Afbeelding met tekst, tafelgerei, bord, serviesgoed

Automatisch gegenereerde beschrijving

**Nee, tenzij…**

**De kans op een onvrijwillige zorgmaatregel voor cliënten binnen de Stichting Zozijn**

*Een onderzoek naar de invloed van individuele cliëntkenmerken op de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel van de Wet zorg en dwang bij volwassenen met een verstandelijke beperking.*

Zoë Spikker (2321247)

Master Thesis - Sociology: Contemporary Social Problems

Universiteit Utrecht

Thesis supervisor: Dr. Marleen Damman

Tweede beoordelaar: Dr. Mathijs Kros

24 juni 2022

## Voorwoord

Voor u ligt de thesis ‘Nee, tenzij… De kans op een onvrijwillige zorgmaatregel voor de cliënten binnen de Stichting Zozijn.’ Het onderzoek voor deze thesis naar de Wet zorg en dwang en diens zorgmaatregelen is uitgevoerd bij de gehandicaptenzorg organisatie Stichting Zozijn in Overijssel en Gelderland. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Sociology: Contemporary Social Problems aan de Universiteit Utrecht en in opdracht van stagebedrijf Stichting Zozijn. Van februari 2022 tot en met juni 2022 ben ik bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van de thesis.

Samen met mijn stagebegeleider, Femmelien Blom, heb ik de onderzoeksvraag voor deze thesis vormgegeven. Het onderzoek dat ik heb uitgevoerd was zeer complex, mede door de complexiteit van de Wet zorg en dwang. Na uitvoerig kwantitatief onderzoek heb ik de onderzoeksvraag en beleidsvraag kunnen beantwoorden. Tijdens dit onderzoek stonden mijn stagebegeleider, Femmelien Blom, en mijn thesis supervisor vanuit mijn opleiding, Dr. Marleen Damman, altijd voor mij klaar. Zij waren altijd beschikbaar om mee te sparren, vragen aan te stellen en bereid om een kritische blik te werpen op stukken waardoor ik verder kon in mijn onderzoek werkzaamheden.

Bij deze wil ik graag mijn stagebegeleider en thesis supervisor bedanken voor de wijze woorden, adviezen, kritische blik en opbeurende woorden. Het proces was niet altijd even soepel, met soms een stapje terug in plaats van vooruit, desondanks vonden jullie de tijd en denkruimte om mij weer verder te helpen in de juiste richting. Ik ben jullie hier zeer dankbaar voor. Daarnaast wil ik mijn familie, vrienden, medestudenten en vriend Sven bedanken. Op de momenten dat het even niet lukte kon ik op jullie bouwen, mocht ik mijn verhaal doen en hersenspinsels loslaten. De frisse blik waar ik vaak om heb gevraagd; of ik de dingen wel duidelijk uitleg. De zorg, mensen met een verstandelijke beperking en het beleid van de Wet zorg en dwang; allemaal complexe onderwerpen die je als medewerker in de gehandicaptenzorg begrijpt; maar voor iemand van buiten de zorg soms als abracadabra klinkt. Fijn dat jullie allen de tijd vonden om te luisteren en te lezen waar mijn gedachten en mijn thesis over gingen.

Het grootste dankwoord is natuurlijk voor de cliënten van Zozijn. Uniek, bijzonder, speciaal en hartverwarmend. Van de momentjes op het Zozijn terrein tijdens de pauzes, de ontmoetingen met cliënten die taakjes uitvoerden op kantoor; jullie laten mij iedere ontmoeting weer zien waar ik het allemaal voor heb gedaan. Meer bewustwording, meer aandacht en meer besef dat de samenleving zoveel groter is dan dat we soms denken, dat mensen met een verstandelijke beperking meer academische en wetenschappelijke aandacht verdienen. Ik zal mij daarom voor jullie blijven inzetten als onderzoeker, ondersteuner maar ook als mens in onze samenleving. Jullie zijn hier, in het hier en nu, en tellen net zo hard mee.

Ik wens u veel leesplezier toe,

Zoë Spikker

Harfsen, 24 juni 2022

## Samenvatting

Misstanden in de gehandicaptenzorg zijn een groot agendapunt binnen de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en het Ministerie van Zorg & Welzijn. Rechten van cliënten worden geschonden door het gebruik van ongelimiteerde vrijheidsbeperkende maatregelen. Echter, blijkt het terugdringen van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen een complex proces. De druk op de zorg neemt toe, waardoor de zoektocht naar alternatieve zorgmaatregelen wordt gestagneerd. Om de inzet van vrijheidsbeperkende zorgmaatregelen en onvrijwillige zorg terug te dringen, is noodzakelijk dat bewustwording en kennisoverdracht worden verhoogd.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen hoe de gehandicaptensector onvrijwillige zorg kan terugdringen en vrijwillige zorg kan stimuleren. Hiervoor is een onderzoeksvraag opgesteld: *In hoeverre kan de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel van de Wet zorg en dwang bij volwassenen met een verstandelijke beperking worden verklaard door individuele cliënt kenmerken?* Op basis van dit resultaat kan een risicoprofiel worden samengesteld die gebruikt kan worden het terugdringen van onvrijwillige zorgmaatregelen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn verschillende analyses uitgevoerd met informatie uit het administratiebestand van de Wet zorg en dwang binnen de Stichting Zozijn. De participanten zijn cliënten die zorg ontvangen, meerderjarig zijn en waarvan individuele cliëntkenmerken zoals mate van beperking, sekse en leeftijd bekend zijn. Uit de analyses bleek dat de grootste voorspeller voor de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus vrijwillige zorgmaatregel de mate van beperking is. Hoe zwaarder de mate van beperking, hoe groter de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel. Dit duidt erop dat de zwaarte van de beperking invloed heeft op de vrijwilligheid van zorgmaatregelen.

Op basis van deze resultaten wordt aanbevolen om in het terugdringen van onvrijwillige zorgmaatregelen de cliëntendoelgroep met een zwaardere mate van beperking als aandachtgroep te nemen. Eventueel vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de mechanismes en trends in andere organisaties binnen de gezondheidssector omtrent de Wet zorg en dwang.

**Trefwoorden:** *Wet zorg en dwang; onvrijwillige zorg; gehandicaptensector; verstandelijke beperking; wilsbekwaamheid; verzet; instemming; misstanden in de zorg.*

[1 Introductie 2](#_Toc106891733)

[2. Theoretisch kader 6](#_Toc106891734)

[1.1 De wet zorg en dwang (Wzd) 6](#_Toc106891735)

[2.2 De levenslooptheorie & de kwaliteit van leven 7](#_Toc106891736)

[2.3 Het biopsychosociale model & het socialisatieproces 11](#_Toc106891737)

[2.4 Het disharmonisch ontwikkelingsprofiel 12](#_Toc106891738)

[3. Data en methode 14](#_Toc106891739)

[3.1 Ethische overwegingen 14](#_Toc106891740)

[3.2 Exclusiecriteria 15](#_Toc106891741)

[3.3 Steekproef 15](#_Toc106891742)

[3.4 Variabelen 16](#_Toc106891743)

[3.4.1 Afhankelijke variabelen 16](#_Toc106891744)

[3.4.2 Onafhankelijke variabelen 17](#_Toc106891745)

[3.4.3 Controle variabele 17](#_Toc106891746)

[3.5 Analyse 18](#_Toc106891747)

[4. Resultaten 20](#_Toc106891748)

[4.1 Onvrijwillige zorgmaatregel 20](#_Toc106891749)

[4.2 H2 zorgmaatregel *beperking op regie eigen leven* 23](#_Toc106891750)

[4.3 B1 zorgmaatregel *beperking van bewegingsvrijheid d.m.v. fixatie* 24](#_Toc106891751)

[5. Conclusie 27](#_Toc106891752)

[5.1 Beschrijvende vraag 27](#_Toc106891753)

[5.2 Verklarende vraag 27](#_Toc106891754)

[5.2.1 Mate van beperking 27](#_Toc106891755)

[5.2.2 Geslacht 28](#_Toc106891756)

[5.2.3 Leeftijd 29](#_Toc106891757)

[5.2.4 H2 zorgmaategel 30](#_Toc106891758)

[6. Discussie 31](#_Toc106891759)

[6.1 Vervolgonderzoek 32](#_Toc106891760)

[7. Beleidsaanbevelingen 34](#_Toc106891761)

[7.1 Nieuwe kennismaking en bewustwording 34](#_Toc106891762)

[7.2 (H)erkennen van gedrag 35](#_Toc106891763)

[Literatuurlijst 36](#_Toc106891764)

[Bijlage 1 42](#_Toc106891765)

[Bijlage 2 46](#_Toc106891766)

[Bijlage 3 48](#_Toc106891767)

1. Introductie

Misstanden in de gehandicaptenzorg zijn een groot agendapunt binnen de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en het Ministerie van Zorg & Welzijn. In 2013 werd door Klokkenluiders VG een Zwartboek gepresenteerd aan de Tweede Kamercommissie over misstanden in de gehandicaptenzorg. Met dit Zwartboek wordt voortgeborduurd op het rapport uit 2007 van de IGZ. De hoofdconclusie van dit rapport is dat de gehandicaptenzorg kwalitatief onder druk staat door grote personeelstekorten en een gebrek aan deskundige hulpverleners. Daarnaast is de zorgvraag van cliënten niet vaak het uitgangspunt en valt daardoor de cliënt tussen vraag en aanbod (IGZ, 2007). Eén van die cliënten die tussen vraag en aanbod viel was Brandon. In 2011 schrok Nederland op van de beelden van Brandon, vastgeketend in een Nederlandse zorginstelling. Een 19-jarige jongen met een verstandelijke beperking werd wegens zijn ‘onhandelbare’ gedrag jarenlang op verschillende momenten per dag vastgeketend in een tuigje aan de muur (de Veer et al., 2013). Brandon deed vele mensen terugdenken aan de beelden van de naakte, ondervoede en vastgeketende verstandelijk beperkte Jolanda Venema (Wapenaar, 2020a), die in 1988 zorgde voor een cultuuromslag in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Sinds het verschijnen van deze rapporten en beelden, is de focus op het verbeteren van kwaliteit in de gehandicaptenzorg en het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen toegenomen. De IGZ (2015) evalueerde de inspanningen binnen de gehandicaptenzorg om vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. De vrijheidsbeperkende maatregelen die voornamelijk werden onderzocht waren afzonderen, separeren en fixeren van cliënten. Deze vrijheidsbeperkende maatregelen zijn binnen de gehandicaptenzorg sterk teruggebracht, sinds 2013 wordt meer ingezet op goed werkende alternatieven en slechts bij uitzondering wordt afzonderen, separeren en fixeren van cliënten ingezet.

Echter ziet de IGZ opvallende trends; het verschuiven van het type vrijheidsbeperkende maatregel. Het terugdringen van het gebruik van afzonderingsruimtes gaat gepaard met een toename van opsluiting van cliënten in eigen woonruimte/kamer. Daarnaast is sprake van dwangbehandeling door middel van psychofarmaca. In 2014 werd in 72% van de onderzochte instellingen nog medicatie ingezet als dwangbehandeling (IGZ, 2015).

Vanaf 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) ingegaan. De Wzd is een vervanger van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), samen met de Wet verplichte ggz (WVGGZ) (Hendriks & Frederiks, 2019). De Wzd heeft meer categorieën voor het inzetten van zorgmaatregelen en biedt meer bescherming voor de kwetsbare patiëntengroepen die geen verzet verbaal kenbaar kunnen maken of wilsonbekwaam zijn. Het motto van de Wzd is ‘Nee, tenzij…’. De verleende zorg moet zoveel mogelijk op vrijwillige basis worden verleend. In essentie zijn onvrijwillige vrijheidsbeperkende maatregelen niet slecht, echter is de vrijwillige basis waarop zorg wordt geleverd het grootste streven van de Wzd. Wanneer cliënten of patiënten dit niet kunnen inschatten door hun verstandelijke beperking of andere aandoeningen geldt de mogelijkheid voor onvrijwillige zorg (Landeweer et al., 2021). De onvrijwillige zorg wordt ingezet, het liefst zo kort mogelijk, om de leefbaarheid van de situatie van cliënt of patiënt te verbeteren en de veiligheid van dien te waarborgen. De Wzd regelt in welke situaties de onvrijwillige zorg en/of opname geoorloofd kan zijn, hoe dit besluit tot onvrijwillige zorg wordt genomen en wanneer de onvrijwillige zorgverlening geëvalueerd moet worden en, wanneer dit mogelijk is, beëindigd zal worden (Wapenaar, 2020).

De implementatie van de Wzd heeft te kampen met vertraging. Het jaar 2020 werd gebruikt als overgangsjaar, helaas was dit jaar ook getekend door druk op het zorgsysteem en verschillende lockdowns (Hendriks, 2020). Het overgangsjaar 2020 werd daarom opgevolgd door het reparatiejaar 2021, aldus branchevereniging ActiZ (Wapenaar, 2021). Uit rapport van de IGZ blijkt dat de zorgvuldige toepassing van de Wzd door de covid-pandemie te maken heeft gehad met verschillende obstakels. Er is sprake van een gebrek aan deskundigheid, scholing rondom de wet- en regelgeving binnen alle lagen van zorginstanties en intern toezicht in de vorm van functionarissen (de Kuijper & Jonker, 2021). De Wzd zit momenteel nog in de implementatie fase in vele zorgorganisaties (IGZ, 2021).

Vanuit sociologisch oogpunt is beperkt onderzoek gedaan die betrekking hebben op vrijheidsbeperkende maatregelen, onvrijwillige zorg en gedragingen van mensen met een verstandelijke beperking. De informatie die beschikbaar is concludeert voornamelijk dat het terugdringen van vrijheidsbeperkende zorg een complexe kwestie is, die voornamelijk wordt toegeschreven aan financiële tekorten en ondeskundig zorgpersoneel in de gezondheidssector (Stokkentre, 2010; de Veer et al., 2013; de Kuijper & Jonker, 2021; Hamers et al., 2013). Onderzoeken focussen voornamelijk op alle inwoners van zorginstellingen, en niet specifiek op mensen met een verstandelijke beperking. Een beperkt aantal onderzoeken zijn beschikbaar die zich focussen op mensen met een verstandelijke beperking. Uit deze wetenschappelijke onderzoeken is gebleken dat een klein aantal cliënten binnen woon- en dagbestedingsvorm tijdens de wet BOPZ verantwoordelijk was voor de meerderheid van de vrijheidsbeperkende maatregelen (Finn & Sturmey, 2009; Luiselli et al., 2015). Echter is hier niet specifiek gekeken naar sociologische kenmerken zoals leeftijd en geslacht die mogelijke trends weer kunnen geven. Om de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen binnen de Wzd terug te dringen, is het belangrijk om te onderzoeken welke individuele cliëntkenmerken de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel vergroten. Deze gegevens kunnen bijdragen aan het formuleren van een risicoprofiel. Op basis van dit risicoprofiel kunnen preventieve maatregelen worden ingezet om de inzet van onvrijwillige (nood)zorgmaatregelen te voorkomen/beperken. Dit onderzoek zal tevens bijdragen aan het uitbreiden van wetenschappelijke kennis omtrent de verstandelijk beperkte populatie en meer inzicht in trends binnen deze doelgroepen.

Het Zwartboek van de Klokkenluiders VG was een voorbrander voor de omschakeling in hoe Nederland onvrijwillige zorg wordt gezien. *Nee tenzij*… is nu het uitgangspunt, echter blijkt uit huidige rapporten dat dit nog onvoldoende binnen zorgorganisaties wordt ingezet. Vervolgonderzoek is daarom nodig om de doeltreffendheid van de Wzd, de Reparatiewet en de insteek van onvrijwillige zorg te onderzoeken binnen de gehandicaptensector. Daarnaast is het interessant om verschillen en overeenkomsten in de implementatie van de Wzd en de verschillende individuele cliëntkenmerken van cliënten binnen de gehandicaptenzorg nader te onderzoeken. De Stichting Zozijn is een grootschalige gehandicaptenorganisatie in Overijssel en Gelderland die zich bezighoudt met de behandeling, ondersteuning en begeleiding van jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel. Met ruim 4000 cliënten onder hun zorg zijn de cliënten van Zozijn een representatieve weergave van de Nederlandse verstandelijke beperkten populatie.

In dit onderzoek zal daarom verder onderzoek worden gedaan naar de implementatie van de Wzd voor de cliënten die zorg ontvangen bij Stichting Zozijn, aan de hand van deze onderzoeksvragen;

**Beschrijvende vraag:** *Hoe vaak worden onvrijwillige zorgmaatregelen ingezet in de zorg voor de cliënten van Stichting Zozijn in maart 2022?*

**Verklarende vraag:** *In hoeverre kan de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen bij cliënten van Stichting Zozijn worden verklaard door individuele cliëntkenmerken (mate van beperking, sekse en leeftijd)?*

**Beleidsvraag:** *Hoe kan de Stichting Zozijn de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen terugdringen en vrijwillige zorgmaatregelen stimuleren?*

# Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de Wzd verder toegelicht, wordt gekeken naar de wetenschappelijke literatuur omtrent onvrijwillige zorg en individuele cliëntkenmerken binnen de verstandelijk beperkten doelgroep. Op basis van voorgaande onderzoeksresultaten, theoretische onderbouwing vanuit de sociologie en psychologie wordt informatie samengebracht. Op basis van deze informatie zijn vijf verschillende hypothesen geformuleerd.

## 1.1 De wet zorg en dwang (Wzd)

De Wzd is ter vervanging van de oude wet BOPZ. Het doel van de Wzd is om de inzet van onvrijwillige zorg (voorheen in de BOPZ omschreven als vrijheidsbeperkende maatregelen) zoveel mogelijk terug te dringen; *Nee, tenzij...*. De inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen is de laatste optie, zorgmedewerkers moeten zoveel mogelijk zoeken naar vrijwillige alternatieven. De wet beschermt cliënten tegen onvrijwillige zorg door middel van een stappenplan dat waarborgt dat alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg in beeld komen.

Binnen de Wzd moet sprake zijn van ernstig nadeel voor een Wzd zorgmaatregel kan worden ingezet. Onder ernstig nadeel wordt verstaan dat er sprake is van dusdanig (levens)gevaar voor eigen functioneren en dat van anderen. De aard van toepassing van deze zorgmaatregelen is verschillend. Zozijn maakt onderscheid tussen drie verschillende soorten aard van toepassingen; Vrijwillige zorg (VZ), Onvrijwillige zorg (OVZ) en Vrijwillige zorg via stappenplan (VVS). Daarnaast is de wilsbekwaamheid ter zake van de cliënt van belang bij het bepalen van de aard van toepassing. De bepaling van wilsbekwaamheid van cliënten wordt per situatie beoordeeld. Cliënten binnen Zozijn hebben in vele gevallen te maken met een beperkte wilsbekwaamheid. Wilsbekwaamheid wordt niet alleen beoordeeld op basis van cognitieve vaardigheden, maar ook taalvaardigheid, de vaardigheid om oorzaak-gevolg en de consequenties van keuzes te overzien (Tholen, 2004). Ondanks de beperkte ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking, kunnen zij in sommige situaties wel wilsbekwaam handelen. Bijvoorbeeld een cliënt die ondanks zijn beperking wel verkeersveilig is en daarom zelfstandig mag deelnemen aan het verkeer met zijn fiets. Binnen de Wzd wordt daarom gesproken over wilsbekwaamheid ter zake. Per situatie wordt beoordeeld of een cliënt wilsbekwaam genoeg is om een inschatting te maken over de context waarin het probleem zich voordoet. Wanneer sprake is van verzet bij wilsbekwame/wilsonbekwame cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger is er altijd sprake van een onvrijwillige zorgmaatregel.

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven voor de bepaling van de drie verschillende soorten aard van toepassingen voor Wzd zorgmaatregelen; Vrijwillige zorg (VZ), Onvrijwillige zorg (OVZ) en Vrijwillige zorg via stappenplan (VVS).

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabel 1: Aard van toepassingen Wzd zorgmaatregelen* | |
| **Vrijwillige zorg (VZ)** | Instemming van cliënt, cliënt is wilsbekwaam ter zake |
| Instemming van wettelijk vertegenwoordiger   * Cliënt is wilsonbekwaam ter zake en toont geen verzet * Het gaat om de Wzd zorgmaatregelen in categorie D t/m I (Zie tabel 2). |
| **Onvrijwillige zorg (OV)**  *\*Bij verzet is altijd sprake van OV* | Cliënt is wilsbekwaam ter zake en stemt niet in met een zorgmaatregel of toont verzet |
| Cliënt is wilsonbekwaam ter zake, toont verzet en wettelijk vertegenwoordiger stemt wel in |
| **Vrijwillige zorg via stappenplan (VVS)** | De Wzd zorgmaatregelen A t/m C (zie Tabel 2) zijn dusdanig ingrijpend in cliënten hun leven dat ondanks het uitblijven van verzet en instemming van wilsonbekwame cliënt & wettelijke vertegenwoordiger deze zorgmaatregelen niet onder de aard van toepassing vrijwillige zorg kan staan. |

In de paragraaf 2.2 wordt de levenslooptheorie geïntroduceerd, de ontwikkelingspsychologie voor mensen met een verstandelijke beperking en de invloed van dit verstoorde ontwikkelingspatroon op de kwaliteit van leven. Daaropvolgend wordt in paragraaf 2.3 de theoretische onderbouwing vanuit het socialisatieproces en de invloed van sekse bij agressieontwikkeling volgens het Biopsychosociaal model toegelicht. Ten slotte wordt in paragraaf 2.4 ingegaan op het disharmonische ontwikkelingsprofiel en de invloed van levenservaring op de wilsbekwaamheid van mensen met een verstandelijke beperking.

## 2.2 De levenslooptheorie & de kwaliteit van leven

De levenslooptheorie analyseert de levensloop van mensen in de structurele, sociale en culturele contexten. Het uitgangspunt van de levensloopbenadering is dat ervaringen uit het verleden toekomstige keuzes beïnvloeden en gebeurtenissen vormgeven. Elder et al. (2003) gaat uit van vijf hoofdprincipes: (1) *ontwikkeling is een levenslang proces*, (2) *het principe van menselijk agentschap*, (3) *het principe van timing van transities, gebeurtenissen en gedrag*, (4) *het principe van verbonden levens op basis van sociaalhistorische gebeurtenissen* en (5) *het principe van historische tijd en plaats*. Op basis van deze vijf hoofdprincipes wordt getracht de integratie van een individueel leven binnen grotere sociale systemen te verklaren (Elder et al., 2003). Binnen de levenslooptheorie wordt rekening gehouden met de context; de levensloop hangt af van eigen positie binnen de maatschappij, de mensen waardoor een individu wordt omringt, de tijd waarin een individu leeft en de plaats waar een individu woont. Met de tijd nemen de ervaringen toe, zo ook de leeftijd van individuen. Hoe verder een individu in diens levensloop zit, hoe meer richting kan worden geven aan eigen levensloop (Elder et al., 2003).

Echter hebben mensen met een verstandelijke beperking geen standaard levensloop. De ontwikkelingspsychologie voor mensen met een verstandelijke beperking loopt niet synchroon met dat van mensen zonder een verstandelijke beperking (Claes et al., 2012; Morisse et al., 2019; Ponsioen & Plas, 2014). Dit verstoorde ontwikkelingspatroon heeft invloed op de invulling en vorm die aan het leven wordt gegeven door mensen met een verstandelijke beperking en diens omgeving. De levenslooptheorie is vanuit het perspectief van de niet-verstandelijk beperkte mens geschreven. Doordat mensen met een verstandelijke beperking een verstoorde ontwikkeling hebben, krijgen ze vaak niet dezelfde mogelijkheden en kansen om gelijkwaardige ervaringen op te doen. Zo volgen mensen met een verstandelijke beperking niet het reguliere onderwijs patroon in tegenstelling tot niet-verstandelijk beperkte leeftijdsgenoten. Veel mensen met een verstandelijke beperking hebben niet de vaardigheden en levenservaringen die hen helpen om keuzes te maken over eigen leven (Hein et al., 2019).  Daarnaast wordt de beslissing ook vaak voor mensen met een verstandelijke beperking gemaakt, omdat mensen met een verstandelijke beperking niet altijd in staat zijn om weloverwogen keuzes te maken of de consequenties van diens keuzes te overzien (Scully, 2008). Hierdoor wordt de beperkte mogelijkheden tot autonomie bij het uitoefenen van agency waarover Elder et al. (2003) spreekt naast eigen verstandelijke beperking op cognitief- en sociaal-emotioneel niveau nog verder beperkt door de omgeving.

Wanneer mensen beperkt worden in hun keuzevrijheid en mogelijkheden om zichzelf te ontwikkelen leidt dit tot mindere kwaliteit van leven, aldus Rienders (2019). Componenten van de levenslooptheorie zijn terug te vinden in twee van deze zeven domeinen van de theorie kwaliteit van leven, het domein van *Persoonlijke ontwikkeling* en *Zelfbepaling.* Het domein van *zelfbepaling* (autonomie, persoonlijke doelen en waarden, keuzes) is voor mensen met een verstandelijke beperking niet vanzelfsprekend.  Deze beperking in zelfbepaling hangt nauw samen met de mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling. De beperking in keuzevrijheid roept onrust op en legt de individuele autonomie van mensen aan banden, wat resulteert in meer neerslachtig gedrag en een verhoogde mate van stress (Reinders, 2019).  Het is daarom aannemelijk dat mensen met een verstandelijke beperking verzet zullen uiten wanneer de regie op eigen leven wordt beperkt, aangezien autonomie en keuzevrijheid zowel een hoofdprincipes zijn in de levenslooptheorie als domeinen in de theorie van Reinders. Op basis van deze theorieën zou vrijwillige zorg beter passen bij het welzijn en welbevinden van cliënten. In Tabel 2 worden de zorgmaatregelen van de Wzd weergegeven. Binnen de Wzd gaat H2 zorgmaatregel over het beperken van de autonomie en keuzevrijheden. Waar de overige zorgmaatregelen voornamelijk gaan over beperking van de bewegingsvrijheden, (medische) controles en behandelingen gaat H2 zorgmaatregel direct over de beperkingen van autonomie en keuzevrijheid van cliënten. Uit de Wzd analyse van 2020 is gebleken dat de H2 zorgmaatregel in de top drie meest gebruikte onvrijwillige zorgmaatregelen staat voor de cliënten van Zozijn. Het is daarom interessant om verder in te zoomen op de H2 zorgmaatregel en mogelijke trends binnen de cliëntenpopulatie van Zozijn.

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabel 2: De 8 zorgmaatregelen van de Wzd (2020).* | |
| **A =** Toediening van vocht, voeding en medicatie, medische controles en andere medische handelingen en therapeutische zorgmaatregelen, vanwege de verstandelijke beperking of een somatische aandoening; | ***A1 –*** Toedienen van vocht/voeding |
| ***A2 –*** Toedienen van medicatie (waaronder psychofarmaca) niet volgens de geldende richtlijnen voorgeschreven. |
| ***A3 –***Consulten bij (tand)artsen |
| **B =** Beperking van de bewegingsvrijheid | ***B1 –***Fixatie/vasthouden door ondersteuner(s) |
| ***B2 –***Fixatie m.b.v. materiaal (bijv. verpleegdeken, polsband) |
| ***B3 –***Buitendeur op slot |
| ***B4 –***Overige zorgmaatregelen waardoor iemand zich niet kan verplaatsen of bewegen (bijv. diepe stoel, rolstoel op rem) |
| **C =** Insluiten | ***C1 –*** Deur op slot in separeerruimte |
| ***C2 –*** Deur op slot in (daartoe ontworpen) afzonderingsruimte |
| ***C3 –*** Deur op slot in eigen verblijfsruimte |
| ***C4 –*** Insluiten in overige ruimtes of op overige manieren (bijv. hoge klink of knip) |
| **D =** Uitoefenen van toezicht op cliënt | ***D1 –*** Toezicht door middel van camera’s |
| ***D2 –*** Toezicht met behulp van elektronica die volgt waar cliënt zich bevindt (bijv. gps, sensoren) |
| ***D3 –*** Toepassen van overige domoticavormen (bijv. uitluisteren, deurverklikkers) |
| **E =** Onderzoek aan kleding of lichaam | |
| **F =** Onderzoek woonverblijf op gedrag-beïnvloedende middelen/gevaarlijke voorwerpen | |
| **H =** Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat cliënt iets moet doen of nalaten. | ***H1 –*** Restricties t.a.v. gebruik communicatiemiddelen (bijv. niet of niet op alle momenten gebruik mogen maken van telefoon of internet) |
| ***H2 –*** Overige beperkingen op het voeren van regie op eigen leven (bijv. verplicht dagprogramma, afspraken m.b.t. eten, contactafspraken) |
| **I =** Beperking op het ontvangen van bezoek om zorginhoudelijke redenen. | |

De beperking van autonomie en keuzevrijheid die mensen met een verstandelijke beperking ervaren bij de inzet van zorgmaatregelen kan leiden tot uitingen van verzet. De mate van beperking kan deze behoefte en mogelijkheden tot het uiten van verzet beïnvloeden. Het is aannemelijk dat cliënten met een licht verstandelijke beperking meer mogelijkheden hebben om verzet te uiten, zowel verbaal als non-verbaal, waar cliënten met een matige, ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking beperktere mogelijkheden hebben tot het uiten van verzet. Deze verwachting baseert zich op het relatief hoge cognitieve- en sociaalemotionele functioneringsniveau van cliënten met een licht verstandelijke beperking in vergelijking met cliënten met een matige, ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking. De verlaagde mate van cognitieve beperking voor cliënten met een LVB zorgt dat zij de inperkingen in hun vrijheden in vergelijking met cliënten met een zwaardere cognitieve beperking bewuster ervaren (Barkley, 2012). Cliënten met een verlaagde mate van beperking hebben daardoor meer mogelijkheden tot zelfbepaling. Hierdoor zijn zij beter in staat om verzet te uiten tegen de zorgmaatregelen.

Op basis van de levenslooptheorie, de kwaliteit van leven en de invloed van de mate van beperking worden de volgende hypotheses geformuleerd;

**H1;** *Cliënten met een lagere mate van beperking hebben vaker onvrijwillige zorgmaatregelen dan cliënten met een hogere mate van beperking.*

**H2:** *Cliënten met een lagere mate van beperking hebben vaker een H2 zorgmaatregel (beperking op regie eigen leven) dan cliënten met een hogere mate van beperking.*

## 2.3 Het biopsychosociale model & het socialisatieproces

De Wzd heeft als uitgangspunt om de rechten van cliënten te beschermen en diens kwaliteit van leven te behouden en vergroten. Daarnaast is de wet tevens ingericht om ernstig nadeel te voorkomen voor de omgeving van cliënt. Uit onderzoek van Didden et al. (2016) is gebleken dat voor mensen met een verstandelijke beperking meer risicofactoren aanwezig zijn voor de ontwikkeling van agressief fysiek gedrag. Didden et al. (2016) brengt aan de hand van de theorie van het Biopsychosociaal model de voorspellers van agressief gedrag in kaart.  Het model kent meerdere risicofactoren voor de ontwikkeling van agressie; biologische, sociaal-culturele en omgevingsrisicofactoren.

Biologische verschillen tussen mannen en vrouwen zijn veelvuldig onderzocht. Charles Darwin (1809-1882) zette de grootste en bekendste aanzet met zijn *evolutietheorie* (Braeckman, 2015). De verschillen in hormonale productie bij mannen en vrouwen zorgen voor verschillende uitingen van agressie. Het patroon van agressieontwikkeling verschilt bij mannen en vrouwen; bij mannen is sprake van directe agressie (fysieke agressie), waar vrouwen vaker indirecte agressie (het kwetsen van een ander) vertonen (Delfos, 2011). Mannen hebben door hun hogere testosteron spiegel een snellere agressieontwikkeling, waardoor ze eerder fysieke agressie vertonen (Delfos, 2011). Fysieke agressie is een product van cognitieve en emotionele processen; verhoogde arousal, woede en inhibitie zijn belangrijke componenten (Taylor et al., 2016).

Echter is alleen de biologische grondlegging van verschillen in agressieontwikkeling niet genoeg om de sekse verschillen binnen agressieontwikkeling te verklaren. De sociaal-culturele en omgevingsrisicofactoren zijn daarnaast van belang in het Biopsychosociaal model (McGuire, 2008). Een theorie die verder ingaat op deze factoren is het sekse specifieke socialisatieproces. Jongens zijn geneigd om meer actief met elkaar te spelen, zij zijn vaker aan het stoeien en vechten, wat kan uitmonden op fysiek agressief gedrag. Terwijl meisjes in spel vaker praten en verzorgend gedrag vertonen (Smith & Hart, 2013). Jongens en meisjes gaan zich volgens het sekse specifieke socialisatieproces verschillend gedragen doordat mensen verschillend met hen omgaan en andere verwachtingen hebben. Daarnaast wordt sekse specifiek gedrag geprezen en sekse afwijkende gedragingen ontkracht (Tajik, 2011). De verschillen in het socialisatieproces en de uiting van agressief gedrag worden verder benadrukt in onderzoek van Nelson et al. (2005), meisjes zoeken vaker naar compromissen in conflictsituaties waarin jongens vaker een conflict proberen op te lossen door fysieke kracht. Uit onderzoek van Van Nieuwenhuijzen et al. (2009) is gebleken dat binnen de onderzoeksgroep van mensen met een licht verstandelijke beperking sprake is van sekse verschillen in agressie ontwikkeling. De respondenten werden in dit onderzoek gevraagd te antwoorden hoe zij in een fictieve situatie zouden handelen. De oplossingen waren te categoriseren in agressief, passief of assertief. Waar de vrouwelijke respondenten veelal kozen voor de passieve/assertieve oplossing neigden mannen vaker naar de agressieve oplossing. In Tabel 2 worden de zorgmaatregelen van de Wzd weergegeven. Binnen de Wzd gaat B1 zorgmaatregel over het beperken van bewegingsvrijheid door middel van fixatie door ondersteuners. Waar de overige zorgmaatregelen voornamelijk gaan over beperking van de bewegingsvrijheden, (medische) controles en behandelingen gaat de B1 zorgmaatregel direct over de vrijheidsbeperking van cliënten bij uitingen van fysiek agressief gedrag. Uit de Wzd analyse van 2020 is gebleken dat de B1 zorgmaatregel in de top drie meest gebruikte zorgmaatregelen staat voor de cliënten van Zozijn. Het is daarom interessant om verder in te zoomen op de B1 zorgmaatregel en mogelijke trends binnen de cliëntenpopulatie van Zozijn.

Op basis van de literatuur van het Biopsychosociaal model, socialisatieproces en voorgaande onderzoeken rondom mensen met een verstandelijke beperking worden daarom de volgende hypotheses geformuleerd;

**H3;** *Mannelijke cliënten hebben vaker een onvrijwillige zorgmaatregel dan vrouwelijke cliënten.*

**H4;** *Mannelijke cliënten hebben vaker een B1 zorgmaatregel (beperking van bewegingsvrijheid d.m.v. fixatie) dan vrouwelijke cliënten.*

## 2.4 Het disharmonisch ontwikkelingsprofiel

De ontwikkelingsleeftijd van mensen met een verstandelijke beperking is niet gelijk aan de kalenderleeftijd. Een verstandelijke beperking wordt gezien als een manier van functioneren die gekenmerkt wordt door beperkingen die voor het achttiende levensjaar in het cognitieve functioneren en adaptief vermogen geconstateerd zijn (De Bruijn et al., 2014).  Het begrip ontwikkelingsleeftijd refereert aan het cognitieve functioneren van mensen. De cognitieve vaardigheden zijn van invloed in de sociaal-emotionele ontwikkeling, aanleren van vaardigheden en communicatieve mogelijkheden. Aan deze ontwikkelingsleeftijd worden IQ-grenzen gekoppeld, deze IQ-grenzen zijn internationaal vastgesteld in classificatiesystemen zoals de AAIDD, DSM-IV-TR en de ICD-11 (Coertjes et al., 2021), weergegeven in Tabel 3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabel 3: IQ-grenzen* | | |
|  | *IQ-grenzen* | *Ontwikkelingsleeftijd* |
| *Lichte verstandelijke beperking* | 55 – 69 | 6 – 11 jaar |
| *Matige verstandelijke beperking* | 40 – 54 | 4 – 6 jaar |
| *Ernstige verstandelijke beperking* | 25 – 39 | 2 – 4 jaar |
| *Zeer ernstige verstandelijke beperking* | < 24 | < 2 jaar |

De ontwikkelingsleeftijd wordt veelal vertaald door de cognitieve mogelijkheden. Echter doet de ontwikkelingsleeftijd niet recht aan invloeden op de ontwikkeling zoals het zelfbeeld, sociale vaardigheden, taalvaardigheden en levenservaringen. De ontwikkelingsleeftijd is daarom niet een representatieve weergave van de daadwerkelijke vaardigheden van mensen met een verstandelijke beperking. Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak te maken met een disharmonisch ontwikkelingsprofiel; de ontwikkelingsleeftijd die gekoppeld is aan het cognitieve functioneren komt niet overeen met de ontwikkeling van andere domeinen zoals het sociaal-emotioneel functioneren en adaptieve vaardigheden (Dŏsen, 1990; Wishart, 2007; Vandevelde et al., 2016). Wanneer het cognitieve functioneren van een individu met een verstandelijke beperking vergelijkbaar is met de ontwikkelingsleeftijd van een tweejarige, de sociaal-emotionele vaardigheden overeenkomen met een vierjarige en de levenservaringen heeft van iemand met een kalenderleeftijd van 40 jaar geeft de ontwikkelingsleeftijd niet een representatief beeld. Levenservaringen dragen bij aan de ontwikkeling en informatiewinning van een individu en vergroten de wilsbekwaamheid van een individu om zelfstandig keuzes te maken (Bruijnen, 2016; Nota et al., 2007).

Wilsbekwaamheid stelt individuen in staat om de consequenties van diens daden te overzien en op basis van deze afweging bewuste keuzes te maken (Embregts, 2006). Leeftijd heeft daarom een positieve invloed op de ontwikkelingsvaardigheden en informatiewinning van een individu, wat bijdraagt aan het overzien van consequenties. De intrinsieke drang om ervaringen te integreren en categoriseren in de levensgeschiedenis is ook aanwezig (Embregts, 2006).

De Wzd is ingericht om ernstig nadeel te voorkomen door middel van zorgmaatregelen. Deze zorgmaatregelen kunnen een onvrijwillige of vrijwillige aard van toepassing hebben. De verwachting is dat cliënten met een oudere leeftijd vaker instemmen met zorgmaatregelen doordat zij de consequenties van hun daden beter kunnen overzien dan cliënten met een jongere leeftijd, en daarom geen verzet tonen. Op basis van de literatuur van de ontwikkelingsleeftijd, de invloed van levenservaring op ontwikkelingsvaardigheden en wilsbekwaamheid wordt daarom de volgende hypothese geformuleerd;

**H5;** *Hoe ouder de cliënt is, hoe groter de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel wordt.*

# Data en methode

In dit onderzoek wordt gebruikt gemaakt van secundaire data. Een administratieve dataset met de peildatum maart 2022 met informatie over cliënten die onder de Wzd vallen binnen de Stichting Zozijn. De informatie die geregistreerd wordt in deze administratieve dataset betreft persoonsgegevens zoals naam, cliëntnummer, geslacht, geboortedatum en woonlocatie. Gekoppeld aan deze persoonsgegevens zijn het type Wzd zorgmaatregel, de aard van toepassing, de mate van verzet, wilsbekwaamheid ter zake, de inzet en duur van de zorgmaatregel. Na exclusiecriteria (3.2) en transformaties van de dataset (3.3) bedroeg de uiteindelijke steekproef 502 cliënten.

## 3.1 Ethische overwegingen

Voorafgaande aan het inzien van het administratiebestand en start van dataverzameling is goedkeuring gevraagd aan de Ethische Toetsingscommissie van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen van de Universiteit Utrecht. Na goedkeurig van de Ethische Toetsingscommissie werd het administratiebestand beschikbaar gemaakt voor dit onderzoek. Doordat het administratiebestand een wettelijke grondslag heeft, is het vanuit de richtlijnen van Zozijn niet nodig om individuele toestemming te vragen aan de cliënten en/of wettelijke vertegenwoordigers. Wel is één van de richtlijnen dat de cliëntgegevens gespeudonimiseerd zijn en daardoor niet direct herleidbaar naar individuele cliënten zonder de benodigde autorisatie vanuit de organisatie. Voor het administratiebestand is overgedragen voor dit onderzoek is de naam van de cliënt verwijderd en is op basis van het cliëntnummer missende informatie over de mate van beperking opgevraagd bij gedragswetenschappers. Na ontvangst van de mate van beperking voor desbetreffende cliënt(en), werd het cliëntnummer vervangen door een numerieke waarde en daaropvolgend werd de woonlocatie verwijderd. Daarnaast is de geboortedatum van de cliënten vervangen door het geboortejaar. Tevens is een contract ondertekend waarin de wettelijke bescherming van de persoonsgegevens is vastgelegd en dat op een ethisch verantwoorde manier om zal worden gegaan met de data in dit onderzoek. Het administratiebestand waaruit informatie is overgenomen voor de dataset is na gebruik verwijderd. Ten slotte is contact geweest met de Functionaris Gegevensbescherming van Stichting Zozijn voorafgaande aan de dataverzameling en datagebruik, op basis van de voorgaande omschreven stappen is voldaan aan de grondslag voor wetenschappelijk onderzoek. Het administratiebestand is bekend bij de Stichting Zozijn.

## 3.2 Exclusiecriteria

Bij ontbrekende informatie omtrent de mate van beperking, geslacht, leeftijd en de status van behandeling van de cliënten is ervoor gekozen om deze cliënten buiten beschouwing te laten. Cliënten met één of meerdere missende waardes worden buiten beschouwing gelaten. In totaal waren twee gedragswetenschappers die geen mate van beperking hebben aangeleverd voor de diens cliënten (N=58), deze cliënten zijn daarom buiten de steekproef gehouden. In dit onderzoek wordt een meerderjarigheidsgrens gehanteerd, cliënten die op peildatum maart 2022 minderjarig waren (N=115) zijn buiten beschouwing gelaten in de steekproef. De diagnostisering van mensen met een verstandelijke beperking is een complex proces, door de comorbiditeit van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen naast de verstandelijke beperking (Dekker et al., 2006). Daarnaast zitten minderjarige cliënten nog volop in hun ontwikkeling, waardoor de mogelijke verstoringen en achterstanden in het ontwikkelingsproces zich nog kunnen manifesteren, wat van invloed kan zijn op de constatering van de verstandelijke beperking (Lakeman et al., 2017). Op advies van meerdere gedragswetenschappers is daarom de minderjarige cliëntengroep buiten beschouwing gelaten. Tevens werden cliënten met de diagnose niet-aangeboren hersenletsel (N=22) niet meegenomen in de dataset. De DSM-IV classificeert NAH als een verstandelijke beperking maar wordt gecategoriseerd als schade aan de hersenen, die na de geboorte is ontstaan (Schalock et al., 2021). Doordat in dit onderzoek wordt gesproken over cliënten met een verstandelijke beperking is ervoor gekozen om mensen met een NAH buiten beschouwing te laten.

## 3.3 Steekproef

De participanten in dit onderzoek zijn cliënten die zorg ontvangen binnen de Stichting Zozijn en vallen onder de Wzd. De start sample van dit onderzoek bedroeg 697 cliënten. Echter is voor de uiteindelijke steekproef in dit onderzoek een aantal exclusiecriteria gehanteerd die leidde tot transformaties van de dataset. In Bijlage 1 is de syntax van dit onderzoek te vinden. Nadat het Excel document is geüpload in SPSS waren een aantal transformaties nodig om de analyses uit te kunnen voeren. Allereerst was het nodig om de data te herstructureren. De data werd weergegeven in een *long* format, waar het benodigde format *wide* moest zijn. In het administratiebestand werd per zorgmaatregel weergegeven, in dit onderzoek moest het per cliënt worden weergegeven. Na het herstructureren van de dataset was het nodig om de variabelen voor te bereiden. Een nieuwe variabele werd aangemaakt als indicator of een cliënt één of meerdere onvrijwillige zorgmaatregelen had. Dit werd tevens gedaan voor de indicatoren één of meerdere B1 zorgmaatregelen en één of meerdere H2 zorgmaatregelen. Alle drie de indicatoren werden opgenomen als dummyvariabelen. In de daaropvolgende analyses zijn deze dummy variabelen als afhankelijke variabelen meegenomen in de analyse. Daarom is gekozen voor een logistische regressie met voorafgaande een Chi-kwadraat/t-toets voor de betrokken variabelen.

De uiteindelijke steekproef, na de exclusiecriteria en de transformaties van de dataset, bedroeg 502 cliënten.

## 3.4 Variabelen

De dataset die in dit onderzoek werd gebruikt beschikt over geanonimiseerde participanten en de daarbij horende sekse, geboortejaar, mate van beperking en de behandelingsstatus. Daarnaast bevat de dataset informatie over het type Wzd zorgmaatregel en de aard van toepassing van de Wzd zorgmaatregel (vrijwillig of onvrijwillig) per participant. Allereerst worden de afhankelijke variabelen weergegeven, daarop volgend de onafhankelijke variabelen en ten slotte de controle variabele. Nadien volgt een tabel met de beschrijvende statistiek.

## 3.4.1 Afhankelijke variabelen

In dit onderzoek zijn drie verschillende afhankelijke variabelen. De aard van toepassing, de B1 zorgmaatregel en de H2 zorgmaatregel.

De aard van toepassing gaat over of de Wzd zorgmaatregel een vrijwillige (VZ) of onvrijwillige (OVZ) aard van toepassing heeft. Er is sprake van onvrijwillige zorgmaatregel wanneer er sprake is van verzet door cliënt en/of vertegenwoordiger. Wanneer er geen sprake is van verzet tegen de zorgmaatregel en instemming is vanuit cliënt en/of vertegenwoordiger is het een vrijwillige zorgmaatregel. De aard van toepassing is geoperationaliseerd door de dummyvariabele *Y1* = *onvrijwillige zorg* *(0=vrijwillige zorg, 1=onvrijwillige zorg)* aan te maken. Vrijwillig volgens stappenplan (VVS) wordt in deze analyse geschaard onder vrijwillige zorg omdat er geen sprake is van verzet bij cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, Er waren 83 cliënten met een VVS maatregel. Van de participanten in de steekproef waren 204 cliënten die enkel vrijwillige zorgmaatregelen ontvingen en 298 cliënten met één of meer onvrijwillige zorgmaatregelen.

B1 zorgmaatregel gaat over de B1 zorgmaatregel *beperking van bewegingsvrijheid d.m.v. fixatie*. B1 zorgmaatregel is geoperationaliseerd door de dummy variabele Y2 = *B1 zorgmaatregel (0=geen B1 maatregel, 1=1 of meer B1 zorgmaatregelen)* aan te maken*.* Van de participanten in de steekproef waren 423 cliënten zonder B1 maatregel en 79 cliënten met één of meer B1 zorgmaatregelen.

Zorgmaatregel H2 gaat over de H2 zorgmaatregel *beperking op regie eigen leven*. H2 zorgmaatregel is geoperationaliseerd door de dummyvariabele Y3 = *H2 zorgmaatregel (0=geen H2 maategel, 1=1 of meer H2 zorgmaatregelen)* aan te maken. Van de participanten in de steekproef waren 281 cliënten zonder H2 zorgmaatregel en 221 cliënten met één of meer H2 zorgmaatregelen.

## 3.4.2 Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabele mate van beperking is toegewezen aan cliënten door de betrokken gedragswetenschappers. Op basis van IQ-scores en adaptieve vaardigheden die geregistreerd staan in het elektronische cliëntdossier (ONS) zijn de participanten gecategoriseerd op mate van beperking. De mate van beperking is geoperationaliseerd door de variabele X1 = *mate van beperking (1=Licht verstandelijke beperking, 2=Matig verstandelijke beperking, 3=Ernstig verstandelijke beperkt, 4=Zeer ernstig verstandelijk beperkt)* aan te maken*.* Van de participanten in de steekproef waren 95 cliënten met een LVB (IQ 55-69), 174 cliënten met een MVB (IQ 40-54), 162 cliënten met een EVB (IQ 25-49) en 71 cliënten met een ZEVB (IQ<24) als mate van beperking.

De onafhankelijke variabele geslacht is vastgesteld aan de hand van gegevens die in het elektronische cliëntendossier (ONS) staat genoteerd. Geslacht is geoperationaliseerd door de variabele X2 = *man (0=vrouw, 1=man)* aan te maken. Van de participanten in de steekproef waren 287 cliënten man en 215 cliënten vrouw.

De onafhankelijke variabele leeftijd is vastgesteld aan de hand van de gegevens die in ONS staat genoteerd. Het geboortejaar is gehercodeerd naar de leeftijd van de cliënten op de peildatum 04/03/2022. Leeftijd is geoperationaliseerd door de continue variabele X3 *= leeftijd* aan te maken.De jongste cliënt in de steekproef was 18 jaar, de oudste cliënt was 93 jaar. De gemiddelde leeftijd van de cliënten in de analyse dataset was 52 jaar, met een standaarddeviatie van 17.41.

## 3.4.3 Controle variabele

Uit verschillende studies is gebleken dat de vorm van zorg die cliënten ontvangen van invloed kan zijn op de onderzoeksresultaten. De verschillende vormen van ondersteuning en hulpverlening door deskundigen blijkt verschillend van invloed te zijn wanneer dit gaat over interne hulpverlening binnen de verblijfsorganisatie versus hulpverlening die extern van de verblijfsorganisatie wordt gegeven (Overkamp, 2000; Mans, 2016; Verhaar, 2019). Wanneer een cliënt woonachtig is bij een instelling en van dezelfde instelling behandeling krijgt, wordt dit verblijf met behandeling genoemd. Bij Zozijn is het mogelijk om op basis van verblijf zonder behandeling zorg te ontvangen. Dit betekend dat aanvullende zorg zoals behandeling van stoornissen, tandheelkunde en geneeskundige zorg niet door de instelling van verblijf wordt verzorgd, maar door externe zorgorganisaties en/of particuliere organisaties. Cliënten bij Zozijn kunnen op twee manieren zorg ontvangen; op basis van *met behandeling* zorg, deze cliënten hebben naast verblijfszorg ook recht op aanvullende behandelingen, waar cliënten die op basis van *zonder* *behandelin*g zorg ontvangen, enkel verblijfszorg ontvangen bij Zozijn. De status van de behandelingen die cliënten wel of niet ontvangen is vastgesteld op basis van de juridische status waaronder de cliënt valt.

De status van behandeling is geoperationaliseerd door de dummyvariabele X4 = *met behandeling (0=zonder behandeling, 1=met behandeling)* aan te maken. Van de participanten in de steekproef waren 100 cliënten zonder behandeling en 402 participanten met behandeling.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tabel 4****:*** *Beschrijvende statistiek* | | | | | |
|  | *N* | *Min* | *Max* | *Mean* | *S.D.* |
| *Onvrijwillige zorg* | 502 | 0 | 1 | .59 |  |
| *B1 zorgmaatregel* | 502 | 0 | 1 | .16 |  |
| *H2 zorgmaatregel* | 502 | 0 | 1 | .44 |  |
| *Mate van beperking* | 502 | 1 | 4 | 2.42 | .95 |
| *LVB* | 502 | 0 | 1 | .19 | .39 |
| *MVB* | 502 | 0 | 1 | .35 | .48 |
| *EVB* | 502 | 0 | 1 | .32 | .47 |
| *ZEVB* | 502 | 0 | 1 | .14 | .35 |
| *Man* | 502 | 0 | 1 | .57 |  |
| *Leeftijd* | 502 | 18 | 93 | 52.11 | 17.41 |
| *Met behandeling* | 502 | 0 | 1 | .80 |  |

## 3.5 Analyse

Om te bepalen of sprake is van significante verschillen zijn voor de individuele cliëntkenmerken mate van beperking, geslacht en leeftijd gebruik gemaakt van verschillende analysetechnieken. Deze analyses zijn uitgevoerd in het programma IBM SPSS Software versie 27. Voor variabelen met dichotome of nominale waarden, *mate van beperking* en *geslacht*, is een Chi-kwadraat test uitgevoerd om te bepalen of de verdeling significant verschillend is. De Chi-kwadraat test wordt ingezet in combinatie met de Cramers V. De Chi-kwadraat toets is namelijk niet gestandaardiseerd en kan niet worden gebruikt om waarden te vergelijking, dit kan wel met de Cramers V. De Cramers V wordt ingezet als maat voor de effectgrootte die de informatie weergeeft over de statistische samenhang tussen de variabelen, waarbij de waarde 0 staat voor geen samenhang en waarde 1 staat voor een perfecte samenhang (Field, 2005). Voor de continue variabele *leeftijd* is een t-toets uitgevoerd. De t-toets wordt gebruikt om te toetsen of sprake is van een significant verschil tussen twee groepen of condities (Field, 2005). Tevens wordt een logistische regressie uitgevoerd om te bepalen in hoeverre de onafhankelijke variabelen een bijdrage leveren in de voorspelling op de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een onvrijwillige zorgmaatregel.

De bovengenoemde analysetechnieken zijn daarnaast gebruikt om te bepalen of er sprake is van een significant verschil in individuele cliëntkenmerken ten aanzien van de B1 en H2 zorgmaatregelen. Om dit te bepalen worden twee logistische regressies uitgevoerd met als afhankelijke variabele B1 zorgmaatregel en H2 zorgmaatregel. Voor consistentie van de analyses wordt de controle variabele status van behandeling toegevoegd aan iedere bovengenoemde logistische regressieanalyse.

Voor het uitvoeren van de logistische regressies is gekeken of aan de assumpties is voldaan. Allereerst werd gekeken of er voldaan is aan de assumptie multicollineariteit. Er is sprake van schending van de assumptie multicollineariteit als de tolerantiewaarden kleiner dan 0.1 en Variation Inflation Factor (VIF) waarden groter dan 10 zijn (Field, 2005). Voor alle onafhankelijke variabelen is voldaan aan de assumptie; *mate van beperking* (tolerance = .90, VIF = 1.11), *geslacht* (tolerance = .99, VIF = 1.00), *leeftijd* (tolerance = .98, VIF = 1.02) en *behandeling* (tolerance = .89, VIF = 1.11).

Daarnaast is gekeken of sprake is van outliers in de dataset. De inspectie van de gestandaardiseerde residuals die groter zijn dan 2.00 liet zien dat er zeven outliers waren, variërend van (Std. Residual = -2.77) tot (Std. Residual = 3.01). De analyses zijn gedraaid zonder outliers, dit veranderde de resultaten niet in vergelijking met de analyses waarin de outliers zijn meegenomen. Op basis van deze afweging is de keuze gemaakt om de zeven outliers in de dataset te laten.

# Resultaten

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: *In hoeverre kan de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen bij cliënten van Stichting Zozijn worden verklaard door individuele cliëntkenmerken (mate van beperking, sekse en leeftijd)?* Hiervoor is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar de verschillende cliëntkenmerken en diens effecten op de afhankelijke variabelen onvrijwillige zorgmaatregel, H2 zorgmaatregel en B1 zorgmaatregel.

## 4.1 Onvrijwillige zorgmaatregel

Voor het toetsen van Hypothese 1, Hypothese 3 en Hypothese 4 zijn een aantal analyses uitgevoerd. Voor de variabelen mate van beperking en geslacht zijn afzonderlijke Chi-kwadraat toetsen uitgevoerd, voor leeftijd is een t-toets uitgevoerd. Ten slotte is een logistische regressie analyse uitgevoerd met alle individuele cliëntkenmerken en controle variabele in één model. Onderstaand zal worden besproken of er significante verschillen zijn in de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel wanneer gekeken wordt naar de cliëntkenmerken. Alleen voor het cliëntkenmerk mate van beperking blijkt een significante verschillende verdeling te zijn op de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel.

Bij de groep LVB hebben 48.4% van de cliënten een onvrijwillige zorgmaatregel, bij de groep ZEVB is dit 90.1%. Voor ZEVB is dit een aanzienlijk groter aandeel (Chi2 = 43.03, *p* < .001). Op basis van de Cramers V is de samenhang tussen de variabelen berekend, is er sprake van een gemiddelde statistische samenhang tussen mate van beperking en de vrijwilligheid van de zorgmaatregelen (*Cramers V* = .293). In Tabel 5a is de verdeling van de verschillende mate van beperkingen te zien en de splitsing tussen vrijwillige en onvrijwillige zorgmaatregelen.

Er is geen sprake van significante verschillen in de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel voor de cliëntkenmerken geslacht (Chi2 = 1.07, *p* = .301). Tevens was er geen significant verschil bij de variabele leeftijd voor vrijwillige zorgmaatregelen (*M* = 52.89, *SD* = 16,78) en onvrijwillige zorgmaatregelen (*M* = 51.58, *SD* = 17.83), dit verschil was niet significant: *t*(4) =.821, *p* = .171.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tabel 5a: Mate van beperking uitgesplitst naar vrijwillig en onvrijwillige zorgmaatregelen (N=502)* | | | | | | | |
|  | Vrijwillig | |  | Onvrijwillig | |  | Chi2 (df) | |
|  | *n* | (%) |  | *n* | (%) |  |  | |
| *LVB* | 49 | (51.6) |  | 46 | (48.4) |  | 43.03\*\*\*(3) |
| *MVB* | 90 | (51.7) |  | 84 | (48.3) |  |  |
| *EVB* | 58 | (35.8) |  | 104 | (64.2) |  |
| *ZEVB* | 7 | (9.9) |  | 298 | (90.1) |  |
| *Totaal* | 204 | (40.6) |  | 298 | (59.4) |  |
| *\*p* < .05, *\*\*p* < .01*, \*\*\*p* < .001 | | | | | | | |

Een logistische regressie is uitgevoerd om te bepalen in hoeverre de cliëntkenmerken een significante voorspelling geven voor de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel. In Tabel 5b zijn de resultaten van deze analyse te zien. Enkel voor de voorspeller mate van beperking is sprake van een significant resultaat (*p* < .001). De referentiegroep in deze analyse voor mate van beperking is LVB. In de vergelijking met de referentiegroep LVB is ZEVB positief significant (*OR* = 7.77, *p* < .001). Een aanvullende test is uitgevoerd waarbij de referentiegroep verschoven is van LVB naar ZEVB. In vergelijking met de referentiegroep ZEVB zijn LVB (*OR* = .127, *p* < .001), MVB (*OR* = .117, *p* < .001) en EVB (*OR* = .203, *p* < .001) alle drie negatief significant. Dit verklaart tevens de grootte van de positieve odds-ratio van voornamelijk ZEVB in vergelijking met referentiegroep LVB (*OR* = 7.77). De verwachting dat cliënten met een lagere mate van beperking vaker een onvrijwillige zorgmaatregel hebben dan cliënten met een hogere mate van beperking is niet in lijn met de verwachtingen. Hypothese 1 kan daarom worden verworpen.

Ook in deze analyse zijn de cliëntkenmerken geslacht (*OR* = 1.25, *p* = .257) en leeftijd (*OR* = .99, *p* = .229) niet significant verschillend in de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel. Dit betekend dat de verwachting dat mannelijke cliënten vaker een onvrijwillige zorgmaatregel hebben dan vrouwelijke cliënten niet in lijn is met de resultaten, er is geen sprake van een significante invloed. Hypothese 2 wordt daarom verworpen. De verwachting dat wanneer de leeftijd toeneemt van een cliënt de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel ook toeneemt, is ook niet significant. Hypothese 3 wordt daarom tevens verworpen. De controle variabele status van behandeling is wel significant verschillend (*OR* = 2.11, *p* = .003), cliënten met behandeling hebben een grotere kans op onvrijwillige zorgmaatregelen dan cliënten zonder behandeling. De fit-maat die voor dit model in Tabel 5c is berekend betreft de pseudo R2 van Nagelkerke (R2N= .157). De pseudo R2 van Nagelkerke kan een score tussen nul en één bedragen, waarbij één de perfecte aannemelijkheid van het model voorspelt, ofwel de voorspellende waarde (Nagelkerke, 1991). Echter geeft de pseudo R2 van Nagelkerke een indicatie voor de fit van het model en is daarom niet optimaal voor de interpretatie, enkel te gebruiken als indicatie (Smith & McKenna, 2013).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tabel 5b: Voorspellers onvrijwillige zorgmaatregelen (N = 502)* | | | | | | | |
|  | β |  | S.E. |  | Exp (b) |  | *p* | | |
| *Mate van beperking* |  |  |  |  |  |  |  | | |
| LVB | - |  | - |  | - |  | .000\*\*\* | | |
| MVB | -.04 |  | .27 |  | .96 |  | .884 | | |
| EVB | .466 |  | .28 |  | 1.59 |  | .102 | | |
| ZEVB | 2.05 |  | .46 |  | 7.77 |  | .000\*\*\* | | |
| *Geslacht* |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Man | .23 |  | .19 |  | 1.25 |  | .257 | | |
| Vrouw | - |  | - |  | - |  | - | | |
| *Leeftijd* | .-.01 |  | .01 |  | .99 |  | .229 | | |
| *Status van behandeling* |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Met behandeling | .75 |  | .25 |  | 2.11 |  | .003\*\* | | |
| Zonder behandeling | - |  | - |  | - |  | - | | |
| Nagelkerke pseudo R2 | .157 | | | | | | | | |
| *\*p* < .05, *\*\*p* < .01*, \*\*\*p* < .001 | | | | | | | | |

## 4.2 H2 zorgmaatregel *beperking op regie*

Voor het beantwoorden van Hypothese 2 is een Chi-kwadraat toets en een logistische regressieanalyse uitgevoerd. Onderstaand zal worden besproken of er een significant verschil is op de kans op een H2 zorgmaatregel versus geen H2 zorgmaatregel. De Chi-kwadraat toets voor het cliëntkenmerk mate van beperking is niet significant (Chi2 = 2.66, *p* = .446). In totaal heeft 56% van de cliënten geen H2 zorgmaatregel hebben, 44% van de cliënten heeft één of meerdere H2 zorgmaatregelen. Deze verdeling van percentages liggen voor de verschillende mate van beperking groepen dicht bij elkaar, dit verklaart het niet significante resultaat. In Tabel 7a is de verdeling van mate van beperking en de splitsing tussen geen H2 zorgmaatregel en een H2 zorgmaatregel te zien.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tabel 7a: Mate van beperking uitgesplitst naar geen H2 zorgmaatregel versus H2 zorgmaatregel (N=502)* | | | | | | | | | | | | |
|  | Geen H2 zorgmaatregel | | |  | H2 zorgmaatregel | | | |  | Chi2 (df) | | |
|  | *n* | (%) |  | | | *n* | (%) |  | | |  |  |
| *LVB* | 48 | (50.5) |  | | | 47 | (49.5) |  | | | 2.66(3) | |
| *MVB* | 101 | (58.0) |  | | | 73 | (42.0) |  | | |  |  |
| *EVB* | 88 | (54.3) |  | | | 74 | (45.7) |  | | |  |  |
| *ZEVB* | 44 | (62.0) |  | | | 27 | (38.0) |  | | |  |  |
| *Totaal* | 281 | (56.0) |  | | | 221 | (44.0) |  | | |  |  |
| *\*p* < .05, *\*\*p* < .01*, \*\*\*p* < .001 | | | | | | | | | | | | |

Een logistische regressie is uitgevoerd om te bepalen in hoeverre het cliëntkenmerk mate van beperking een significant verschillende voorspelling geeft voor de kans op een H2 zorgmaatregel versus geen H2 zorgmaatregel. Voor consistentie is de controle variabele status van behandeling en de overige cliëntkenmerken toegevoegd aan de analyse. In Tabel 7b zijn de resultaten van deze analyse te zien. De voorspeller mate van beperking blijkt ook in deze analyse niet significant te zijn (*p* = .588). De verwachting dat cliënten met een lagere mate van beperking vaker H2 zorgmaatregel hebben dan cliënten met een hogere mate van beperking is niet in lijn met de verwachtingen, er is geen sprake van een significante invloed. Hypothese 2 wordt daarom verworpen.

Cliëntkenmerken geslacht (*OR* = 1.30, *p* = .159) en leeftijd (*OR* = .99, *p* = .816) zijn tevens geen significante voorspellers voor de kans op een H2 zorgmaatregel versus geen H2 zorgmaatregel. De controle variabele status van behandeling is niet significant verschillend (*OR* = .81, *p* = .380). De fit-maat die voor dit model in Tabel 7b is berekend betreft de pseudo R2 van Nagelkerke (R2N= .015).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tabel 7b: Voorspellers H2 zorgmaatregelen (N = 502)* | | | | | | | |
|  | β |  | S.E. |  | Exp (b) |  | *p* | | |
| *Mate van beperking* |  |  |  |  |  |  |  | | |
| LVB | - |  | - |  | - |  | .588 | | |
| MVB | -.26 |  | .26 |  | .77 |  | .324 | | |
| EVB | -.09 |  | .28 |  | .91 |  | .739 | | |
| ZEVB | -.38 |  | .33 |  | .68 |  | .245 | | |
| *Geslacht* |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Man | .26 |  | .19 |  | 1.30 |  | .159 | | |
| Vrouw | - |  | - |  | - |  | - | | |
| *Leeftijd* | -.01 |  | .01 |  | .99 |  | .816 | | |
| *Status van behandeling* |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Met behandeling | -.21 |  | .24 |  | .81 |  | .380 | | |
| Zonder behandeling | - |  | - |  | - |  | - | | |
| Nagelkerke pseudo R2 | .015 | | | | | | | | |
| *\*p* < .05, *\*\*p* < .01*, \*\*\*p* < .001 | | | | | | | | |

## 4.3 B1 zorgmaatregel*. fixatie*

Voor het beantwoorden van Hypothese 4 is een Chi-kwadraat toets en een logistische regressieanalyse uitgevoerd. Onderstaand zal worden besproken of er een significant verschil is op de kans op een B1 zorgmaatregel versus geen B1 zorgmaatregel. De Chi-kwadraat toets voor het cliëntkenmerk geslacht is niet significant (Chi2 = .29, *p* = .592). In totaal heeft 84.3% van de cliënten geen B1 zorgmaatregel, 15.7% van de cliënten heeft één of meerdere B1 zorgmaatregelen. Deze verdeling van percentages zijn voor mannen en vrouwen zo goed als gelijk, dit verklaart het niet significante resultaat. In Tabel 6a is de verdeling van geslacht en de splitsing tussen geen B1 zorgmaatregel en een B1 zorgmaatregel te zien.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tabel 6a: Geslacht uitgesplitst naar geen B1 zorgmaatregel versus B1 zorgmaatregel (N=502)* | | | | | | | | |
|  | Geen B1 zorgmaatregel | |  | B1 zorgmaatregel | |  | Chi2 (df) | |
|  | *n* | (%) |  | *n* | (%) |  |  |  |
| *Vrouw* | 179 | (83.3) |  | 36 | (16.7) |  | .29(1) | |
| *Man* | 244 | (85.0) |  | 43 | (15.0) |  |  |  |
| *Totaal* | 423 | (84.3) |  | 79 | (15.7) |  |  |  |
| *\*p* < .05, *\*\*p* < .01*, \*\*\*p* < .001 | | | | | | | | |

Een logistische regressie is uitgevoerd om te bepalen in hoeverre het cliëntkenmerk geslacht een significant verschillende voorspelling geeft voor de kans op een B1 zorgmaatregel versus geen B1 zorgmaatregel. Voor consistentie is de controle variabele status van behandeling en de andere cliëntkenmerken toegevoegd aan de analyse. In Tabel 6b zijn de resultaten van deze analyse te zien. De voorspeller geslacht blijkt ook in deze analyse niet significant te zijn (*OR* = .84, *p* = .503). De verwachting dat mannelijke cliënten vaker een B1 zorgmaatregel hebben dan vrouwelijke cliënten is niet in lijn met de verwachtingen, er is geen sprake van een significante invloed. Hypothese 4 wordt daarom verworpen.

De cliëntkenmerken mate van beperking (*p* = .006) en leeftijd (*OR* = .98, *p* = .002) zijn wel significante voorspellers voor de kans op een B1 zorgmaatregel versus geen B1 zorgmaatregel. De mate van beperking is positief significant, hoe hoger de mate van beperking, hoe groter de kans op een B1 zorgmaatregel wordt. Leeftijd is negatief significant, hoe ouder cliënten zijn, hoe kleiner de kans op een B1 zorgmaatregel wordt. De controle variabele status van behandeling is niet significant verschillend (*OR* = 1.11, *p* = .770). De fit-maat die voor dit model in Tabel 6b is berekend betreft de pseudo R2 van Nagelkerke (R2N= .076).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tabel 6b: Voorspellers B1 zorgmaatregel (N = 502)* | | | | | | | |
|  | β |  | S.E. |  | Exp (b) |  | *p* | |
| *Geslacht* |  |  |  |  |  |  |  | |
| Man | -.171 |  | .27 |  | .84 |  | .503 | |
| Vrouw | - |  | - |  | - |  | - | |
| *Mate van beperking* |  |  |  |  |  |  |  | |
| LVB | - |  | - |  | - |  | .006\*\* | |
| MVB | .07 |  | .42 |  | 1.07 |  | .877 | |
| EVB | .95 |  | .42 |  | 2.60 |  | .024\* | |
| ZEVB | 1.09 |  | .45 |  | 2.97 |  | .016\* | |
| *Leeftijd* | -.02 |  | .01 |  | .98 |  | .002\*\* | |
| *Status van behandeling* |  |  |  |  |  |  |  | |
| Met behandeling | .11 |  | .37 |  | 1.11 |  | .770 | |
| Zonder behandeling | - |  | - |  | - |  | - | |
| Nagelkerke pseudo R2 | .076 | | | | | | | |
| *\*p* < .05, *\*\*p* < .01*, \*\*\*p* < .001 | | | | | | | |

# Conclusie

Het terugdringen van onvrijwillige zorg om het welzijn en de zelfbepaling van mensen met een verstandelijke beperking te verbeteren, is een speerpunt binnen de IGZ (2021). Dit huidige onderzoek is uitgevoerd om in kaart te brengen welke individuele cliëntkenmerken van invloed zijn op de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel. Deze gegevens kunnen bijdragen aan het formuleren van een risicoprofiel. Op basis van dit risicoprofiel kunnen preventieve maatregelen worden ingezet om onvrijwillige (nood)zorgmaatregelen te voorkomen/beperken. Deze verschillende cliëntkenmerken zijn in kaart gebracht door een kwantitatief onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van de registratiedataset van de Wzd.

Voorafgaand aan dit onderzoek zijn een aantal onderzoeksvragen geformuleerd om inzicht te krijgen in de samenhang tussen individuele cliëntkenmerken en de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel. In dit hoofdstuk worden de beschrijvende en verdiepende vraag beantwoord aan de hand van de theoretische onderbouwingen en resultaten van de verschillende analyses.

## 5.1 Beschrijvende vraag

De beschrijvende vraag van dit onderzoek was *hoe vaak worden onvrijwillige zorgmaatregelen ingezet in de zorg voor de cliënten van Stichting Zozijn in maart 2022?* In totaal zijn 502 cliënten met één of meerdere zorgmaatregelen, waarvan 298 cliënten één of meerdere onvrijwillige zorgmaatregelen hebben en de overige 204 cliënten enkel vrijwillige zorgmaatregelen hebben. Daarvan waren 79 cliënten met één of meerdere onvrijwillige B1 zorgmaatregelen en 221 cliënten met één of meerdere onvrijwillige H2 zorgmaatregelen.

## 5.2 Verklarende vraag

De verklarende vraag van dit onderzoek was *in hoeverre kan de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen bij cliënten van Stichting Zozijn worden verklaard door individuele cliëntkenmerken (mate van beperking, sekse en leeftijd)?* In de volgende paragrafen wordt de invloed van de verschillende individuele cliëntkenmerken toegelicht.

## 5.2.1 Mate van beperking

De levenslooptheorie stelde dat hoe verder een individu in diens levensloop is; hoe meer ervaringen een individu bezit om richting te kunnen geven aan eigen levensinvulling en verloop (Elder et al., 2003). Echter verloopt dit mechanisme anders bij mensen met een verstandelijke beperking; naast eigen verstandelijke beperking op cognitief- en sociaal-emotioneel niveau worden mensen met een verstandelijke beperking nog verder beperkt door de omgeving. Daarnaast stelt de kwaliteit van leven theorie van Reinders (2009) dat beperkingen in de keuzevrijheid van individuen leidt tot een verminderde mate van kwaliteit van leven. De verwachting dat cliënten met een licht verstandelijke beperking vaker te maken hebben met onvrijwillige zorgmaatregelen in vergelijking met cliënten met een zwaardere mate van beperking was opgenomen in dit onderzoek. De resultaten van de analyses waren niet in lijn met deze verwachting. Cliënten met een hogere mate van beperking hadden op basis van de resultaten een grotere kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat kan de verlaagde impulscontrole van mensen met een ZEVB zijn.

De belevingswereld van mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking is lastig te betreden. Het begrijpen van reacties en uitingen van gevoel is daarom complexer (Healy & Walsh, 2007). Op het gebied van executieve functies, zoals inhibitie en plannen, presteren mensen met een ZEVB significant zwakker dan mensen met een LVB (Danielsson et al., 2012). Mensen met een ZEVB reageren daardoor vaker impulsief, de impulscontrole is zeer beperkt. Dit kan een verklaring zijn voor de verhoogde mate van onvrijwillige zorgmaatregelen bij deze doelgroep. Daar waar de verwachting was dat mensen met een LVB gemakkelijker verzet kunnen uiten tegen een zorgmaatregel, weegt dit niet op tegen de beperkte impulscontrole van mensen met een ZEVB. Mensen met een LVB hebben een betere impulscontrole en hoeven daarom minder beperkt te worden in de uitingen van diens impulsen. Daar waar mensen met een ZEVB vaker een externe impulscontrole nodig hebben in de vorm van een onvrijwillige zorgmaatregel.

## 5.2.2 Geslacht

Het resultaat dat de mate van beperking van invloed is voor de kans op een B1 zorgmaatregel *fixatie door ondersteuners* versus geen B1 zorgmaatregel is opvallend, waar de verwachting was dat geslacht hierin van invloed zou zijn. Het Biopsychosociaal model (Didden et al., 2016) stelde namelijk dat agressie ontwikkeling anders verloopt bij mannen en vrouwen. Bij mannen is er sprake van directe agressie (fysieke agressie), waarbij vrouwen vaker indirecte agressie (het kwetsen van een ander) vertonen (Delfos, 2011). Daarnaast is het sekse specifieke socialisatieproces anders, dit werd tevens benadrukt door het onderzoek van Van Nieuwenhuijzen et al. (2009) naar agressief gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Echter zijn de resultaten niet in lijn met deze verwachting. Het geslacht van cliënten bleek geen invloed te hebben op de kans op een B1 zorgmaatregel versus geen B1 zorgmaatregel. Een alternatieve verklaring voor deze resultaten betreft de reactie op een externe beperking van de impulscontrole van mensen met een verstandelijke beperking.

Wanneer de respons op de impuls van mensen met een ZEVB wordt beperkt door handelingen van een ander kan dit leiden tot intense emoties; onder druk worden mensen met een verstandelijke beperking verder teruggeworpen in hun lagere emotionele ontwikkelingsstadia (Vignero, 2011). Hierdoor kunnen mensen met een ZEVB niet langer hun eigen handelen en gedrag sturen en kan dit bij bedreigend ervaren prikkels leiden tot agressief gedrag (Vonk & Hosmar, 2009). Het lagere emotionele ontwikkelingsstadia dat gepaard gaat met een zwaardere mate van beperking overstijgt de verwachting vanuit het Biopsychosociale model.

Een alternatieve verklaring kan tevens zijn dat het sekse specifieke socialisatieproces voor mensen met een verstandelijke beperking mogelijk minder wordt benadrukt dan in de opvoeding en sociale toenadering van mensen zonder beperking. De ontbrekende invloed van geslacht ligt mogelijk ten grondslag dat de sekse verschillen tussen mensen met een verstandelijke beperking niet zo vanzelfsprekend zijn als bij mensen zonder verstandelijke beperking. De mate van beperking is van grotere invloed dan de invloed van het sekse specifieke socialisatieproces voor mensen met een verstandelijke beperking.

## 5.2.3 Leeftijd

De theorie van het disharmonische ontwikkelingsprofiel stelt dat de ontwikkelingsleeftijd van mensen met een verstandelijke beperking niet synchroon loopt met de kalenderleeftijd. Levenservaringen dragen bij aan de ontwikkeling van een individu en vergroot de wilsbekwaamheid van individuen om zelfstandig keuzes te maken (Bruijnen, 2016; Nota et al., 2007). De kalenderleeftijd en levenservaringen kunnen leiden tot een hogere sociaal-emotioneel ontwikkelingsleeftijd. De resultaten van de analyses waren niet in lijn met deze verwachting. De leeftijd van cliënten bleek geen invloed te hebben op de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat kan het versnelde verouderingsproces zijn voor mensen met een verstandelijke beperking.

Als gevolg van het versnelde verouderingsproces is er tevens sprake van een verhoogde leeftijd gerelateerde kwetsbaarheid (Wijck, 2012). Dit versnelde verouderingsproces start bij mensen met een verstandelijke beperking gemiddeld rond het 50e levensjaar (van Hees et al., 2020). De levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking neemt af wanneer de mate van verstandelijke beperking toeneemt (Evenhuis, 2008). Mensen met een verhoogde mate van beperking hebben daardoor een verlaagde levensverwachting in vergelijking met mensen met een lagere mate van beperking. Hierdoor kan sprake zijn van een selectie-effect, waardoor het verwachte effect van leeftijd niet gevonden wordt. Het is aannemelijk dat de groep LVB een groter aandeel oudere cliënten bezit in vergelijking met de groep ZEVB. De groepen LVB, MVB, EVB en ZEVB zijn in aantallen niet hetzelfde wat maakt dat de leeftijdsverdeling verschillend was. Dit kan een verklaring zijn voor de ontbrekende invloed van leeftijd op basis van de resultaten van de analyse.

Opvallend was de invloed van leeftijd in de kans op een B1 zorgmaatregel versus geen B1 zorgmaatregel. Hoe jonger de cliënt, hoe groter de kans wordt op een B1 zorgmaatregel versus geen B1 zorgmaatregel. Deze resultaten liggen meer in lijn met de verwachting vanuit het disharmonische ontwikkelingsprofiel en de invloed van levenservaring. De levenservaringen die bijdragen aan de ontwikkeling van een individu dragen bij aan de vergroting van de wilsbekwaamheid van een individu om zelfstandig keuzes te maken. De levenservaringen die toenemen met het aantal levensjaren dragen bij aan het inschattingsvermogen van cliënten in situaties, zoals Bruijnen (2016) en Nota et al. (2007) verklaarden. De kans op een B1 zorgmaatregel neemt af naarmate cliënten ouder worden; deze levenservaringen leren cliënten om in bepaalde situaties keuzes wel of juist niet te maken waardoor de kans op een fixatie kleiner wordt.

## 5.2.4 H2 zorgmaategel

Geen van de cliëntkenmerken bleek van invloed te zijn op de kans op een H2 zorgmaatregel versus geen H2 zorgmaatregel. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de H2 zorgmaatregel *beperking op regie eigen leven* momenteel nog een ‘verzamelbak’ is voor de zorgmaatregelen die niet onder één van de andere categorieën vallen. De zorgmaatregelen vallend onder de H2 zorgmaatregel variëren van voedsel restricties, contact afspraken tot verplichte dagprogramma’s, bewegingsafspraken etc. Wellicht dat daarom geen detecteerbare invloed van de cliëntkenmerken is gevonden. Aan dit resultaat ligt mogelijk ten grondslag dat de beperkte bewustwording van medewerkers in het primaire zorgproces omtrent de Wzd zorgmaatregelen en diens categorieën leidt tot een onrechtvaardige toewijzing van een H2 zorgmaatregel. Veel zorgmaatregelen die onder de H2 zorgmaatregel zijn geregistreerd horen onder andere zorgmaatregel categorieën geregistreerd te staan. Hierdoor zijn mogelijke verbanden onvoldoende in kaart te brengen. Hierdoor is de huidige uitkomst van deze analyse niet betrouwbaar en daarom niet te generaliseren, er is sprake van een verminderde mate van externe en interne validiteit voor dit onderdeel van het onderzoek.

# Discussie

De sterke en zwakke punten van het huidige onderzoek worden in dit hoofdstuk besproken, op basis van deze punten worden suggesties voor een vervolgonderzoek geformuleerd.

Een sterk punt van dit onderzoek is de combinatie van psychologische theorieën en sociologische theorieën vertaald naar de verstandelijk gehandicapten populatie. Wetenschappelijk onderzoek naar de gedragingen van mensen met een verstandelijke beperking is een relatief jonge academische onderzoek invalshoek. Wetenschappelijke onderzoek rondom mensen met een verstandelijke beperking ondervond een groeispurt rond de jaren 80 (Voetelink, 2008). Door voort te borduren op psychologische onderzoeksresultaten, gekoppeld aan theoretisch onderbouwde mechanismes vanuit de sociologische onderzoekswereld wordt een academisch gefundeerde basis gelegd voor dit onderzoek met een verstandelijk beperkte onderzoekspopulatie. Dit onderzoek draagt daarom bij aan het uitbreiden van bestaande academische kennis rondom mensen met een verstandelijke beperking.

Een additioneel sterk punt in dit onderzoek is dat de resultaten van dit onderzoek overeenkomen met ervaringen van de medewerkers die direct met de cliënten samenwerken. In Bijlage 1 is een overzicht te zien van de reacties van medewerkers uit verschillende behandeldisciplines na het zien van de resultaten van dit onderzoek. Op basis van de afstemming tussen de resultaten en de ervaringen van medewerkers die direct met de cliënten samenwerken zijn verschillende beleidsaanbevelingen geformuleerd. In het volgende hoofdstuk wordt hier verder op ingegaan.

Een derde sterk punt is de rol van de gedragswetenschapper in de bepaling van de mate van beperking. In de hedendaagse diagnostisering heeft de rol van het IQ van mensen met een verstandelijke beperking een minder grootte rol gekregen. Dit omdat IQ-scores geen representatief beeld schetsen van de daadwerkelijke vaardigheden en beperkingen van mensen met een disharmonisch ontwikkelingsprofiel (Coertjes et al., 2021). De gedragswetenschappers zijn direct betrokken bij de hulpverlening van de cliënten die deel uitmaakte van dit onderzoek. Hierdoor waren zij instaat om naast de beschikbare IQ-score ook informatie in overweging te nemen zoals adaptief vermogen en sociaal-emotionele vaardigheden. Dit zorgde voor een representatieve categorisering van de steekproef, dit komt de externe validiteit en de generaliseerbaarheid van de resultaten ten goede.

Echter kan dit tevens een punt van kritiek zijn, aangezien de bepaling van de mate van beperking berust op een door de gedragswetenschapper gegeven interpretatie. Binnen Zozijn zijn veertig gedragswetenschappers betrokken, die ieder een x-aantal cliënten onder zich heeft. De verdeling van de cliënten onder de gedragswetenschappers is niet evenredig, daarnaast zijn niet alle gedragswetenschappers maandelijks betrokken bij de cliënt casussen, waar sommige gedragswetenschappers wekelijks contact momenten hebben met cliënten. Uiteindelijk is de toewijzing van de mate van beperking gebaseerd op beschikbare IQ-scores, kennis van de vaardigheden van de cliënt en contact momenten tussen de gedragswetenschapper en cliënt. Echter is de verwachting dat de kennis, ervaring en expertise van gedragswetenschappers de mogelijkheid op een toevallige fout in de toewijzing van de mate van beperking zoveel mogelijk beperken.

Een additioneel punt van kritiek is de kwaliteit van de dataset die gebruikt is in dit onderzoek, zoals al kort is toegelicht voor de H2 zorgmaatregel in paragraaf 5.2.5. De registratie van zorgmaatregelen is in vertraagd vaarwater gekomen door de Covid-pandemie. Trainingen en scholing voor medewerkers binnen Zozijn omtrent de Wzd en diens zorgmaatregelen is door de Covid-pandemie lange tijd uitgesteld. Dit maakt dan ook dat vele medewerkers in het primaire zorgproces zorgmaatregelen die vallen onder de Wzd niet tijdig (h)erkennen en daarom ongeregistreerd blijven, waardoor de kwaliteit van toewijzing van zorgmaatregelen achterblijft. De verwachting is dan ook dat het daadwerkelijke aantal zorgmaatregelen hoger is dan nu geregistreerd is in de registratiedataset.

Daarnaast was de zorgverantwoordelijke die de (on)vrijwillige zorgmaatregelen registreerde tot oktober 2021 de co-ordinerend ondersteuner van woon-, dagbesteding-, en logeerlocaties. De expertise, vakkennis en kostbaarheid in tijd rijkte boven de werkzaamheden van de meeste co-ordinerend ondersteuners. Veel zorgmaatregelen werden foutief geregistreerd onder de zorgmaatregel categorieën. In oktober 2021 is deze zorgverantwoordelijke taak daarom verschoven naar de gedragswetenschappers. Sinds deze verschuiving is de kwaliteit toegenomen, maar nog niet optimaal. Deze implicaties in het registreren maakt dat bij de interpretatie van de resultaten en de conclusies rekening moet worden gehouden met de verminderde kwaliteit van de onderzoekdataset.

## 6.1 Vervolgonderzoek

Voor het vervolgonderzoek is het van belang om de kwaliteit van de onderzoekdataset te verhogen. Dit kan worden gedaan door in te zetten op de bewustwording van de zorgmaatregelen en diens categorieën voor medewerkers in het primaire zorgproces. Daarnaast zou in het vervolgonderzoek de registratie van de zorgmaatregelen in de onderzoekdataset uitgevoerd moeten worden in samenwerking met de gedragswetenschappers. Op deze manier worden de 40 interpretaties van probleemgedrag en zorgmaatregelen van de verschillende gedragswetenschappers gestructureerd bij het registreren. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de zorgmaatregelen en minimaliseert de kans op foutieve registratie en meervoudige interpretaties.

Tevens is het relevant om éénzelfde onderzoek uit te voeren bij andere zorginstanties. De Wzd is niet alleen van toepassing binnen de gehandicaptensector, maar ook binnen de geriatrische zorg en psychiatrie. Een vergelijking tussen de verschillende zorginstanties, ieder met een andere zorggrondslag, draagt bij aan de toetsing van de generaliseerbaarheid naar een bredere populatie. Op deze manier kan volgend onderzoek in kaart brengen of bij andere zorginstellingen dezelfde mechanismen van invloed zijn op de kans op een onvrijwillige zorgmaatregel versus een vrijwillige zorgmaatregel.

# Beleidsaanbevelingen

Omwille het maatschappelijke en wetenschappelijke belang van de verbetering van de implementatie van de Wzd binnen de Stichting Zozijn, worden twee aanbevelingen gegeven voor verbetering van implementatie en toekomstig beleid. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de literatuur, de resultaten van de analyses en de reacties van medewerkers uit verschillende behandeldisciplines na het zien van de resultaten van dit onderzoek.

Het terugdringen van onvrijwillige zorgmaatregelen is in lijn met de geest van de Wzd; *Nee, tenzij…* De Wzd moedigt het zoeken naar alternatieve vrijwillige oplossingen toe. Stichting Zozijn streeft ernaar om onvrijwillige zorgmaatregelen terug te dringen en vrijwillige zorgmaatregelen te stimuleren. Een constatering die op basis van de resultaten van dit onderzoek kan worden gedaan is dat er bij cliënten met een zwaardere mate van beperking vaker sprake is van onvrijwillige zorgmaatregelen in vergelijking met cliënten met een mindere mate van beperking. Om de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen terug te dringen en vrijwillige zorgmaatregelen te stimuleren is de cliëntengroep met een ZEVB een mogelijke aandachtgroep. De hierop volgende aanbevelingen zijn voornamelijk gefocust op medewerkers die werken met cliënten met een zwaardere mate van beperking.

## 7.1 Nieuwe kennismaking en bewustwording

De bewustwording van medewerkers in het primaire zorgproces is een groot onderdeel van het juist implementeren en registreren van de Wzd. Eén van de obstakels die tijdens het implementeren van de Wzd is ondervonden was de verplichte e-learning voor de medewerkers tijdens de covid-pandemie. Uit reacties van medewerkers van verschillende behandeldisciplines, zie Bijlage 2, blijkt namelijk dat medewerkers de e-learning als te academisch en langdradig hebben ervaren. Daarnaast lag de focus tijdens de covid-pandemie niet op het implementeren van een nieuwe wet maar bij het vullen van diensten in tijden van lockdown, ziekte en personeelstekorten. Nu de covid-pandemie wat meer naar de achtergrond is gezakt, is meer (denk)ruimte voor de implementatie van de Wzd. Het advies is daarom om medewerkers opnieuw kennis te laten maken met de Wzd en in te steken met een praktischere aanpak voor de bewustwording van medewerkers. In plaats van een e-learning individueel te maken kan ervoor worden gekozen om een praktischere versie van de e-learning vorm te geven, met herkenbare praktijkvoorbeelden. Daarnaast draagt het gelijktijdig deelnemen aan een training in groepsverband bij aan gedeelde inzichten en bewustwordingsprocessen.

Een aanbeveling is daarom ook om een praktische training in te richten, die focust op de verschillende zorgmaatregelen en bijbehorende categorieën. De gedragswetenschapper is bekend met de casuïstiek die speelt binnen de verschillende teams en kan de teamleden vanuit meerdere invalshoeken benaderen voor categorisering van het probleemgedrag bij de juiste zorgmaatregel categorie. Dit kan voorafgaande tijdens één van de maandelijkse teamvergaderingen éénmalig worden gegeven. Een opfriscursus van de e-learning, waarbij medewerkers opnieuw kennismaken met de Wzd en hoe die praktisch is vormgegeven. Medewerkers worden hierdoor bewuster van de verschillende soorten zorgmaatregelen en kunnen hierdoor actief opzoek naar alternatieve vormen van hulpverlening die het gebruik van onvrijwillige zorgmaatregelen verder terugdringt.

## 7.2 (H)erkennen van gedrag

Een verdiepende stap op de bovengenoemde aanbeveling is het verder onderzoeken van de kernelementen van de Wzd. Het erkennen en herkennen van verzet/instemming is bij cliënten met een zwaardere mate van beperking niet gemakkelijk. De belevingswereld is moeilijk te betreden, daarnaast zijn cliënten met een zwaardere mate van beperking verbaal niet sterk. Het in kaart brengen van de situatie en het probleemgedrag van de cliënt vereist extra aandacht.

Een aanbeveling is daarom ook om binnen teams die werken met cliënten die onder de doelgroep zwaardere mate van beperking, thema’s zoals stil verzet, langdurig verzet en gewenning behandelen. Vanuit Vilans; *de landelijke kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning,* zijn er verschillende producten ontwikkeld die medewerkers bewuster laten nadenken in de geest van de Wzd. Eén van die producten is de gratis Wzd-wijzer; een team-georiënteerde training die de verschillende kernelementen van de Wzd belicht zoals verzet, instemming, wilsbekwaamheid en gewenning. Wanneer medewerkers beter in staat zijn om deze kernelementen van de Wzd zorgmaatregelen te herkennen kan er bewuster worden ingezet op het inzetten van alternatieve, vrijwillige hulpverlening. Dit draagt verder bij aan het terugdringen van de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen. De Wzd-wijzer bestaat uit verschillende modules die onder leiding van een groepsleider, bij voorkeur iemand met kennis van de Wzd zoals een gedragswetenschapper, worden doorlopen. Binnen de Wzd-wijzer is het mogelijk om een selectie te maken in welke modules worden doorlopen. Op deze manier kan de gedragswetenschapper per team een training op maat faciliteren. De Wzd-wijzer training kan voorafgaande tijdens één van de maandelijkse teamvergaderingen worden gegeven. De benodigde duur en het aantal modules kan per team verschillen, variërend van minimaal twee uur tot in totaal tien uur.

# Literatuurlijst

Barkley, R. A. (2012). Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS). New York,

NY: The Guilford Press.

Braeckman, J. (2015). De levensbeschouwelijke betekenis van Charles Darwin en de

evolutietheorie. In *Hier staan we voor! Levensbeschouwingen over cruciale ethisch-*

*maatschappelijke thema's* (pp. 105-119). Garant.

 Bruijnen, C. W. (2016). *Kwaliteit van bestaan van mensen met een (zeer) ernstige*

*verstandelijke beperking* (Master's thesis).

Claes, L., Declercq, K., De Neve, L., Jonckheere, B., Marrecau, J., Morisse, F., ... &

Vangansbeke, T. (2012). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke*

*beperking* (No. 4). Maklu.

Coertjes, N., Cops, K., Maes, B., Schittekatte, M., Verlinde, L., De Ganck, J., ... & Van

Gampelaere, C. (2021). Classificerende Diagnostische Protocol Verstandelijke

Beperking, herwerking.

Danielsson, H., Henry, L., Messer, D., & Rönnberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in

executive functioning in children with intellectual disability. *Research in developmental*

*disabilities*, *33*(2), 600-607.

De Bruijn, J., Buntinx, W., & Twint, B. (2014). Verstandelijke beperking: Definitie en context.

Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.

Dekker, M., Douma, J., Ruiter, K. D., & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop

van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met

een verstandelijke beperking. In *In Perspectief* (pp. 21-40). Bohn Stafleu van Loghum,

Houten.

Delfos, M. (2011). *Verschil mag er zijn*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Prometheus.

Didden, R., Lindsay, W., Lang, R., Sigafoos, J., Deb, S., …. & Lancioni, G. (2016). Aggression.

In: N. Singh (Ed.), Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with

intellectual disabilities (pp. 727-750). New York: Springer.

Dŏsen, A. (1990). Psychologische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen. Meppel,

Amsterdam.

Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life

course theory. In *Handbook of the life course* (pp. 3-19). Springer, Boston, MA.

Embregts, P. (2006). Toepassing van procedures van zelfmanagement bij jeugdigen met een

lichte verstandelijke beperking. In *In Perspectief* (pp. 127-144). Bohn Stafleu van

Loghum, Houten.

Evenhuis, H. (2008). Gezond Ouder met een verstandelijke beperking. *Resultaten van de*

*GOUD-studie*, *2013*.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.

Finn, L. L., & Sturmey, P. (2009). An analysis of the distribution and social antecedents of

restrictive behavioural practices in a community day service for adults with intellectual

disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22, 179-186.

Hamers, J. P. H., Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Capezuti, E., & van Rossum, E.

(2013). De weg naar een bandenloze zorg in Nederland. *Tijdschrift voor Gerontologie*

*en Geriatrie*, *44*(6), 253-260.

Healy, D., & Walsh, P.N. (2007). Communication among nurses and adults with severe and

profound intellectual disabilities: Predicted and observed strategies. Journal of

Intellectual Disabilities, 11, 127-141.

van Hees, C. M. C., van Hoevelaken, R. S., & Sadeghi, A. H. (2020). Voeding bij mensen met

een verstandelijke beperking. In *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek–Supplement*

*103–december 2019* (pp. 23-48). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Hein, I. M., Raymaekers, J., Kres, E., & Frederiks, B. J. M. (2019). Wilsbekwaamheid bij

mensen met een verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *61*(11), 766-

772.

Hendriks, A. C. (2020). Nood breekt wet in tijden van corona: Maar moeten we ons ook zorgen

maken over onze rechtsstaat?. *Nederlands Juristenblad*, *95*(14), 948-955.

Hendriks, A. C., & Frederiks, B. J. M. (2019). 'De Wet Bopz houdt op te bestaan'. *Nederlands*

*Tijdschrift voor Geneeskunde*, *2019*(163: D4505).

Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). (2007). *Verantwoorde zorg voor gehandicapten*

*onder druk: Toets op risico's in de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke*

*beperking 2006-2007*. Den Haag: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). (2015). *Toezicht vrijheidsbeperking onder dwang in*

*de ouderenzorg en gehandicaptenzorg: kritische benadering door zorgaanbieders en*

*beroepsbeoefenaren blijft nodig*. Factsheet. Den Haag: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). (2021). Dwang in de zorg: van wet naar mindset.

*Implementatie en uitvoering Wggz goed op gang, Wzd blijft haperen.* Rapport

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. 08-12-2021.

de Kuijper, G., & Jonker, J. (2021). *Psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke*

*beperking: verbetering in passend gebruik vraagt aandacht voor begeleiders.*

Lakeman, M., Bodden, D., & Tromp, N. (2017). Wees alert op depressie bij jongeren met licht

verstandelijke beperking: Diagnose wordt bij LVB-jongere vermoedelijk vaak

gemist. *Kind & adolescent praktijk*, *16*(3), 38-46.

Landeweer, E. G. M., Frederiks, B. J. M., Vinckers, F., Janus, S., & Zuidema, S. U. (2021).

*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.*

Luiselli, J. K., Dunn, E. K., & Pace, G. M. (2005). Antecedent

assessment and intervention to reduce physical restraint (protective holding)

of children and adolescents with acquired brain injury. Behavioral Interventions, 20, 51-65.

Mans, I. (2016). Het hart van de zorg. *Breda: Papieren Tijger*.

McGuire, J. (2008). A review of eff ective interventions for reducing aggression and violence.

Philosophical Transactions of the Royal Society, 363, 2577-2597.

Morisse, F., De Neve, L., & Došen, A. (2019). Emotionele ontwikkeling en verstandelijke

beperking vanuit ontwikkelingsdynamisch perspectief: state of the art. *Tijdschrift voor*

*orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en kinderpsychologie*, *44*, 3-4.

Nagelkerke, N. J. (1991). A note on a general definition of the coefficient of determination.

*Biometrika, 78*(3), 691-692.

Nelson, D. A., Robinson, C. C., & Hart, C. H. (2005). Relational and physical aggression of

preschool-age children: Peer status linkages across informants. *Early Education &*

*Development*, *16*(2), 115-140.

Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M.L. (2007). Self-determination, social abilities,

and the quality of life of people with intellectual disabilities. Journal of Intellectual

Disability Research, 51, 850-865.

Overkamp, E. (2000). Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de

deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en zijn

empirische effecten. Assen: Koninklijke van Gorcum B.V.

Ponsioen, A., & Plas, J. (2014). Verstandelijke beperking. In *Handboek klinische*

*ontwikkelingspsychologie* (pp. 393-417). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Reinders, H. (2019). *Kwaliteit als ervaring*. Gompel & Svacina.

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). An Overview of Intellectual Disability:

Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports. *American Journal on*

*Intellectual and Developmental Disabilities*, *126*(6), 439-442.

Scully, J. L. (2008). Disability and the thinking body. In *Arguing about Disability* (pp. 65-

82). Routledge.

Smith, P. K., & Hart, C. H. (Eds.). (2013). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood social*

*development*. John Wiley & Sons.

Smith, T. J., & McKenna, C. M. (2013). A comparison of logistic regression pseudo R2

indices. *Multiple Linear Regression Viewpoints*, *39*(2), 17-26.

Stokkentre, L. (2010). *De kennis, attitude en mening van begeleiders in de verstandelijk*

*gehandicaptenzorg, rondom vrijheidsbeperkende maatregelen* (Master's thesis).

Tajik, M. (2011). *De invloed van de pedagogisch medewerker op het sekse socialisatie*

*proces* (Master's thesis).

Taylor, J., Novaco,, R., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following

cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities.

Journal of Intellectual and Disabilities Research, 60, 126-133.

Tholen, A. J. (2004). Wilsbekwaamheid en zelfbeschikking. *Leentjens AFG, Bannink M,*

*Boenink AD, Huyse FJ, redacteuren. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Hfdst*, *10*,

118-36.

Vandevelde, S., Morisse, F., Došen, A., Poppe, L., Jonckheere, B., Hove, G. V., ... & Claes,

C. (2016). The scale for emotional development-revised (SED-R) for persons with

intellectual disabilities and mental health problems: Development, description, and

reliability. *International Journal of Developmental Disabilities*, *62*(1), 11-23.

Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Van Aken, M., & Matthys, W. (2009). *Impulse*

*control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in*

*children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence*. Journal of

Intellectual Disability Research, 53, 233-242.

de Veer, A. J. E., Dörenberg, V. E. T., Francke, A. L., van Nieuwenhuijzen, M., Embregts, P.

J. C. M., & Frederiks, B. J. M. (2013). Terugdringen vrijheidsbeperkingen in

gehandicaptenzorg vraagt nog investering. *Journaal Ggz en recht*, *2013*(6/7), 13-14.

Verhaar, E. M. (2019).  *Iedereen moet meedoen: makkelijker gezegd dan*

*verantwoord* (Master's thesis).

VGN. (2021). *Handreiking Reparatiewetten Wzd.* Rapport vereniging gehandicapten zorg

Nederland en Actiz. November 2021.

Vignero, G. (2011). De draad tussen cliënt en begeleider. De emotionele ontwikkeling als

inspiratiebron in de begeleiding van personen met een verstandelijke handicap.

Antwerpen: Garant.

Voetelink, E.L.M. (2008). *Is er bij mensen met een verstandelijke beperking een verband*

*tussen het disharmonisch profiel, gedragsproblematiek en overvraging?* Universiteit

van Amsterdam.

Vonk, J., & Hosmar, A. (2009). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking. Een*

*denk- en handelingskader voor de praktijk.* Leuven: Acco.

Wapenaar, J. (2020). 8 vragen over de Wet zorg en dwang. *Nursing*, *26*(1), 28-33.

Wapenaar, J. (2021). Plussen en minnen van de Wet zorg en dwang. *Nursing*, *27*(1), 28-35.

Wijck, R. V. (2012). 17 Verstandelijke beperkingen, gezondheid, bewegen en cognitie. In

*Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie 2012* (pp. 241-251). Bohn Stafleu van Loghum,

Houten.

Wishart, J. G. (2007). Socio‐cognitive understanding: a strength or weakness in Down's

syndrome?  *Journal of Intellectual Disability Research*, *51*(12), 996-1005.

# Bijlage 1

**Syntax**

Encoding: UTF-8.

GET

FILE='C:\Users\zoe\_s\OneDrive\Documenten\Master CSP\Scriptie Zozijn\Dataset Thesis Zozijn.sav'.

DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.

SORT CASES BY Cliëntnummer geslacht geboortejaar Behandeling Beperking Leeftijd.

CASESTOVARS

/ID=Cliëntnummer geslacht geboortejaar Behandeling Beperking Leeftijd

/GROUPBY=VARIABLE.

\*frequencies en descriptives of all variables.

FREQUENCIES Cliëntnummer geslacht geboortejaar behandeling beperking.

DESCRIPTIVES Cliëntnummer geslacht geboortejaar behandeling beperking.

\*hercoderen van geboortejaar naar leeftijd op 4 maart 2022, daarna onderverdelen in 3 leeftijdsgroepen (jong-midden-oud)..

RECODE Geboortejaar (1929=93) (1930=92) (1931=91) (1932=90) (1933=89) (1934=88) (1935=87) (1936=86)

(1937=85) (1938=84) (1939=83) (1940=82) (1941=81) (1942=80) (1943=79) (1944=78) (1945=77) (1946=76)

(1947=75) (1948=74) (1949=73) (1950=72) (1951=71) (1952=70) (1953=69) (1954=68) (1955=67) (1956=66)

(1957=65) (1958=64) (1959=63) (1960=62) (1961=61) (1964=58) (1963=59) (1965=57) (1962=60) (1966=56)

(1967=55) (1968=55) (1969=53) (1970=52) (1971=51) (1972=50) (1973=49) (1974=48) (1975=47) (1976=46)

(1977=45) (1978=44) (1979=43) (1980=42) (1981=41) (1982=40) (1983=39) (1984=38) (1985=37) (1986=36)

(1987=35) (1988=34) (1989=33) (1990=32) (1991=31) (1992=30) (1993=29) (1994=28) (1995=27) (1996=26)

(1997=25) (1998=24) (1999=23) (2000=22) (2001=21) (2002=20) (2003=19) (2004=18) INTO Leeftijd.

EXECUTE.

FREQUENCIES leeftijd.

DESCRIPTIVES leeftijd.

\*Variabele die overzicht geeft van de cliënten met vrijwillige en onvrijwillige zorg.

Count onvrijwilligezorg= toepassing.1 toepassing.2 toepassing.3 toepassing.4 toepassing.5 toepassing.6 toepassing.7 toepassing.8 toepassing.9

toepassing.10 toepassing.11 toepassing.12 toepassing.13 toepassing.14(1).

Recode onvrijwilligezorg (0 = 0) (1 thru highest = 1).

VALUE LABELS onvrijwilligezorg 0 "vrijwillige zorg" 1 "onvrijwillige zorg".

FREQUENCIES onvrijwilligezorg.

DESCRIPTIVES onvrijwilligezorg.

\*Variabele die overzicht geeft van de cliënten met B1zorgmaatregel.

Count B1zorgmaatregel= maatregel.1 maatregel.2 maatregel.3 maatregel.4 maatregel.5 maatregel.6 maatregel.7 maatregel.8

maatregel.9 maatregel.10 maatregel.11 maatregel.12 maatregel.13 maatregel.14(21).

Recode B1zorgmaatregel (0 = 0) ( 1 thru highest = 1).

VALUE LABELS B1zorgmaatregel 0 "geen B1 maatregel" 1 "B1 maatregel".

FREQUENCIES B1zorgmaatregel.

DESCRIPTIVES B1zorgmaatregel.

\*variabele die overzicht geeft van de cliënten met H2zorgmaatregel.

Count H2zorgmaatregel= maatregel.1 maatregel.2 maatregel.3 maatregel.4 maatregel.5 maatregel.6 maatregel.7 maatregel.8

maatregel.9 maatregel.10 maatregel.11 maatregel.12 maatregel.13 maatregel.14(72).

Recode H2zorgmaatregel (0 = 0) (1 thru highest = 1).

VALUE LABELS H2zorgmaatregel 0 "geen H2 maatregel" 1 "H2 maatregel".

FREQUENCIES H2zorgmaatregel.

DESCRIPTIVES H2zorgmaatregel.

RECODE Beperking (1=1) (2=0) (3=0) (4=0) INTO LVB.

Recode Beperking (1=0) (2=1) (3=0) (4=0) INTO MVB.

Recode Beperking (1=0) (2=0) (3=1) (4=0) INTO EVB.

Recode Beperking (1=0) (2=0) (3=0) (4=1) INTO ZEVB.

EXECUTE.

DESCRIPTIVES VARIABLES=LVB MVB EVB ZEVB

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

\*Assumpties check; Multicolineariteit.

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT onvrijwilligezorg

/METHOD=ENTER Beperking geslacht Leeftijd Behandeling

/SAVE COOK.

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT B1zorgmaatregel

/METHOD=ENTER Beperking geslacht Leeftijd Behandeling

/SAVE COOK.

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT H2zorgmaatregel

/METHOD=ENTER Beperking geslacht Leeftijd Behandeling

/SAVE COOK.

\*model 1a.

CROSSTABS

/TABLES=Beperking BY onvrijwilligezorg

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

\*Model 1b.

CROSSTABS

/TABLES=geslacht BY onvrijwilligezorg

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

\*Model 1c.

CROSSTABS

/TABLES=Leeftijd BY onvrijwilligezorg

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

\*Model 1d.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES onvrijwilligezorg

/METHOD=ENTER Beperking geslacht Leeftijd Behandeling

/CONTRAST (Beperking)=Indicator(1)

/SAVE=PRED

/PRINT=GOODFIT CI(95)

/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

\*Model 2a.

CROSSTABS

/TABLES=geslacht BY B1zorgmaatregel

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

\*Model 2b = logistische regressie B1zorgmaatregel.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES B1zorgmaatregel

/METHOD=ENTER geslacht Beperking Leeftijd Behandeling

/CONTRAST (Beperking)=Indicator(1)

/SAVE=PRED

/PRINT=GOODFIT CI(95)

/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

\*Model 3a.

CROSSTABS

/TABLES=Beperking BY H2zorgmaatregel

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

\*Model 3b: logistische regressie H2zorgmaatregel.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES H2zorgmaatregel

/METHOD=ENTER Beperking geslacht Leeftijd Behandeling

/CONTRAST (Beperking)=Indicator(1)

/SAVE=PRED

/PRINT=GOODFIT CI(95)

/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

-------

\*Aanvullende analyse met andere referentiegroep.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES onvrijwilligezorg

/METHOD=ENTER Beperking geslacht Leeftijd Behandeling

/CONTRAST (Beperking)=Indicator(4)

/SAVE=PRED

/PRINT=GOODFIT CI(95)

/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES H2zorgmaatregel

/METHOD=ENTER Beperking geslacht Leeftijd Behandeling

/CONTRAST (Beperking)=Indicator(4)

/SAVE=PRED

/PRINT=GOODFIT CI(95)

/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

/SAVE=PRED

/PRINT=GOODFIT CI(95)

/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

# Bijlage 2

**Reactie medewerkers tijdens Kennismarkt 17-05-2022**

Tijdens de halfjaarlijkse bijeenkomst van de behandeldienst van Stichting Zozijn heb ik de resultaten van mijn onderzoek kort mogen vormgeven tijdens de Kennismarkt. Hier heb ik met verschillende stakeholders gesproken in de vorm van fysiotherapeuten, ergotherapeuten, gedragswetenschappers, AVG-artsen, diëtistes en logopedisten. In het gesprek dat ik met hen had gaf ieder aan tot een bepaalde hoogte met de Wzd in aanraking te komen. De vraag *hoe kan de Stichting Zozijn de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen terugdringen en vrijwillige zorgmaatregelen stimuleren?* stond centraal in onze gesprekken. In Bijlage 3 zijn de posters te zien die bij de kennismarkt werden getoond. De cijfers die worden gepresenteerd op deze poster zijn gebaseerd op de informatie uit het administratiebestand, inclusief de cliënten die op basis van de exclusiecriteria tijdens de analyse buiten beschouwing zijn gelaten. Daarnaast zijn een x-aantal dilemma’s gepresenteerd die gebruikt kon worden om de centrale vraag *Hoe kan de Stichting Zozijn de inzet van onvrijwillige zorgmaatregelen terugdringen en vrijwillige zorgmaatregelen stimuleren?* te beantwoorden. Medewerkers vertelden over eigen ervaringen maar ook de input en feedback rondom de Wzd van collega’s uit het primaire zorgproces.

Zo verklaarde een fysiotherapeut die werkzaam is binnen de kind en jeugd sector dat hij het moeilijk vindt om vrijwillige alternatieven te verzinnen wanneer hij door cliënten wordt gebeten of gekrabd. Hij ervaarde vanuit de organisatie druk om onvrijwillige zorgmaatregelen zoveel mogelijk te vermijden, maar kon in zijn eigen professionele blikveld geen ander alternatief vinden dan het fixeren van een cliënt wanneer die hem aanviel tijdens behandeling. Hij gaf daarnaast aan dat dit voornamelijk is bij cliënten die niet verbaal verzet kunnen uiten, dit zijn vaak cliënten met een EVB of ZEVB. Hij zou graag handvaten zien in het lezen van non-verbale gedragingen, maar gaf zelf ook aan dat dit voor iedere cliënt weer anders is. Op mijn vraag of hij de E-learning over de Wzd die verspreid is tijdens de implementatie fase eind 2019 gaf hij zelf aan deze vluchtig te hebben gemaakt, volgens hem was er niet veel blijven hangen. Toen ik hem vroeg waarom dit zo was, gaf hij aan dat hij ervan uit ging dat dit niet voor zijn vakgroep van belang was.

Een andere fysiotherapeut die meeluisterde met ons gesprek klopte de mannelijke fysiotherapeut op de arm en beaamde dit zelf ook. Tijdens de covid-pandemie waren veel behandelingen die niet noodzakelijk waren tijdens de eerste lockdown stopgezet. In die tijd heeft zij de E-learning gemaakt, maar dit voelde voor haar niet als noodzaak en had ook het idee dat dit voornamelijk voor medewerkers in de dagelijkse hulpverlening; zoals ondersteuners op woonlocaties en dagbestedingen.

Twee gedragswetenschappers haalden ook de Wzd E-learning aan. Zij gaven beiden aan dat de ondersteuners op de woningen waar zij als gedragswetenschapper aan verbonden zijn hadden geuit dat de E-learning te complex was. De meeste hadden hem vluchtig doorgeklikt, één ondersteuner had zelfs gezegd dat ze bij de introductietekst al was afgehaakt; te lang en complex. Eén van de gedragswetenschappers beaamde wel dat wanneer je het gesprek met medewerkers uit het primaire proces aangaat veel te winnen is op het gebied van de Wzd. Vragen zoals *wat zou jij er van vinden als jij je mobiel elke avond om 20.00u moest inleveren?* of *Hoe zou jij reageren als je geen koekjes meer mag bij de koffie, ondanks dat je dat al 40 jaar zo doet?* Zij gaf aan dat het laten stilstaan en nadenken bij handelingen al tot veel opheldering kan zorgen bij medewerkers.

Daarnaast gaf een andere gedragswetenschapper dat zij werkt met teams waar medewerkers al lange tijd werken en waar de cliënt samenstelling stabiel is en weinig wisselingen zijn. Afspraken die jaren geleden gemaakt zijn, omdat die toen nodig waren, worden vandaag de dag nog steeds gehanteerd. Echter is de situatie nu anders, cliënt heeft zich verder ontwikkeld, is het nog nodig om deze beperkende zorgmaatregelen toe te passen? Of is het mogelijk om oude afspraken langzaam los te laten, om te zien of ze nog nodig zijn? De gedragswetenschapper merkte dat wanneer ze dit aankaartte in de teamvergaderingen van woonlocaties er eerst weerstand komt vanuit de medewerkers die langer met de cliënten groep werkt. Maar wanneer de situatie verder wordt uitgeplozen in context en aanleiding van het probleemgedrag het team toch in staat is om collectief tot andere oplossingen te komen die minder beperkend waren voor cliënten.

Ten slotte wees een Wzd functionaris mij erop dat onvrijwillige zorg niet per definitie slechte zorg is. Soms is het nodig om een cliënt te beperken op bepaalde gebieden om ernstig nadeel te voorkomen. Wel is het noodzaak dat dit een terugkerend thema blijft tijdens vergaderingen en individuele zorg/werk overleggen voor de cliënten. Is de onvrijwillige zorgmaatregel nog nodig? Is er een minder ingrijpend alternatief? Is de gehele zorgmaatregel nog van toepassing? Wanneer dit zorgvuldig en tijdig wordt geëvalueerd werkt de Wzd als een toevoeging aan de kwaliteit van hulpverlening en het levensgeluk van cliënten.

# Bijlage 3

Afbeelding met tekst

Automatisch gegenereerde beschrijving

## 