om bewoners te beschermen door ze op de afdeling te houden, wil dat niet altijd zeggen dat veiligheid daarmee volledig gegarandeerd is.

Benodigheden

In elke focusgroep wordt gepleit voor *zorg op maat*, dat wil zeggen dat per bewoner goed gekeken moet worden wat mogelijk is. Tegelijk wordt ook aangegeven dat deze individuele benadering soms kan botsen met het groepsdenken wat van oudsher in de verpleeghuiszorg

gangbaar is. Om hier stappen in te zetten, zou een *cultuurverandering* nodig zijn. Dit wordt beschreven als *meer lef* om dingen uit te proberen en *een open houding* zodat niet in onmogelijkheden maar in mogelijkheden gedacht kan worden. Hiervoor is *creativiteit en omdenken* nodig, aldus verschillende deelnemers uit de focusgroepen.

De deelnemers in de focusgroepen stellen dat er in sommige situaties wat meer toegestaan zou kunnen worden dan nu gebeurt. Om hierin vertrouwen te krijgen, zijn *positieve ervaringen* nodig. Verschillende verhalen zijn gedeeld in de focusgroepen. Bijvoorbeeld het verhaal van een mevrouw die gewend was om dagelijks op bezoek te gaan bij haar broer die vlakbij het verpleeghuis woonde. In eerste instantie werd ze hierin tegengehouden. Haar situatie werd vervolgens opnieuw bekeken, de mogelijke risico's geïnventariseerd en samen met de familie afgesproken dat ze wel zelfstandig naar haar broer kon lopen. *"Hiermee is zij in haar waarde gelaten en is de relatie met de familie vanuit het verpleeghuis hersteld"*, aldus de deelnemer aan de focusgroep. Een ander verhaal gaat over een bewoner die het heel vervelend vond om opgesloten te zijn. Hij had hele verhalen wat hij zou gaan doen. Toen de deur voor hem werd open gezet, is hij een keer naar het centrum van het dorp gelopen. *"Maar nu hij de vrijheid krijgt om in ieder geval die deur door te gaan, stopt hij bij de vijver."*

Terugkombijeenkomst: hoe nu verder?

In de terugkombijeenkomst is naast het geven van feedback op de resultaten uit de focusgroepen, stilgestaan bij de vraag wat er nodig is om voldoende vertrouwen te genereren op de werkvloer om de deur van de afdelingen open te zetten. De deelnemers erkennen dat het in organisaties een uitdaging is om iedereen mee te krijgen. Sowieso vraagt het tijd en geduld. Er is consensus over het feit dat het niet zo mag zijn dat verpleging en verzorging onder druk komt te staan en (morele) stress ervaren doordat ze het gevoel hebben onveilige situaties te moeten toestaan. Om op de werkvloer het vertrouwen te kunnen laten groeien, wordt aanvullend op wat in de focusgroepen is genoemd en hierboven staat beschreven, benadrukt dat 1) een geïntegreerde aanpak nodig is. De bestuurder is eindverantwoordelijk, maar vaak weten zorgmedewerkers op de werkvloer niet precies wat er verwacht wordt. Een actieve houding en visie van het bestuur is essentieel voor de zorgmedewerkers zodat ze weten welke ruimte er mogelijk is qua risico afweging, aldus de deelnemers van de terugkombijeenkomst. Indien zorgmedewerkers bezorgd zijn dat indien er iets gebeurt zij er op aangesproken zullen worden, houdt een angstcultuur de logica van een gesloten deur in stand. In het verlengde hiervan wordt geadviseerd om 2) goede nazorg te bieden bij incidenten. Het kan voor zorgmedewerkers aangrijpend zijn als er tijdens hun dienst iets gebeurt. Daar moet dan ook voldoende tijd en

ruimte voor gemaakt worden om hier goed mee om te gaan. Om vertrouwen te laten groeien, wordt eveneens geadviseerd om 3) in kleine stapjes te beginnen, met zorgvuldige evaluatie tussendoor. Daarbij moet er ook ruimte zijn om soms ook de deur weer even dicht te mogen doen. Om inspiratie op te doen is het ook goed om 4) te kijken naar andere collega-instellingen die mogelijk al verder zijn met de toepassing van een open deur. Tot slot wordt in de terugkombijeenkomst genoemd dat er 5) meer besef moet komen dat een gesloten deur ook tot onveilige situaties kan leiden:

“Soms wordt er meer gewicht gelegd aan het feit dat iemand buiten valt, dan dat iemand zichzelf beschadigd door met z'n hoofd tegen de deur te bonken”. (citaat uit terugkombijeenkomst)

Op organisatieniveau adviseren de deelnemers om 6) in het meerjarenplan op te nemen wat de plannen zijn om een cultuuromslag naar open deuren te realiseren. De Wzd vereist dat er een beleidsplan wordt gemaakt. Daarin kunnen plannen worden opgenomen waar naar toegewerkt gaat worden (zogenaamd mijlpalen). Er is ruimte om in stappen te werken en hoe een organisatie om wil gaan met beperkende factoren zoals de bouw of locatie van het gebouw. Indien de IGJ de stappen te traag vindt, kan daarover het gesprek worden gevoerd, aldus de deelnemers in de terugkombijeenkomst.

Overzicht adviezen aangedragen in focusgroepen en terugkombijeenkomst

	Focusgroepen	Terugkombijeenkomst
Adviezen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Heb lef, een open houding & wees creatief 2. Deel positieve ervaringen 3. Plaats voordeur aan de rustige kant van het gebouw 4. Herintroduceer de receptie om een oogje in het zeil te houden 5. Maak de afdeling meer zoals een eigen woning, met een voordeur met deurbel, en die van binnen op slot gedaan kan worden. 6. Maak duidelijke afspraken hoe bij de inzet domotica te reageren als er bijvoorbeeld een melding komt dat iemand van het terrein gaat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zorg voor een geïntegreerde aanpak inclusief raad van bestuur 2. Denk aan goede nazorg bij incidenten 3. Begin met kleine stapjes en zorgvuldige evaluatie 4. Ga inspiratie opdoen bij collega-instellingen 5. Besef dat een gesloten deur ook onveilig kan zijn 6. Neem plannen voor de implementatie van de Wzd op in het meerjarenplan

Discussie en aanbevelingen

In dit onderzoek is duidelijk geworden dat het streven om de deuren van PG-afdelingen open te zetten en alleen op individuele indicatie een deur eventueel dicht te houden, veel vragen en zorgen met zich mee brengt. Veelal gaan deze vragen en zorgen over hoe te komen tot een juiste afweging tussen veiligheid, - zowel bescherming van het individu als het collectief -, en de vrijheid voor bewoners en daarmee samenhangend diens kwaliteit van leven. Vaak worden de waarden veiligheid en vrijheid als tegengesteld benoemd. Echter, zoals ook in dit onderzoek door de deelnemers werd aangegeven, is deze botsing van waarden niet vanzelfsprekend. Een inperking van de vrijheid is niet altijd veiliger. Veiligheid kan juist ook meer vrijheid betekenen en vrijheid zonder aandacht te hebben voor veiligheid verliest aan kracht. In een ideale situatie komen beide waarden zo goed mogelijk tot hun recht. In de praktijk is het dan ook de kunst de juiste combinatie te vinden die passend is bij de individuele bewoner en gepaste rekening houdt met anderen en omstandigheden.

Wat het juiste is, vereist een voortdurende afstemming van waarden en normen in een dynamische omgeving, waarin de bewoner en diens kwetsbaarheden, maar ook de omgeving en beschikbare mogelijkheden voortdurend in beweging zijn en kunnen veranderen (Walker, 2007). Hiervoor is maatwerk nodig, ofwel het zorgvuldig inschatten wat past bij een individuele bewoner, waar hij of zij het meest baat bij heeft en waar soms bescherming in de vorm van onvrijwillige zorg nodig kan zijn. Het stappenplan van de Wzd dat regelmatige evaluatie vereist op basis van de juridische waarborgen; proportionaliteit, doelmatigheid en subsidiariteit, sluit hierop aan. De Wzd geeft verschillende voorschriften om dit goed te kunnen doen, zoals het zorgvuldig onderbouwen waarom een deur gesloten zou moeten blijven voor een persoon, aandacht voor wat aansluit bij de wensen en achtergrond van de bewoner, een wzd-functionaris die op afstand het proces toetst, externe deskundigen laten meekijken voor inspiratie en goede afstemming met de wettelijk vertegenwoordigers in het proces.

We zagen in dit onderzoek dat op allerlei gebieden vele ideeën in de praktijk bestaan voor verbeteringen (alternatieven); door het gevoel van vrijheid te vergroten, door meer bewegingsruimte voor bewoners mogelijk te maken, of door meer nadruk te leggen op de keuzevrijheid voor de bewoner. Afwegingen over wat geldt als proportioneel, doelmatig dan wel subsidiair, blijven complex. Afwegingen vinden plaats binnen een (culturele) context waar ook - al dan niet impliciet- rekening gehouden wordt met de bestaande mores, met collectieve (organisatie)belangen, met beschikbare middelen zoals het kunnen inzetten van eventuele toezichthoudende technologische middelen, en in hoeverre de omgeving dementievriendelijk is. Om meer vrijheden voor bewoners te realiseren, is een cultuurverandering gewenst.

Veranderingen realiseren in een cultuur van een team, afdeling en organisatie is geen sinecure. De huidige mores wordt mede bepaald door gewoontes, werkwijzen, en hoe de organisatie in elkaar steekt (Hart, 2017). Het is bekend dat veranderingen binnen de intramurale zorg, moeizaam kunnen verlopen, maar niet onmogelijk zijn (Landeweer et al, 2010). In de terugkombijeenkomst werd in dit verband door een deelnemer gewezen op het project Ban de band (Hamers et al, 2009). Dit project heeft uiteindelijk geleid tot een verandering in werkwijze, nadat er bewustwording op gang kwam dat het beter kon (Gulpers et al, 2012). In de wetenschappelijke literatuur over veranderprocessen wordt benadrukt dat een integrale benadering noodzakelijk is om veranderingen structureel te kunnen implementeren. Zowel top down als bottom up is erkenning nodig dat verandering nodig is. (Baart, 2018) Terecht wordt dan ook door de deelnemers in de terugkombijeenkomst gesteld dat dit niet alleen een kwestie is van *vertrouwen* opbouwen bij de zorgmedewerkers op de werkvloer, maar dat in heel de organisatie de schouders er onder gezet moeten worden om het voor elkaar te krijgen. Daarbij is visie en steun van de raad van bestuur essentieel. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over welke risico's als verantwoord of acceptabel gezien mogen worden (centrale waarden en normen), welke professionele autonomie zorgmedewerkers mogen innemen om met naastbetrokkenen per bewoner zorg op maat te kunnen bieden (organisatie), en welke nieuwe werkwijzen hiervoor ingezet kunnen worden (bezetting/ samenstelling team, samenwerking met derden, technologie, dementievriendelijke omgeving). Veranderingen -en zeker een cultuurverandering in organisaties- verlopen vaak moeizaam. Verandering betekent het loslaten van bepaalde zekerheden waarbij de angst een rol kan spelen dat de zorgmedewerker of de organisatie alsnog juridisch ter verantwoording wordt geroepen indien het niet gaat zoals gehoopt. Om vertrouwen in de hele organisatie te realiseren, zodat de neuzen allemaal dezelfde kant op staan, is betrokkenheid en mede-eigenaarschap in alle lagen van de organisatie gewenst. Naast een visie en steun van de raad van bestuur kan hierbij ook een goed communicatieplan helpend zijn, onder meer door de veranderambities te melden op de website van de organisatie.

Deelnemers aan dit onderzoek gaven al aan dat de rol van technologie veelbelovend is, maar niet zaligmakend. Er bestaan nog kinderziektes, zoals de werking en het bereik van de GPS niet overall optimaal werkt, dat batterijen soms niet goed zijn opgeladen. Ook werd benadrukt dat er goede afspraken gemaakt moeten worden wie en hoe er gereageerd wordt als er een signaal af gaat of als bijvoorbeeld de stroom uitvalt. Relevant in deze context is de Handreiking Toezichthoudende domotica (Niemeijer et al, 2012). Hoewel technologie mogelijkheden biedt aan bewoners om meer vrijheden te kunnen hebben, blijft het wel een vorm van onvrijwillige zorg als er verzet is tegen de maatregel. Het is alleen lastig dat veel bewoners niet altijd door hebben dat technologie wordt ingezet en goede afstemming met de vertegenwoordiger is dan

ook noodzakelijk. Technologie is niet waardenvrij, het beoogt de veiligheid te waarborgen door middel van toezicht, wat op gespannen voet kan staan met de autonomie, privacy en/ of waardigheid van de bewoner. Geeft toezichthoudende domotica daadwerkelijk meer vrijheid aan bewoners? De auteurs van de Handreiking wijzen op het risico van schijnveiligheid. Dat een GPS systeem kan signaleren als een bewoner het gebouw verlaat, betekent nog niet dat er direct adequaat gereageerd kan worden. De auteurs adviseren een goede individuele risico-inschatting voorafgaand aan de inzet van domotica.

Uit de bevindingen van dit onderzoek kwam naar voren dat de bouw en locatie van de afdelingen bepalend zijn voor welke vrijheden ten aanzien van bewegingsruimte verantwoord worden geacht. Het maakt nogal verschil of de afdeling op een benedenverdieping zit in een rustige omgeving of op een verdieping waar de uitgang uitkomt op een trappenhuis. Begrijpelijk is dat in geval van een bovenverdieping eerder nagedacht wordt over hoe bewoners binnen dergelijke beperkingen toch zoveel mogelijk het gevoel van vrijheid te kunnen geven. Nadruk op beleving van bewoners zodat zij zich minder in hun vrijheid beperkt voelen is lovenswaardig, maar we zagen ook twijfel bij deelnemers wat betreft of en hoe erg het is als bewoners niet weten dat de deur van de afdeling op slot zit. . De ambivalentie die de deelnemers al aangaven bij het wel of niet camoufleren van de uitgang, sluit aan bij het ethische onderzoek van Kamphof & Hendriks (2018) naar het 'Doen alsof met behulp van dingen' bij mensen met dementie. Zij concluderen dat bij elke toepassing goed afgewogen moet worden wat men ermee wil bereiken aangezien belangrijke ethische waarden zoals autonomie, waardigheid, echtheid, vertrouwen, maar ook de integriteit van de zorgmedewerker onder druk kunnen komen te staan.

Ook op bovenverdiepingen en op drukke locaties mag een inspanning verwacht worden van de ouderenzorgorganisatie om tot minder vrijheidsbeperkende maatregelen te komen, zo stelt de Wzd. Dat begint met een goede visie die gedragen wordt. In de Wzd (artikel 10 lid 4c) staat echter wel genoemd dat je in de afwegingen rekening mag houden met de omgeving. Er staat niet in detail vermeld hoever je daarin mag gaan. Het is niet zo dat je in algemene zin achter risico's zoals een bovenverdieping of drukke locatie mag verschuilen. Het blijft zoeken naar wat doelmatig en proportioneel is per persoon, en of er echt geen alternatieve opties mogelijk zijn.

Beperkingen van deze studie

De deelnemende ouderenzorgorganisaties waren organisaties uit het noorden en oosten van Nederland (deel uitmakend van de academische werkplaats UNO-UMCG). Mogelijk hebben organisaties in deze regio's meer ruimte en rust tot hun beschikking dan

ouderenzorgorganisaties in de randstad. Het zou kunnen dat hierdoor de bevindingen een vertekend beeld geven. In de terugkombijeenkomst sloten echter twee deelnemers (SO & aios) aan die werkzaam waren in de randstad. Zij herkenden de voorlopige bevindingen waardoor we ervan uit gaan dat deze potentiële bias niet groot zal zijn.

Als gevolg van de uitbraak van het COVID-19 virus werd dit onderzoek tijdelijk uitgesteld. De ouderenzorgorganisaties werden begin dit jaar door het virus overrompeld, waardoor ook de implementatie van de Wzd werd uitgesteld. Al snel kwam er bericht van het ministerie van VWS dat ondanks de noodvorderingen in maart de implementatie van de Wzd zoveel mogelijk doorgang moest hebben (VWS, 2020). In september bleek dat de ouderenzorgorganisaties graag verder wilden participeren in dit onderzoek. Wij denken dan ook niet dat de COVID-19 crisis belemmerend is geweest voor de uitvoering van dit onderzoek. Het is wel zo dat ouderenzorgorganisaties voor nieuwe uitdagingen zijn komen te staan ten aanzien van restrictieve maatregelen voor bewoners waardoor reflectie over proportionaliteit, doelmatigheid en subsidiariteit in toenemende mate als relevant wordt ervaren. (Frederiks et al, 2020)

Aanbevelingen voor onderzoek en praktijk

Het gebruikmaken van heterogene focusgroepen en een terugkombijeenkomst is een efficiënte manier om met beperkte middelen zo goed mogelijk zicht te krijgen op ervaringen en opvattingen van betrokkenen. Op deze wijze hebben we in grote lijnen in beeld gekregen welke alternatieven er overwogen worden en vanuit welke (morele) drijfveren. Om meer specifiek te weten te komen wat morele hittepunten (concrete twijfels) zijn in situaties rondom het toepassen van het stappenplan en de daarmee samenhangende juridische waarborgen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit, kunnen casestudies en ethiek onderzoek naar concrete morele twijfels op de werkvloer ondersteunend zijn.

Het inzetten van moreel beraad kan ouderenzorgorganisaties helpen zorgvuldig tot afwegingen te komen bij concrete morele dilemma's, maar ook bij het ontwikkelen van een (morele) visie ten aanzien van verantwoorde risico's (Hartman et al, 2016). Zodra de raad van bestuur een visie heeft opgezet over hoe zij streeft naar het doorbreken van de vanzelfsprekendheid van een gesloten deur voor de PG, is het zaak deze te implementeren in de organisatie zodat deze breed gedragen kan worden. Een goed communicatieplan is hierbij helpend. Implementatieonderzoek in de vorm van participatief actieonderzoek kan hierbij ondersteunend zijn.

De Wzd schrijft voor dat de praktijk zorg draagt voor een goede en zorgvuldige registratie en onderbouwing welke bewoners om welke redenen achter een gesloten deur zitten. Dit vereist maatwerk waarin de achtergrond en specifieke kenmerken van de bewoner meegenomen worden en maatregelen goed zijn afgestemd met de vertegenwoordiger. Het stappenplan dient hierbij te worden gevolgd. De alternatieven die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen kunnen ondersteunen ter inspiratie. De wzd-functionaris dient (onafhankelijk) toezicht te houden of daadwerkelijk onvrijwillige zorg zoveel mogelijk voorkomen is en het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen. In het hoofdstuk Resultaten en in Bijlage 1 zijn diverse adviezen en tips te vinden die de deelnemers met elkaar hebben gedeeld.

Conclusie

Dit onderzoek had als hoofdvraag wat betrokkenen zagen als mogelijke alternatieven voor een gesloten deur op psychogeriatrische afdelingen. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat er op verschillende vlakken mogelijkheden zijn. Aan de ene kant gaven de deelnemers van dit onderzoek aan dat er nog diverse verbetermogelijkheden zijn op de afdelingen zodat bewoners zich minder opgesloten zullen voelen. Aan de andere kant zag men dat er -afhankelijk van de mogelijkheden binnen de ouderenzorgorganisatie- allerlei alternatieven zijn om leef- en loopruimtes voor bewoners te vergroten, al dan niet met inzet van technologie. Tot slot kwamen ook diverse alternatieven naar voren ter vervanging van een gesloten deur, zoals leef hebben om het 'gewoon uit te proberen', goede afstemming met naastbetrokkenen en met de buurt, alsmede het voorstel om bewoners te laten wonen in woongroepen passend bij hun wensen en behoeftes.

Het inzetten van alternatieven die bewoners meer vrijheden bieden, brengt echter ook risico's en onzekerheden met zich mee. Een belangrijk punt waar aandacht voor gevraagd werd, was dat zorgmedewerkers hun werk met een goed gevoel moeten kunnen blijven doen. Het anders omgaan met gesloten deuren, dat wil zeggen per individu wegen of een gesloten deur proportioneel, doelmatig en subsidiair is, vergt mogelijk een cultuuromslag. In de terugkombijeenkomst werd dan ook benadrukt dat ondersteuning van de gehele ouderenzorgorganisatie noodzakelijk is, in het bijzonder een heldere visie van de raad van bestuur, evenals het zorgvuldig betrekken van familie. Het advies van de deelnemers is dan ook om met kleine stappen te beginnen en positieve ervaringen te delen. Voor de organisaties is het belangrijk om dit aspect van de implementatie van de Wzd op te nemen in hun meerjarenplan en dit SMART te formuleren. De bevindingen van dit onderzoek kunnen hierbij helpend zijn.

Dankbetuiging

Dit onderzoek is uitgevoerd door het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO)-UMCG met ondersteuning van de Verensobeurs 2020 en in samenwerking met de ouderenzorgorganisaties Meriant (Zorggroep Alliade), Icare, Tangenborg en Interzorg. De auteurs danken de ouderenzorgorganisaties voor hun participatie in dit onderzoek. Daarnaast worden we de twee externe betrokkenen geworven via de vereniging Verenso deelnemend op persoonlijke titel van hartelijk bedankt voor hun deelname aan de terugkombijeenkomst. Tot slot wordt de Vereniging Verenso bedankt voor het verstrekken van de Verensobeurs ter ondersteuning van dit onderzoek.

Literatuur

- Tineke A. Abma, Bert Molewijk, Guy A.M. Widdershoven (2009) Good care in on-going dialogue. Improving the quality of care through moral deliberation and responsive evaluation. *Health Care Analysis*, 17: 217-235
- T.A. Abma & G.A.M. Widdershoven, (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Andries Baart (2018) *De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven*. Uitgeverij SWP: Amsterdam
- Brenda Frederiks, Jonneke Naber, Nina Hovenga en Elleke Landeweer (2020). COVID-19 in verpleeghuizen. Juridische en morele bespiegelingen over de restrictieve maatregelen. In: Centrum voor Ethiek en Gezondheid. *Essay-bundel. Ethiek in tijden van corona*.
- Gu L. Nursing interventions in managing wandering behavior in patients with dementia: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015
- Gulpers, M.J.M., Bleijlevens, M.H.C., Ambergen, T., Capezuti, E., van Rossum, E. and Hamers, J.P.H. (2011), Belt Restraint Reduction in Nursing Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program. *J Am Geriatr Soc*, 59: 2029-2036.
- Hamers, J.P.H., M.J.M. Gulpers, et al. (2009). Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 34(5): 156-9.
- Wouter Hart (2017) *Anders vasthouden. 9 sleutel voor het werken vanuit de bedoeling*. Vakmedianet, Hoofddorp.
- Laura Hartman, Froukje Weidema, Guy Widdershoven, Bert Molewijk (2016) *Handboek Ethiekondersteuning*. Boom uitgeverij: Amsterdam
- Harvey N, Holmes CA. (2012) Nominal group technique: An effective method for obtaining group consensus. *International Journal of Nursing Practice* 18: 188-194
- Elleke Landeweer, Bert Molewijk, Guy Widdershoven (2017) Moral Improvement through Interactive Research: A Practice Example of Dialogical Empirical Bioethics, In: j. Ives, M. Dunn & A. Cribb (eds) *Empirical Bioethics. Theoretical and Practical Perspectives*, Cambridge University Press, pp. 139-159
- Elleke GM Landeweer, Tineke A Abma, Guy AM Widdershoven (2011) Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry, *Nursing ethics* 18 (3) 304-316
- Elleke Landeweer, Tineke Abma, Guy Widdershoven (2010) The Essence of psychiatric nursing. Redefining nurses' identity through moral dialogue about reducing the use of coercion and restraint, *Advances in Nursing Science*, vol. 33, no.4, E31-42.
- Frédéric Lauscher (2020) Vrijheid en dementie. Het verschil tussen Duitsland en Nederland. *Denkbeeld* (32), 16-17.
- Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport, 2019. *Integrale wettekst Wet zorg en dwang*. Geraadpleegd op 7 oktober 2019: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/integrale-wetstekst-wzd-incl-aanpassingswet>
- Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport, 2020, De Wet zorg en dwang en COVID-19. Geraadpleegd op 7 september via: www.dwangindezorg.nl/wzd/wzd-coronacrisis.
- Claudia Müller, Lin Wan & Volker Wulf (2013) Dealing with Wandering in Institutional Care: Exploring the Field. *Pervasive Health '13. Proceedings of the 7th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare*, p. 101-104.
- Alistair Niemeijer, Marja Depla, Brenda Frederiks en Cees Hertogh (2012) *Toezichthoudende domotica. Een handreiking voor zorginstellingen*. VUmc: Amsterdam

- L. Robinson , D. Hutchings , L. Corner , T. Finch , J. Hughes , K. Brittain & J.Bond (2007) Balancing rights and risks: Conflicting perspectives in the management of wandering in dementia, *Health, Risk & Society*, 9:4, 389-40
- Margaret Urban Walker (2007) *Moral Understandings. A Feminist study in Ethics*. Second Edition. Oxford University Press.

Bijlage 1 Overzicht concrete tips uit de focusgroepen

In gesprek met elkaar:

- Betrek de omgeving en omwonenden bij het vraagstuk.
- Heb aandacht voor de stem van de werkvloer.
- Betrek familie en maak hen ook duidelijk dat niet alle risico's door de afdeling weggenomen kunnen worden. Leg dit goed uit aan familie. Je kunt niet alle risico's afdekken.
- Blijf met elkaar in gesprek over mogelijkheden en twijfels, inspireer elkaar.

Praktische aanpassingen:

- Voordeur eventueel plaatsen aan de achterkant van het gebouw, waar de weg rustiger is.
- Bij veel zorgorganisaties is de receptie weg bezuinigd. Een alternatief kan zijn om de receptie weer in te zetten, zodat zij een oogje in het zeil kunnen houden.
- Maak de afdeling meer als een eigen woning. Een open deur moet niet betekenen dat anderen zomaar naar binnen kunnen lopen. Dat kan onrust geven.
- Bij inzet van domotica goed met elkaar afstemmen hoe te reageren wanneer er een melding komt.

Belangrijke randvoorwaarden:

- Zorg voor een goede bezetting zodat er capaciteit is om een bewoner te gaan zoeken.
- Blijf realistisch, probeer dingen uit. Kijk naar wat er wel mogelijk is in plaats van uit te gaan van een gesloten deur. Wees creatief. Gewoon doen.
- Ga uit van de bewoner en wat bij hem of haar past. Soms is bescherming nodig, bekijk dat per persoon.