
DE WET ZORG EN DWANG: NEE, TENZIJ? HANDELINGSPERSPECTIEF VOOR ZORGVERLENERS

Masterscriptie Beleid & Politiek

Naam: Reinier Cornet

Studentnummer: 515060

Mail: 515060rc@eur.nl

Scriptiebegeleider: Menno Fenger

Organisatie: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS)

Aantal woorden: 26.944 (26.062 excl. literatuurlijst)

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	1
Hoofdstuk 1: Inleiding.....	3
1.1. Aanleiding.....	3
1.2. Probleemstelling.....	5
1.3. Wetenschappelijke relevantie van het onderzoek.....	5
1.4. Maatschappelijke relevantie van het onderzoek.....	6
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	7
2.1. Inleiding.....	7
2.2. Theorie van de street-level bureaucracy.....	7
2.2.1. Introductie.....	7
2.2.2. Discretionaire ruimte.....	8
2.2.3. Street level bureaucrats als beleidsmakers en de bereidheid van professionals om nieuw beleid te implementeren.....	8
2.3. Copingmechanismen en attitudes van <i>street level bureaucrats</i>	11
2.3.1. Copingmechanismen.....	11
2.3.2. Attitudes.....	13
2.3.2.1. Indifference.....	15
2.3.2.2. Caregiving.....	15
2.3.2.3. Enforcement.....	16
2.3.4. Andere manieren om de attitudes van street-level-bureacrats te typeren.....	17
2.4. Onvrijwillige zorg.....	17
2.5. Conceptueel model: factoren die de inzet van onvrijwillige zorg kunnen verklaren.....	20
Hoofdstuk 3: Methodologie & operationalisering.....	23
3.1. Inleiding.....	23
3.2. Operationalisering van de onafhankelijke variabelen.....	24
3.3. Operationalisering van de afhankelijke variabele.....	27
3.3.1. Situatie 1 (VG): Beperken hoeveelheid cola.....	29
3.3.2. Situatie 2 (VG): Bezoek.....	29
3.3.3. Situatie 3 (VG): Slapen.....	29
3.3.4. Situatie 4 (PG): Deur op slot.....	29
3.3.5. Situatie 5 (PG): Bedhek.....	30
3.3.6. Situatie 6 (PG): Uitluistersysteem.....	30
3.4. Interviews en respondenten.....	30
Hoofdstuk 4: Resultaten en analyse.....	32
4.1. Inleiding: beschrijvende statistiek respondenten.....	32
4.2. Resultaten stellingen.....	33
4.2.2. Typering respondenten: enforcer, caregiver of indifferent?.....	35
4.2.2.1. Grafische weergave typering respondenten.....	38

4.3. Resultaten vignetten	42
4.3.1. Situatie 1 (VG): Beperken hoeveelheid cola	42
4.3.2. Situatie 2 (VG): Bezoek	45
4.3.3. Situatie 3 (VG): Slapen.....	48
4.3.4. Situatie 4 (PG): Deur op slot	51
4.3.5. Situatie 5 (PG): Bedhek	54
4.3.6. Situatie 6 (PG): Uitluistersysteem	57
4.4. Analyse relatie tussen attitude en toepassen van onvrijwillige zorg	60
4.4.1. Vignetten met veel overeenstemming.....	61
4.4.2. Vignetten met weinig overeenstemming	62
4.5. Resultaten en analyse relatie tussen copingmechanismen en onvrijwillige zorg	64
4.5.1. Resultaten relatie copingmechanismen en onvrijwillige zorg	65
4.5.2. Analyse relatie copingmechanismen en onvrijwillige zorg	67
4.6. Resultaten en analyse relatie tussen het beleid van de organisatie en onvrijwillige zorg.....	68
4.6.1. Resultaten relatie tussen het beleid en onvrijwillige zorg.....	68
4.6.2. Analyse relatie tussen het beleid en onvrijwillige zorg	71
Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen	73
5.1. Conclusie.....	73
5.1.1. Welke factoren zijn van invloed op de keuzes die zorgprofessionals maken met betrekking tot onvrijwillige zorg?.....	73
5.1.2. Welke knelpunten en dilemma's ervaren zorgprofessionals bij het toepassen van onvrijwillige zorg?	75
5.2. Discussie	78
5.2.1. Reflectie op het onderzoek	78
5.2.2. Reflectie op de theorie.....	79
5.3.3. Vervolgonderzoek	80
5.3. Aanbevelingen	81
5.3.1. Geef professionals meer ruimte en vertrouwen om zelf afwegingen te maken	81
5.3.2. Betrek de praktijk bij beleidsvorming	81
5.3.3. Besteed aandacht aan de zorgprofessionals die binnen de Wzd geen officiële rol vervullen, maar wel het dichtst bij de cliënt staan	81
5.3.4. Breng het thema 'leven in vrijheid' onder de aandacht bij familie en naasten	81
5.3.5. Investeer in innovatie: biedt alternatieven voor onvrijwillige zorg aan.....	82
Literatuurlijst	83

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1. Aanleiding

In 2011 ontstond grote maatschappelijke ophef toen het actualiteitenprogramma Uitgesproken EO een uitzending wijdde aan Brandon, een 18-jarige jongen met een verstandelijke beperking. Brandon bleek 3 jaar lang met een tuigje en een riem aan de muur van zijn kamer vastgebonden te zijn, omdat het personeel van de zorginstelling waar hij woonde bang was voor zijn onvoorspelbare gedrag (NU.nl, 2011). Het uitzenden van het item over Brandon leidde tot diverse krantenartikelen en Kamervragen waarin afschuw werd uitgesproken over de situatie waar de 18-jarige jongen in terecht was gekomen (NU.nl, 2011; NRC, 2011; Trouw, 2011; De Volkskrant, 2011). Toenmalig staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Santen richtte naar aanleiding van de ophef over de zaak-Brandon een Denktank Complexe Zorg op. Deze denktank bestond uit diverse hoogleraren en professionals in de zorg, en had als taak had te onderzoeken hoe cliënten met complexe zorgvragen zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen. Een uitkomst van het onderzoek van deze denktank was dat de toenmalige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) niet goed aansloot bij de problematiek die mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie ervaren. Er moest dus een nieuwe wet komen: de Wet zorg en dwang (Wzd).

Op 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang in werking getreden. In deze wet wordt de rechtspositie van cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische stoornis, zoals dementie, vastgelegd. Het centrale uitgangspunt van deze wet is dat zorg zo veel mogelijk op vrijwillige basis moet plaatsvinden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Onvrijwillige zorg kan alleen worden ingezet als laatste redmiddel. Met dit uitgangspunt hoopt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) Oaan te sluiten bij een in de praktijk al eerder ingezette cultuuromslag in de ouderen- en gehandicaptenzorg, waarbij de vrijheid van cliënten steeds meer op de voorgrond komt te staan.

De Wet zorg en dwang (Wzd) is samen met de Wet verplichte ggz (Wvggz) de opvolger van de Wet bopz. Tot 2020 vielen alle onvrijwillige opnames en onvrijwillige zorg, ook voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking, onder deze wet. Op 1 januari 2020 hebben de Wzd en de Wvggz de Wet bopz vervangen. De Wzd is specifiek gericht op de behoeften van mensen met een verstandelijke beperking of dementie, terwijl de Wvggz specifiek gericht is op de

behoeften van mensen met een psychiatrische aandoening. Het onderzoek in deze masterscriptie is gericht op zorgverleners die in de dagelijkse praktijk met de Wzd te maken hebben. Alle zorg die wordt verleend aan een cliënt moet worden vastgelegd in het zorgplan en vereist instemming van de cliënt of vertegenwoordiger. Wanneer er geen instemming is tussen de zorgverlener en de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger over vrijwillige zorg moet een stappenplan doorlopen worden waarbij de situatie van de cliënt wordt geanalyseerd, alternatieven voor vrijwillige zorg worden bekeken, en externe deskundigheid wordt ingeschakeld. Binnen de Wzd is dwang alleen toegestaan wanneer er sprake is van een ernstig dreigend of aanwezig nadeel voor de cliënt. De Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) is toezichthouder en ziet erop toe dat zorgverleners de wettelijk vastgelegde procedures op een correcte wijze doorlopen.

In de dagelijkse praktijk nemen zorgverleners allerlei beslissingen over hun cliënt die in min of meerdere mate als dwang kunnen worden gezien. Dit leidt ertoe dat deze zorgverleners voor dilemma's kunnen komen te staan over wat nu precies wel, en wat geen onvrijwillige zorg is. Een voorbeeld is het weigeren van een glas cola. Zoals een professional het in een reactie op een informatiepagina over de Wet zorg en dwang omschrijft:

“Ik werk op een VEB-locatie met volwassenen met een licht verstandelijke beperking. We hebben frisdrank, chips en koek achter een deur op slot liggen. In de avond krijgen ze een glas fris en in het weekend chips en koek. Nu mag de deur van de manager niet meer op slot, omdat dat een beperkende maatregel is. Met als gevolg dat cliënten ook overdag frisdrank drinken en er soms niet meer genoeg over is voor de rest. De cliënten kunnen van hun eigen geld altijd al frisdrank en lekkers in de winkel kopen. Dit mogen ze helemaal zelf kiezen. Kunnen wij als zorginstelling dan niet bepalen wat wij ze aanbieden? Moeten wij ze de hele dag door cola aanbieden met als gevolg dat ze meer gezondheidsrisico's hebben?” (Kennisplein Zorg voor Beter, 2019).

Maatregelen zoals hierboven geschetst kunnen door zorgverleners worden gezien als lichtere, zogeheten leefstijlvormen van dwang, die nodig zijn om op een ordelijke wijze verzorging te kunnen bieden aan cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie. Tegelijkertijd kunnen deze leefstijlvormen van dwang door cliënten als zeer ingrijpend worden ervaren. Hier kan een spanningsveld ontstaan dat dilemma's creëert voor zorgprofessionals op de werkvloer. Moeten wettelijk vastgestelde procedures voor dit soort

alledaagse vormen van dwang gevolgd worden, en wat mogen zorgverleners wel en niet van hun cliënten vragen of eisen nu de Wet zorg en dwang is ingegaan?

1.2. Probleemstelling

De probleemstelling van het onderzoek bestaat uit een doel- en vraagstelling, waarbij de vraagstelling betrekking heeft op de centrale onderzoeksvraag. De doelstelling heeft betrekking op de manier waarop de centrale vraagstelling beantwoord dient te worden. De doelstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Het doel van dit onderzoek is de implementatie van de nieuwe Wet zorg en dwang te verbeteren door te verklaren welke factoren van invloed zijn op de keuzes die zorgprofessionals maken met betrekking tot onvrijwillige zorg, en te onderzoeken welke dilemma's en knelpunten zij ervaren bij het toepassen van onvrijwillige zorg.

Uit deze doelstelling vloeit de volgende onderzoeksvraag voort:

Welke factoren zijn van invloed op de keuzes die zorgprofessionals maken met betrekking tot onvrijwillige zorg, en welke knelpunten en dilemma's ervaren zij bij het toepassen van onvrijwillige zorg?

1.3. Wetenschappelijke relevantie van het onderzoek

Met dit onderzoek wordt een bijdrage gedaan aan het bestuurskundig onderzoek omtrent de *street-level bureaucracy*, ofwel publieke klantmanagers, toegespitst op zorgverleners. *Street level bureaucrats* kenmerken zich door het directe contact dat zij hebben met klanten. Goede voorbeelden van *street level bureaucrats* zijn politieagenten, of medewerkers van de sociale dienst. *Street level bureaucrats* zijn enerzijds uitvoerder van beleid of wetten die door anderen zijn vastgesteld, maar anderzijds hebben zij in hun werk ook ruimte om situaties naar eigen inzicht te beoordelen. De theorie van *street-level bureaucracy* gaat eigenlijk over het spanningsveld tussen deze twee eigenschappen. De theorie van *street-level bureaucracy* is nog niet vaak toegepast op zorgprofessionals, terwijl zij in beginsel met dezelfde dilemma's te maken krijgen die andere street level bureaucrats ook ervaren. Dit onderzoek hoopt een bijdrage te leveren aan de theorievorming rondom *Street-level bureaucracy* door dit concept te verkennen aan de hand van zorgverleners die

in alledaagse situaties geconfronteerd worden met de noodzaak om onvrijwillige zorg toe te passen.

1.4. Maatschappelijke relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek betreft nieuwe wetgeving die diep in het persoonlijke leven van kwetsbare mensen kan ingrijpen, en is om deze reden bijzonder actueel en maatschappelijk relevant. Zorg is een thema waar maatschappelijk gezien veel aandacht voor is. Voor een groot aantal burgers is gezondheidszorg het belangrijkste onderwerp dat de partijkeuze bij Tweede Kamerverkiezingen bepaalt (I&O Research, 2017, p. 16). Hieruit blijkt de maatschappelijke relevantie van het thema ‘zorg’ en onderzoek dat gericht is om zorg te verbeteren. Dit onderzoek draagt bij aan een beter begrip voor problemen die zorgprofessionals op de werkvloer tegenkomen en helpt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij de implementatie van nieuwe wetgeving. Dit versterkt de maatschappelijke relevantie van het onderzoek. Daarnaast is het thema dwang in de zorg maatschappelijk relevant omdat het een zeer ingrijpend thema is; de persoonlijke levenssfeer van kwetsbare mensen kan als gevolg van onvrijwillige zorg in het geding komen. Dat dit thema maatschappelijk én politiek gevoelig ligt blijkt wel uit de vele reacties die in kranten en andere media verschenen na de uitzending van de EO over Brandon. Een andere reden waarom onderzoek naar dwang in de zorg bij cliënten maatschappelijk relevant is, is omdat dit onderzoek, naast de VG-sector (verstandelijk gehandicapten), ook gericht is op de PG-sector (psychogeriatrische aandoeningen zoals dementie). Op dit moment zijn er in Nederland ruim 260.000 mensen met dementie, en het ligt in de lijn der verwachting dat dit aantal door toenemende vergrijzing de komende jaren alleen maar zal stijgen (Ministerie van Volksgezondheid, 2019). De maatschappelijke relevantie van onderzoek naar dwang in de zorg zal in de toekomst, als gevolg van deze toenemende vergrijzing, versterkt worden.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

2.1. Inleiding

Dit hoofdstuk vormt de theoretische achtergrond van het onderzoek naar de dilemma's die zorgprofessionals ervaren bij het toepassen van onvrijwillige zorg. Het theoretisch kader begint met het uiteenzetten van het concept *street level bureaucracy* aan de hand van het werk van Michael Lipsky (1980). In dit gedeelte worden ten eerste de kenmerken van *street level bureaucrats* uiteengezet, en wordt ingegaan op de bereidheid van *street level bureaucrats* om nieuw beleid te implementeren. Ten tweede wordt een nadere verkenning gedaan naar de verschillende copingmechanismen en attitudes die publieke klantmanagers kunnen hanteren en innemen bij het uitvoeren van hun werk. Ten derde wordt het concept onvrijwillige zorg toegelicht, aansluitend bij de wettelijke definities conform de Wzd en wetenschappelijk onderzoek naar de toepassing van onvrijwillige zorg. Aan het einde van het theoretisch kader worden deze aspecten samengebracht in een conceptueel model. Dit conceptueel model zal als leidraad dienen bij de uitwerking van het onderzoek.

2.2. Theorie van de street-level bureaucracy

2.2.1. Inleiding

Onderzoek naar implementatie van beleid gaat volgens Hupe en Hill (2019, p. 16) vaak uit van een top-down benadering. De top-down benadering gaat ervan uit dat intenties voorafgaan aan acties. Er is een lineaire relatie waarbij de doelen van het beleid, bepalen welke instrumenten worden ingezet. Die ingezette instrumenten bepalen vervolgens het resultaat van het beleid. Echter, in de jaren '70 van de 20^e eeuw werd een nieuw bottom-up perspectief op implementatie geïntroduceerd. Een perspectief dat bij onderzoek naar implementatie van beleid niet uitging van het beleid zelf, maar van de organisaties of personen die uitvoerder zijn van beleid. Een van deze perspectieven is de theorie rondom de *street level bureaucracy* van Michael Lipsky (1980).

De term *street level bureaucrats* is in 1980 door Michael Lipsky geïntroduceerd om publieke klantmanagers te definiëren (Lipsky, 2010; Hupe & Hill, 2019). Het vertrekpunt van deze theorie is volgens Lipsky (2010, p. 213): “*What actually happens when public policies are enacted*”. *Street level bureaucrats* zijn publieke professionals die in hun werk in direct contact komen met de personen op wie het beleid is geënt. Klassieke voorbeelden van dergelijke publieke

professionals zijn: leraren, politieagenten, en maatschappelijk werkers (Hupe, 2019), maar ook zorgverleners worden tot *street level bureaucrats* gerekend (Tummers et al., 2015). Volgens Zacka (2017, pp. 23-24) hebben *street level bureaucrats* drie eigenschappen met elkaar gemeen: ze zijn hiërarchisch aan de onderkant van een organisatie gepositioneerd, ze hebben direct klantcontact en zijn uitgerust met een bepaalde mate van beleidsvrijheid, ofwel discretionaire ruimte.

2.2.2. Discretionaire ruimte

Die discretionaire ruimte betekent dat *street level bureaucrats* binnen het beleid ruimte hebben om bepaalde situaties naar eigen inzicht op te lossen. Dit omdat zij vaak worden geconfronteerd met omstandigheden waarop de regels niet of niet volledig van toepassing kunnen zijn (Benda & Fenger, 2014, p. 14), of waarbij de regels de ruimte bieden aan *street level bureaucrats* om discretionaire bevoegdheid toe te passen bij het beoordelen van situaties (Zacka, 2017, p. 33). Binnen de bestuurskunde worden verschillende definities van beleidsvrijheid gegeven. Een veel gehanteerde definitie is die van Davis (1969, p. 4): “*A public officer has discretion wherever the effective limits on his power leave him free to make a choice among possible courses of action and inaction*”. Stensöta definieert beleidsvrijheid als ‘de speelruimte die *street level bureaucrats* bezitten om regels te interpreteren bij het implementeren van beleid, waardoor zij in essentie beleidsmakers worden’ (Hupe, 2013, p. 432).

Beleidsvrijheid is echter niet onbeperkt. Professionals zijn bijvoorbeeld gebonden aan wettelijke normen of organisatorische richtlijnen. Daarnaast dienen street-level bureaucrats altijd aanspreekbaar te zijn op de keuzes die zij hebben gemaakt. Zij moeten te allen tijde kunnen uitleggen op welke gronden zij een beslissing hebben genomen (Zacka, 2017). Zacka stelt daarnaast dat beleidsvrijheid van street-level bureaucrats niet alleen gebonden is aan formele regels of richtlijnen, maar ook aan informele normen, die vaak door collega’s op de werkvloer worden afgedwongen.

2.2.3. Street level bureaucrats als beleidsmakers en de bereidheid van professionals om nieuw beleid te implementeren

Vanwege het directe contact dat *street level bureaucrats* met klanten hebben, dicht Lipsky hen niet alleen een grote rol toe in het uitvoeren van het beleid, maar ook in het maken van beleid. Er liggen volgens hem twee mechanismen ten grondslag aan de rol die *street level bureaucrats*

spelen in het maken van beleid. Het eerste mechanisme is de al eerdergenoemde beleidsvrijheid die *street level bureaucrats* hebben bij het doen van hun werk. Het gebruiken van beleidsvrijheid en het institutionaliseren van beleidsvrijheid binnen bepaalde beroepsgroepen, zorgt ervoor dat er in de praktijk nieuw beleid ontstaat, dat uiteindelijk door beleidsmakers wordt verheven tot officieel beleid, bijvoorbeeld door het in wet- en regelgeving te bekrachtigen. Meestal is er in dergelijke situaties sprake van finetuning van reeds geformuleerd beleid, in plaats van dat er geheel nieuw beleid tot stand komt (Kolthoff, Loyens, Verhage, 2016, p. 4). De mate van beoordelingsvrijheid varieert per functie: bepaalde werknemers in een organisatie zullen minder beoordelingsvrijheid hebben dan andere werknemers. Hoe meer beoordelingsvrijheid, hoe groter de kans dat een street-level bureaucrat met dilemma's te maken krijgt, zo stelt Lipsky.

Het tweede mechanisme dat Lipsky noemt is dat werknemers op de werkvloer een ander perspectief innemen dan hun leidinggevenden, en er daardoor andere principes en preferenties op na houden. Hierdoor kan er een conflict ontstaan tussen de werkvloer en het management, waarbij het beleid dat daadwerkelijk wordt uitgevoerd verschilt met hoe het door het management (of door de overheid) wordt beoogd. Een voorbeeld waarbij de belangen van managers en street-level-bureaucrats kunnen botsen is dat *street level bureaucrats* vaak gedwongen worden om een veelheid aan werk uit te voeren in een setting waarin tijd en middelen beperkt zijn. Klantmanagers worden dus gedwongen om slimme manieren te verzinnen om het werk toch te doen, wat vaak tegen het belang van de manager in gaat. Daarnaast stelt Lipsky dat *street level bureaucrats* er belang bij hebben om hun autonomie te behouden of uit te breiden. Managers proberen de autonomie van klantmanagers te beperken om bepaalde resultaten veilig te stellen, maar dit zal vrijwel altijd op weerstand stuiten.

Tummers, Steijn en Bekkers (2012) hebben een aantal factoren geïdentificeerd die de bereidheid van publieke professionals om nieuw beleid te implementeren beïnvloeden. De eerste factor is de mate waarin de inhoud van het nieuwe beleid van betekenis wordt geacht. Deze factor kan in drie verschillende subcategorieën worden uitgesplitst: de betekenis van het nieuwe beleid op het niveau van de samenleving, het niveau van de cliënt, en het niveau van de professional zelf. Wanneer zorgprofessionals ervaren dat nieuw beleid geen toegevoegde waarde heeft voor de samenleving als geheel, zullen zij volgens Tummers, Steijn en Bekkers minder bereid zijn om het nieuwe beleid te implementeren. Dit geldt ook als wanneer professionals ervaren dat het nieuwe beleid geen effectieve instrumenten biedt om de cliënten waar deze professionals mee werken te

helpen. Als derde subcategorie wordt gesteld dat professionals minder bereid zijn tot implementatie wanneer zij ervaren dat het nieuwe beleid geen waarde heeft voor de professional zelf. In het verlengde hiervan wordt, net als bij de theorie van street-level-bureaucracy van Lipsky, beleidsvrijheid als belangrijk element genoemd. Tummers, Steijn en Bekkers stellen dat wanneer professionals een verhoging van de eigen beleidsvrijheid ervaren bij het implementeren van nieuw beleid, de bereidheid om te implementeren toeneemt (Tummers, Steijn & Bekkers, 2012, pp. 719-720).

Naast de inhoud van het nieuwe beleid speelt ook de context van de organisatie een belangrijke rol bij de implementatie van nieuw beleid. Tummers, Steijn en Bekkers (2012) noemen hier 2 aspecten van. Het eerste aspect is de invloed van werknemers binnen de organisatie. Hoe meer invloed individuele werknemers hebben op keuzes die binnen een organisatie worden gemaakt als gevolg van het nieuwe beleid, hoe meer commitment zij zullen hebben om het nieuwe beleid te implementeren. Het tweede aspect is de (subjectieve) houding van andere deelnemers binnen de organisatie, waarbij een wezenlijk onderscheid kan worden gemaakt tussen de houding van managers, en de houding van collega's die op eenzelfde of een lager niveau opereren. Hoe positiever de rest van de organisatie staat tegenover het nieuwe beleid, hoe groter de kans dat een professional zelf bereid is dit te implementeren. Het omgekeerde is ook waar: een organisatie waarin vrijwel alle leden zich tegenstander uiten van het nieuwe beleid werkt demotiverend voor de professional die zelf wel bereid zou zijn om het nieuwe beleid uit te voeren.

Tot slot speelt ook de persoonlijkheid van de professionals die het nieuwe beleid moeten implementeren een belangrijke rol, volgens Tummers, Steijn en Bekkers. Twee criteria worden hierbij geïntroduceerd: opstandigheid en regelnaleving. Opstandigheid kan in verband worden gebracht met persoonlijkheid in de zin dat de mate waarin nieuw beleid wordt gezien als een bedreiging verschilt per individu. Individuen die geneigd zijn opstandig gedrag te vertonen zullen minder snel geneigd zijn om nieuw beleid te omarmen. Tegelijkertijd is het omgekeerde ook waar. Individuen die geneigd zijn om de regels strikt na te leven zullen nieuw beleid sneller implementeren (Tummers, Steijn en Bekkers, p. 721). Het implementeren van nieuw beleid heeft hoe dan ook impact op de werkdruk die *street level bureaucrats* ervaren. Het concept 'copingmechanismen' wordt gebruikt om te duiden hoe *street level bureaucrats* met deze werkdruk omgaan.

2.3. Copingmechanismen en attitudes van *street level bureaucrats*

2.3.1. Copingmechanismen

Lipsky (1980) stelt dat *street level bureaucrats* vaak te maken hebben met een hoge werkdruk. Daarnaast moeten zij in hun werk vaak een middenweg vinden tussen beleid, de behoeften van een cliënt, professionele richtlijnen/codes en persoonlijke waarden (Tummers et al., 2015, p. 1099). Om met deze druk om te gaan, maken *street level bureaucrats* volgens Lipsky gebruik van copingmechanismen. Andere termen die in de literatuur voor dit fenomeen worden gehanteerd zijn ‘overlevingsstrategieën’ (Satyamurti, 1981) of het ‘benaderen van regels’ (Evans, 2013). In een systematisch literatuuronderzoek naar copingmechanismen hanteren Tummers et al. (2015, p. 1101) de volgende definitie: ‘gedragingen die eerstelijnsmedewerkers aanwenden wanneer zij met klanten interacteren, teneinde de externe en interne eisen waaraan zij in het dagelijkse leven aan tegemoet moeten komen onder de knie te krijgen, te tolereren of verminderen.

Tummers et al. (2015, p. 1102) maken onderscheid tussen twee verschillende soorten copingmechanismen: coping door middel van gedragingen, en cognitieve coping, waarbij de coping bijvoorbeeld wordt gekenmerkt door het innemen van een cynische en afstandelijke houding ten opzichte van de cliënt. Daarnaast kan coping zich op twee verschillende momenten voordoen: gedurende interacties met de cliënt, of buiten de interacties met de cliënt om. Een voorbeeld van coping buiten de interactie met de cliënt om is het zoeken naar steun bij collega’s, klagen bij het management of in uiterste gevallen drugsmisbruik. Dit zijn theoretisch-conceptuele grenzen, in de praktijk kunnen deze categorieën elkaar overlappen.

Coping door middel van gedragingen valt volgens Tummers et al. (2015, p. 1104-1111) te categoriseren in drie verschillende families. De eerste familie, betreft de meest voorkomende gedragingen, waarbij een beweging wordt gemaakt richting de behoeften van de klant om sneller te werken. De typen gedragingen die worden geïdentificeerd zijn: het buigen of breken van regels in het voordeel van de cliënt, het verzinnen van structurele oplossingen om langdurige stressvolle situaties het hoofd te bieden, het prioriteren tussen cliënten, of het inzetten van persoonlijke middelen ten behoeve van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is een maatschappelijk werker die zijn eigen geld weggeeft aan een werkloze cliënt om eten te kunnen kopen.

De tweede familie betreft gedragingen waarbij er meer afstand wordt genomen van de cliënt. Onder deze familie worden twee gedragingen getypeerd: de eerste is routinematig c.q. gestandaardiseerd werken, dat wil zeggen inboeten op kwaliteit door alle cliënten even lang en op

dezelfde wijze te behandelen. De tweede gedraging is de toegang tot de dienst beperken. Dit wordt vaak gedaan wanneer de werkdruk hoog is, en de street-level bureaucrat macht heeft over de toegankelijkheid van de dienst. Een voorbeeld hiervan is een politieagent die tegen een persoon die aangifte wil doen, vertelt dat hij of zij morgen maar terug moet komen wanneer er meer tijd is om de aangifte in behandeling te nemen.

De derde familie betreft gedragingen waarbij er een beweging tegen de cliënt wordt gemaakt. Deze gedragingen komen minder vaak voor dan gedragingen uit de vorige twee families. Onder deze familie worden twee gedragingen getypeerd: de eerste is een zeer rigide toepassing van de regels. Een voorbeeld hiervan is een leerkracht die leerlingen meteen de klas uit stuurt wanneer zij de telefoon tijdens de les gebruiken. Tot slot valt agressieve handelingen ten opzichte van de cliënt onder deze familie. Een agressieve houding van de cliënt richting de medewerker kan averechts werken en leiden tot agressie bij de medewerker zelf.

Tummers et al. (2015) hebben ook onderzocht welke vormen van coping voorkomen bij verschillende soorten *street level bureaucrats*. Uit dit onderzoek komen de volgende grafieken naar voren (2015, p. 1111-1112):

Tabel 1. Noot. Uit Tummers et al., 2015, p.1111. Relatie tussen copingfamilie en professie.

Type professional	Beweging richting cliënt	Afstand nemen van cliënt	Beweging tegen de cliënt	Totaal
Maatschappelijk werker	38%	40%	22%	100%
Leerkracht	69%	26%	6%	100%
Zorgprofessional	57%	39%	4%	100%
Politieagent	37%	22%	41%	100%

Tabel 2. Noot. Uit Tummers et al., 2015, p. 1112. Relatie tussen gedragingen en professie.

Type professional	Buigen van regels	Breken van regels	Rigide toepassing van regels	Totaal
Maatschappelijk werker	36%	13%	51%	100%
Leerkracht	56%	31%	13%	100%

Zorgprofessional	27%	64%	9%	100%
Politieagent	33%	22%	44%	100%

Uit deze tabellen kunnen een aantal conclusies getrokken worden. Zorgmedewerkers en leerkrachten zijn veel sneller geneigd om regels te buigen of te breken als copingmechanisme. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de rechtsstatelijkheid van het handelen binnen deze professies minder belangrijk wordt geacht dan bij de politie of in het maatschappelijk werk. Andere mogelijke verklaringen zijn: het verschil in beleidsvrijheid, zichtbaarheid van de professional en media-aandacht (Tummers et al., 2015, p. 1112).

2.3.2. Attitudes

Bernardo Zacka (2017) gaat nog een stap verder, door te stellen dat *street level bureaucrats* door het gebruik van copingmechanismen na verloop van tijd een eigen stijl, een professionele identiteit of een morele overtuiging ontwikkelen, die bepaalt hoe zij omgaan met situaties waarmee ze tijdens het werk worden geconfronteerd. Deze professionele identiteit is, wanneer deze zich eenmaal heeft gevormd, door de tijd heen stabiel en deze hangt samen met de eigen rolopvatting van de professional.

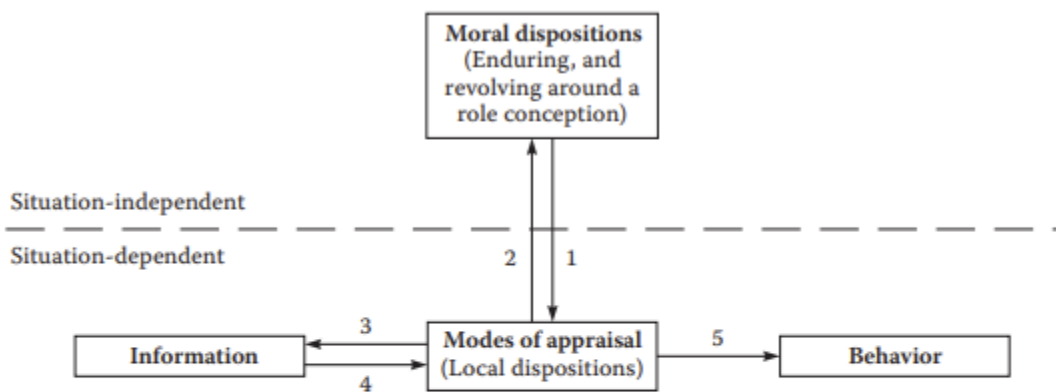
Street level bureaucrats moeten volgens Zacka voldoen aan vier soorten eisen in het vervullen van de eigen rol. Ze moeten snel meerdere casussen kunnen verwerken (een efficiëntie-criterium), ze moeten opmerkzaam handelen en de individuele omstandigheden van een cliënt kunnen beoordelen (responsiviteit), ze moeten hun tijd en aandacht eerlijk besteden en elke cliënt gelijk behandelen, en moeten elke cliënt met respect behandelen. Zacka wijst erop dat deze vier eisen soms in conflict komen met elkaar. Zoals hiervoor ook al behandeld, kan de eis om efficiënt te werken botsen met de eis om opmerkzaam te zijn en bij elke cliënt maatwerk te kunnen bieden, afhankelijk van zijn of haar behoeftes. Zacka stelt dat de mate waarin klantmanagers een bepaalde attitude aannemen, te maken heeft met de manier waarop zij met deze eisen omgaan.

Street level bureaucrats hebben verschillende manieren om de cliënt en/of zijn situaties te beoordelen. Zacka noemt deze verschillende manieren *modes of appraisal* (2017, p. 68). *Street level bureaucrats* kunnen op verschillende momenten, verschillende manieren hanteren om een cliënt te beoordelen. Een maatschappelijk werker kan in eerste instantie een caregiver-attitude innemen ten opzichte van een cliënt, maar later een enforcer-attitude innemen als uit aanvullende informatie zou blijken dat de cliënt niet eerlijk is met de street-level bureaucrat. Deze manieren

van beoordelen zijn derhalve afhankelijk van de situatie. Het is volgens Zacka (2017) belangrijk om onderscheid te maken tussen dit soort verschillende manieren om een cliënt te beoordelen, en de meer stabiele professionele identiteit of morele dispositie waarmee *street level bureaucrats* zich identificeren, en die niet afhankelijk is van de situatie (Zacka, 2017, p. 87). Deze professionele identiteit wordt immers ook sterk gevormd door de taakopvatting van de klantmanager. Deze taakopvatting zorgt voor continuïteit, identiteit en geeft betekenis aan het werk dat een klantmanager doet (Zacka, 2017, p. 91).

Zacka presenteert (2017, p. 94) een conceptueel model om dit onderscheid tussen manieren van beoordelen die afhankelijk zijn van de situatie, en de meer blijvende morele disposities die onafhankelijk zijn van de situatie te illustreren.

Figuur 1. A two-tiered model of dispositions (uit Zacka, 2017, p. 95)



The arrows indicate the direction of influence:

- 1) Moral dispositions channel bureaucrats toward a default mode of appraisal
- 2) By controlling their modes of appraisal, and taking themselves "out of character," bureaucrats can gradually transform their moral dispositions
- 3) Modes of appraisal filter incoming information
- 4) Information can prompt changes in modes of appraisal
- 5) Modes of appraisal inform behavior

Volgens Zacka kunnen *street level bureaucrats* drie attitudes (*moral dispositions*) aannemen in het omgaan met de discretionaire vrijheid of beoordelingsvrijheid die zij door hun rol als street-level bureaucrat ervaren: *indifference* (onverschilligheid), *enforcer* (handhaver) of *caregiver* (verzorger).

2.3.2.1. Indifference

Street level bureaucrats interacteren niet als privépersoon, maar als werknemer in dienst van een organisatie. Hierdoor zijn *street level bureaucrats* beperkt in hun mogelijkheden om te acteren. Van *street level bureaucrats* wordt verwacht dat zij zich neutraal opstellen richting de persoon met wie ze moeten interacteren, en dat het contact tussen de klantmanager en de cliënt verloopt volgens criteria die in wetten of beleidsregels zijn vastgelegd, en niet op basis van de individuele preferenties van de cliënt. Deze gedachte sluit aan op de ideaaltypische bureaucratie van Max Weber (Zacka, 2017, p. 102). Een ander voordeel van onverschilligheid is volgens Zacka dat dit de meest efficiënte manier is van werken ten opzichte van andere werkwijzen. Klantmanagers die onverschillig te werk gaan verwerken cliënten sneller dan collega's die veel tijd besteden aan de cliënt. Daarnaast heeft onverschilligheid ook een psychologisch voordeel voor de klantmanager: het werk van een street-level bureaucrat kan emotioneel zwaar zijn.

Onverschilligheid creëert een bepaalde emotionele afstand tussen de klantmanager en de cliënt, waardoor de psyche van de klantmanager minder wordt belast. Onverschilligheid is een goede houding voor een klantmanager wanneer de regels een antwoord zouden bieden voor alle situaties. Echter, volgens Zacka is dit niet het geval. Zoals al eerder besproken hebben *street level bureaucrats* een vrij grote mate van discretionaire ruimte, en wordt van hen verwacht dat zij die gebruiken. Onverschilligheid stelt deze beoordelingsvrijheid buiten werking. Ook maakt het maatwerk en specialisatie van behandeling onmogelijk. Elke cliënt is anders, en moet dus binnen de geldende regels behandeld worden op een manier die aansluit bij de behoeften van de cliënt. Deze attitude vertoont conceptuele kenmerken met de vormen van coping waarbij een beweging verder vanaf de cliënt wordt gemaakt. (Tummers et al., 2015).

2.3.2.2. Caregiving

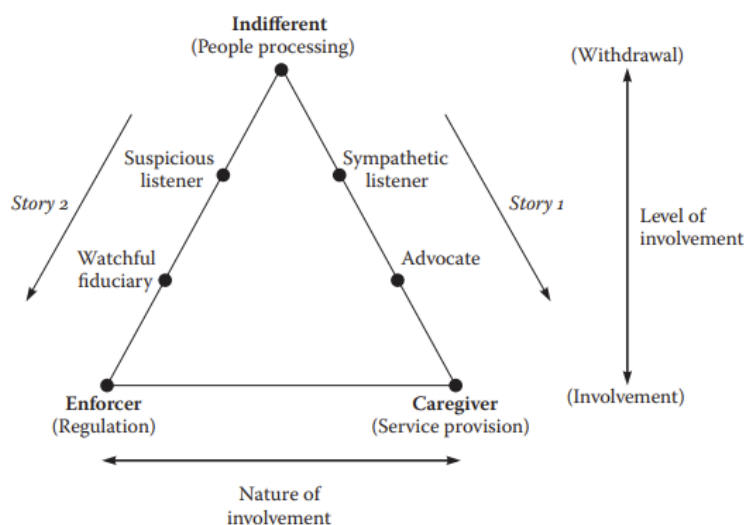
Caregiving onderscheidt zich van onverschilligheid in de zin dat caregivers oog hebben voor de omstandigheden van de individuele cliënten en daarop zo veel mogelijk proberen in te spelen, zo stelt Zacka. Cliënten worden door hen niet behandeld als nummers, of als cases, maar als individuen die als zodanig worden behandeld. Het gevaar van deze attitude is volgens Zacka dat een ongelijke relatie bestaat tussen de klantmanager en de cliënt, wat tot paternalisme aan de kant van de klantmanager kan leiden. Een ander nadeel van deze attitude is dat het veel tijd, energie en moeite kost voor de klantmanager, waardoor klantmanagers met deze attitude minder efficiënt werken dan andere klantmanagers. Een laatste risico van deze attitude is volgens Zacka dat

klantmanagers een doel voor zichzelf zetten dat nooit volledig behaald kan worden. De mismatch tussen doelen en verwachtingen kunnen ertoe leiden dat de klantmanager in een emotionele burn-out terechtkomt. Deze attitude vertoont conceptuele kenmerken met de vormen van coping waarbij een beweging richting de cliënt wordt gemaakt (Tummers, et al., 2015).

2.3.2.3. Enforcement

Zacka (2017) stelt dat *street level bureaucrats* gebruik maken van sancties, diensten en resources die strikt genomen niet van henzelf zijn. Omdat *street level bureaucrats* in dienst zijn van een overheid of organisatie hebben ze de taak om bepaalde wetten te handhaven. Dit geldt ook voor zorgprofessionals. Zij kunnen niet zomaar doen wat ze zelf willen, maar moeten zich houden aan bestaande wet- en regelgeving en deze in het uiterste geval handhaven. Dit kan lastig zijn wanneer een persoonlijke relatie is ontstaan tussen de klantmanager en de zorgprofessional. Een verschil tussen enforcers en onverschilligen is dat enforcers zich niet alleen aan de wet houden, maar ook de verantwoordelijkheid voelen om de regels en wetten te handhaven en bewaren. Zij hebben er oog voor dat elke cliënt de behandeling krijgt die hij op basis van de wet of het beleid verdient. Deze attitude vertoont conceptuele kenkerken met de vormen van coping waarbij een beweging tegen de cliënt wordt gemaakt, bijvoorbeeld door een zeer strikte handhaving van de regels (Tummers et al., 2015).

Figuur 2. Three dispositional orientations (uit Zacka, 2017, p. 88)



2.3.4. Andere manieren om de attitudes van street-level-bureaucrats te typeren

Naast de typologie van Zacka (indifference, caregivers, enforcers) zijn er ook andere manieren om de attitude *street level bureaucrats* te typeren. Zo maakt Wilson (1978) in een onderzoek naar het gedrag in politieagenten onderscheidt tussen *legalistic*, *watchman*, en *service*, een typologie die vergelijkbaar is met de typologie van Zacka. In het typeren van de attitudes van professionals op het gebied van welzijn maakt Brodtkin (1997) onderscheid tussen *helpers* en *enforcers*, terwijl Watkins-Hayes (2009) onderscheid maakt tussen *social workers* en *efficiency engineers*.

Nu de verschillende attitudes van *street level bureaucrats* zijn omschreven, is het van belang om nader te omschrijven wat onvrijwillige zorg is.

2.4. Onvrijwillige zorg

Dit onderzoek is gericht op hoe *street level bureaucrats* omgaan met onvrijwillige zorg. Het is daarom van belang om duidelijk te maken wat onvrijwillige zorg is, en welke vormen van onvrijwillige zorg in de praktijk kunnen voorkomen. In dit hoofdstuk worden de verschillende vormen van onvrijwillige zorg vanuit een wetenschappelijk kader behandeld en toegelicht. Hierbij wordt aangesloten bij de definities in de Wet zorg en dwang (Wzd). In de Wzd wordt onvrijwillige zorg op de volgende wijze gedefinieerd (art 2, lid 1 Wzd): zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit:

- a. Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- b. Beperken van de bewegingsvrijheid;
- c. Insluiten;
- d. Uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- e. Onderzoek aan kleding of lichaam;
- f. Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- g. Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;

- h. Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- i. Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek;

Een kernaspect van de definitie van onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang is dat de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger zich verzet tegen de zorg die geboden wordt. Wanneer een cliënt wilsonbekwaam ter zake is, en bijvoorbeeld niet meer kan uiten of hij of zij instemt met de geboden zorg, wordt bij verzet van de vertegenwoordiger ervan uitgegaan dat de zorg onvrijwillig is. Echter, Olofsson en Norberg (2001, p. 89) wijzen op de conceptuele ambiguïteit van het gebruik van dwang in de zorg. Volgens hen is de grens tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg in de dagelijkse praktijk niet altijd duidelijk. Schermer (2003) maakt onderscheid tussen dwang, informele dwang en drang. Volgens haar is van dwang sprake wanneer iemand tegen zijn wil wordt genoodzaakt iets te doen of te laten. Wanneer dit buiten wettelijke kaders gebeurt noemt zij dit informele dwang. Van drang is sprake wanneer iemand zodanig wordt beïnvloed dat de keuzevrijheid van de persoon wordt beperkt, maar niet teniet wordt gedaan (Schermer, 2003).

Een van de aspecten van onvrijwillige zorg die in de Wet zorg en dwang wordt genoemd is het beperken van de bewegingsvrijheid van een cliënt. In Nederlandse verpleeghuizen komt dit regelmatig voor. Hamers et al. (2004) laten zien dat bij ongeveer de helft van de bewoners in een verpleeghuis met een psychogeriatrische aandoening fysieke beperkingen worden toegepast. In ongeveer een derde van de gevallen gaat het om fysieke beperkingen in een bed en/of een stoel. De meeste gebruikte fysieke beperkingen in bed zijn bedrails en riemen (om te voorkomen dat een cliënt uit bed valt). Ook maken veel cliënten gebruik van stoelen met riemen of tafeltjes ter voorkoming van ongelukken. Bij 90 procent van de bewoners bij wie fysieke beperkingen werden toegepast gebeurde dit al langer dan 3 maanden, en werden de maatregelen gezien als routine-interventies (Hamers, 2004, pp. 248-250). In ander onderzoek kwamen vastbinden (met gordels) en vastzetten (in speciale stoelen) bij 3 procent van de onderzochte bewoners voor (Depla et al., 2010).

Onvrijwillige zorg vindt ook plaats in de thuissituatie, ondanks dat het tot 2020 (behoudens uitzonderingen in noodsituaties) wettelijk niet toegestaan was. Onderzoek van Hamers et al. (2016) naar onvrijwillige zorg in Nederlandse thuissituaties laat zien dat bijna 40 procent van

thuiswonende mensen met een psychogeriatrische aandoeningen een vorm van onvrijwillige zorg geleverd krijgt. In 75 procent van de gevallen gebeurde dit op verzoek van de familie van de cliënt, en in 72 procent van deze gevallen wordt de onvrijwillige zorg ook door de familie uitgevoerd. Bij mensen met dementie gaat het leveren van onvrijwillige zorg veelal om het toedienen van psychofarmaca (50 procent van de gevallen) of het verstoppert van medicatie (41 procent van de gevallen). Andere veelvoorkomende soorten onvrijwillige zorg bij mensen met dementie zijn volgens het onderzoek van Hamers et al.: gedwongen maatregelen ten behoeve van de hygiëne (16 procent), elektriciteit of gas uitschakelen (16 procent), restricties aanbrengen in communicatiemogelijkheden (14 procent), restricties aanbrengen in transportatiemogelijkheden (16 procent) en gecamoufleerd of gedwongen toedienen van medicatie (8 procent).

Er is meer onderzoek gedaan naar de toepassing van onvrijwillige zorg bij mensen met een psychogeriatrische aandoening dan bij mensen met een verstandelijke beperking. Toch komt onvrijwillige zorg bij deze doelgroep wel degelijk voor. Onderzoek van Schippers (2019) geeft de volgende lijst van veelvoorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: audiotoezicht, het vergrendelen van kastjes, deuren, kamers, afdelingen, bedrails of andere soorten bedden die de vrijheid beperken, en een jumpsuit die niet door de cliënt kan worden uitgetrokken. Opvallend verschil is dat onvrijwillige zorg bij mensen met dementie meer op gedwongen medicatie is gericht, terwijl het bij mensen met een verstandelijke beperking vooral fysieke beperkingen of vergrendelingen betreft.

Een andere opkomende vorm van onvrijwillige zorg die steeds meer bij beide doelgroepen wordt toegepast is het gebruik van domotica. Domotica zijn nieuwe technologische middelen, die volgens Niemeijer et al. (2012) met twee doeleinden worden ingezet. Het eerste doel van domotica in de langdurige zorg is om ondersteuning te bieden aan het dagelijkse leven van een cliënt. Voorbeelden hiervan zijn: lichten/verwarming die automatisch aan en uit gaan, huishoudelijke apparatuur die zichzelf na een bepaalde tijd uitschakelt, automatische looprouterverlichting, etc. Als het om onvrijwillige zorg gaat is met name het tweede doel van domotica in de langdurige zorg relevant: het bewaken en beveiligen van cliënten. Dit kan bijvoorbeeld door middel van bepaalde deuren die werken met een sensor en automatisch dichtvallen of opengaan, of met een mobiel alarmeringssysteem waardoor verzorgenden en persoonlijk begeleiders altijd te bereiken zijn, of een uitluistersysteem waar verzorgenden en persoonlijk begeleiders gebruik van kunnen maken om de cliënt te controleren. Andere voorbeelden zijn: belmatten, bewegingsmelders,

infraroodmelders, camerabewaking, detectiechips en polszenders. Domotica worden in toenemende mate gebruikt als alternatief voor klassieke, meer ingrijpend geachte vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals het sluiten van deuren of het fixeren of separeren van cliënten (Niemeijer et al., 2012). Onderzoek naar vrijheidsbeperkingen in Nederlandse verpleeghuizen in Nederland toont aan hoe vaak vrijheidsbeperkende domotica worden toegepast (Depla et al., 2010, zie tabel). Met name infraroodsensoren worden veelvuldig toegepast.

Tabel 3. Noot. Uit Depla et al., 2010, p. 19. Aantal bewoners met een domoticatoepassing in zeven verpleeghuizen (N=697).

Maatregel	Percentage bewoners
Cameratoezicht	0%
Uitluistersysteem	7,2%
Chips in kleding, alarmering	3,2%
Chips in kleding, deurvergrendeling	4,0%
GPS-dwaaldetectie	1,1%
Inactiviteitsregistratie	1,9%
Infraroodsensoren	22,0%
Deurverklikkers	3,6%
Belmatjes in bed	0,9%

2.5. Conceptueel model: factoren die de inzet van onvrijwillige zorg kunnen verklaren

In de voorgaande hoofdstukken zijn de verschillende definitie die in dit onderzoek worden gehanteerd toegelicht. Uit het theoretisch kader volgt een conceptueel model (zie onderstaand figuur). Een conceptueel model bestaat doorgaans uit een of meer onafhankelijke variabelen die effect hebben op een afhankelijke variabele. In dit conceptuele model worden drie onafhankelijke variabelen weergegeven en één afhankelijke variabele. De afhankelijke variabele is de neiging van professionals om onvrijwillige zorg in te zetten. De onafhankelijke variabele wordt beïnvloed door de volgende onafhankelijke variabelen:

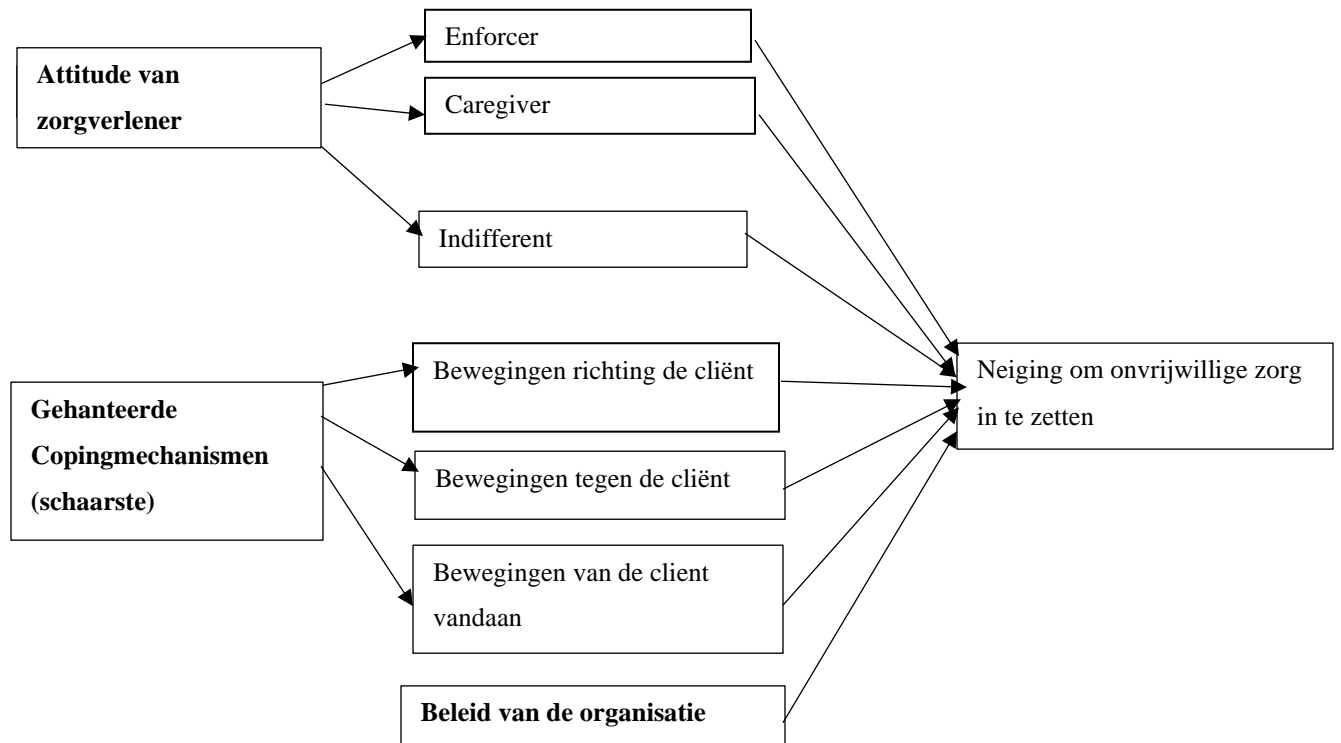
1. De attitude van de zorgverlener.
2. Gehanteerde copingmechanismen (schaarste).
3. Het beleid van de organisatie.

De eerste onafhankelijke variabele is de attitude van de zorgverlener. Deze variabele kan, conform de theorie van Zacka (2017), drie waarden aannemen: *enforcer*, *caregiver*, *indifferent*. De attitude van de zorgverlener bepaalt hoe de zorgverlener alledaagse situaties beoordeelt, en welke tools worden ingezet om de situatie op te lossen. Zorgverleners die in de categorie ‘*enforcer*’ vallen, kunnen sneller geneigd zijn om bijvoorbeeld huisregels strikt te handhaven en daarmee in sommige situaties onvrijwillige zorg toe te passen. *Caregivers* zullen hypothetisch sneller geneigd zijn om met de behoefte van de cliënt mee te gaan, maar het risico van paternalisme ligt bij deze attitude ook op de loer. Een paternalistische houding jegens de cliënt kan ook leiden tot een grotere bemoeienis met de cliënt, en daarmee meer inzet van onvrijwillige zorg. Zorgverleners die in de categorie *indifferent* vallen, zullen wellicht sneller geneigd zijn om onvrijwillige zorg op routinematige wijze in te zetten. De relatie tussen attitude en de neiging om onvrijwillige zorg dient verder onderzocht te worden. De wijze waarop dit gebeurt, wordt in de methodologie verder toegelicht.

De tweede onafhankelijke variabele luidt: gehanteerde copingmechanismen. Deze copingmechanismen vormen de manieren waarop zorgverleners omgaan met schaarste. De theorie van street-level bureaucracy gaat uit van de aanwezigheid van schaarste. Bij deze variabele is het van belang in welke mate zorgverleners schaarste (vooral in tijd) ervaren, en hoe ze omgaan met deze schaarste. Deze variabele kan drie waarden aannemen: copingmechanismen waarbij een beweging richting de cliënt wordt gemaakt, copingmechanismen waarbij een beweging tegen de cliënt wordt gemaakt, en copingmechanismen waarbij een beweging van de cliënt vandaan gemaakt wordt (Tummers et al., 2015).

De derde en laatste onafhankelijke variabele is het beleid van de organisatie. De discretionaire ruimte van zorgverleners wordt immers beperkt door het beleid van de organisatie. Zorgverleners werken niet op zichzelf, maar in een context die invloed uitoefent op individuen. Deze context kan formeel zijn vastgelegd in bijvoorbeeld in een beleidsplan, maar dat is niet noodzakelijk. Naast formele aspecten spelen ook informele aspecten een rol. Denk hierbij aan de cultuur van een organisatie, of de houding van collega’s ten opzichte van onvrijwillige zorg. Ook verschilt de mate van beleidsvrijheid per organisatie. Onderzoek laat zien dat de individuele rechtvaardigheidsprincipes op de besluitvormingsprocessen van *street level bureaucrats* in hoge mate doorwerken wanneer zij veel beleidsvrijheid ervaren (Benda & Fenger, 2014, p. 14). Niet zozeer de af- of aanwezigheid van beleid is hier vooral van belang, maar vooral de mate waarin

zorgverleners op de hoogte zijn van het beleid, en de mate waarin zij het beleid hebben geïnternaliseerd. Bovengenoemde variabelen leiden tot het volgende conceptuele model:



Hoofdstuk 3: Methodologie & operationalisering

3.1. Inleiding

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: welke handelingsperspectieven liggen ten grondslag aan het handelen van zorgprofessionals bij keuzes omtrent onvrijwillige zorg, en welke knelpunten en dilemma's ervaren zij met betrekking tot de nieuwe Wet zorg en dwang? Om deze hoofdvraag te beantwoorden, is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksopzet waarbij semigestructureerde interviews zijn gehouden met 20 zorgverleners. Kwalitatieve onderzoeksmethoden kennen een aantal voordelen ten opzichte van kwantitatieve onderzoeksmethoden. Zo is kwalitatieve data rijker, en bevat zij veel informatie die niet op kwantitatieve manier vergaard kan worden met betrekking tot de dieperliggende motivaties, overtuigingen en bewegingsredenen van actoren. Goede kwalitatieve data kan worden gebruikt om de sociale mechanismen van beleidsimplementatie in kaart te brengen, en om te specificeren welke micro-, meso-, en macrofactoren van invloed zijn op het werk van *street level bureaucrats*. Tegelijkertijd zijn er ook kritiekpunten met betrekking tot kwalitatief onderzoek. Een bekend kritiekpunt op kwalitatief onderzoek is dat het gepaard gaat met enige mate van subjectiviteit, omdat kwalitatieve data op verschillende manieren kan worden geïnterpreteerd (Kekez, 2019, p. 317).

Om de invloed van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele te onderzoeken, is het van belang om deze variabelen apart te operationaliseren. De wijze waarop de onafhankelijke variabelen zijn uitgewerkt, is beschreven in onderstaande tabel.

3.2. Operationalisering van de onafhankelijke variabelen

Tabel 4. Operationalisering van de onafhankelijke variabelen

Variabele	Waarde	Definitie	Operationalisering
Attitude van de zorgverlener	3 attitudes van Zacka (2017): <ul style="list-style-type: none"> • Enforcer • Caregiver • Indifferent 	Morele disposities van <i>street level bureaucrats</i> ; <ul style="list-style-type: none"> • Houdt stringent vast aan de regels • Geneigd om regels te overtreden/buigen ten behoeve van de cliënt • Neutrale opstelling om emotionele betrokkenheid te beperken 	Stellingen (1 = zeer oneens – 5 = zeer eens). <ul style="list-style-type: none"> • Ik vind het belangrijk dat (huis)regels worden nageleefd, ook als dat ten koste gaat van wat de cliënt wil; • Ik maak liever geen uitzonderingen voor cliënten, omdat ik bang ben dat daar misbruik van gemaakt kan worden; • Regels zijn belangrijk; zonder regels zou het een zootje worden; • Het is het beste voor de cliënten als ze doen wat ik zeg; • Ik vind het belangrijk om iedere cliënt evenveel tijd en aandacht te geven; • Ik ga mee met de wensen van de cliënt, ook als dit betekent dat regels overtreden worden; • Ik vind het belangrijk dat ik doe wat de cliënt wil; • Soms besteed ik te veel tijd aan de wensen van een cliënt, die ik niet meer aan andere cliënten kan besteden;

- Ik probeer een band op te bouwen met mijn cliënten;
- Elke cliënt verdient het om op dezelfde manier behandeld te worden;
- Ik geef de cliënt vaak zijn zin, anders kost het me te veel tijd;
- Ik kan emotioneel geraakt worden door situaties die ik op mijn werk tegenkom;

<p>Gehanteerde copingmechanismen (omgaan met schaarste)</p>	<p>Typologie van Tummers et al. (2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegingen richting de cliënt • Bewegingen tegen de cliënt • Bewegingen van de cliënt vandaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Buigen/breken van regels • Eigen middelen (bijv. geld) gebruiken ten behoeve van de cliënt • Prioriteren van cliënt • Rigide toepassing van regels • Agressie • Toegang beperken (rationizing) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaart u een hoge werkdruk? • Heeft u naar uw mening voldoende tijd om voor uw cliënten te zorgen? • Wordt soms onvrijwillige zorg toegepast vanwege een gebrek aan tijd en/of middelen?
---	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Routinematig werken 	
Beleid van de organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Formeel beleid organisatie • Informeel beleid organisatie (waarden, normen, cultuur) • Kennis van het beleid 	<ul style="list-style-type: none"> • Vastgelegd, formeel beleid van de organisatie. Vastgelegd in beleidsplan, huisregels, etc. • Het geheel van ongeschreven normen, waarden, regels binnen de organisatie • Mate waarin zorgverleners op de hoogte zijn van het beleid van de eigen organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Weet u wat het beleid is van uw organisatie omtrent onvrijwillige zorg? • Zou u kunnen uitleggen wat het beleid van uw organisatie omtrent onvrijwillige zorg is? • Is het binnen uw organisatie gebruikelijk om onvrijwillige zorg te verlenen? • Wat vindt u van het beleid van uw organisatie? Bent u het ermee eens/oneens?

3.3. Operationalisering van de afhankelijke variabele

Voor het operationaliseren van de afhankelijke variabele wordt gebruik gemaakt van de vignettenmethode. De vignettenmethode is een veelgebruikte wetenschappelijke methode die vooral wordt gebruikt om attitudes, percepties, overtuigingen en waarden te bestuderen binnen de sociale wetenschappen. Vignetten zijn simulaties van echte gebeurtenissen, waarbij hypothetische scenario's die in de praktijk kunnen plaatsvinden aan respondenten worden voorgelegd (Wilks, 2004, p. 82). Deze simulaties kunnen worden vormgegeven aan de hand van tekst, afbeeldingen of andere vormen van stimuli (Harrits, 2019, p. 392). Nadat een vignet aan een respondent is voorgelegd, wordt gevraagd om te reageren op de voorgelegde situaties om op deze manier een beeld te kunnen schetsen over de handelwijze van de respondent zelf. Dit kan op twee verschillende manieren: ofwel door te vragen hoe de participant zelf zou acteren of reageren in de voorgelegde situatie, ofwel door te vragen hoe de persoon in de voorgelegde situatie zou moeten acteren of reageren (Benda & Fenger, 2014, p. 18). De vignettenmethode kan zowel worden gebruikt voor kwantitatieve studie met een grote n , als kleine, meer kwalitatieve studies. Vignetten hebben vooral waarde wanneer ze gebruikt worden om overtuigingen, preferenties en attitudes van respondenten te bestuderen en analyseren, en zijn wat minder geschikt voor onderzoek naar daadwerkelijk gedrag van respondenten. Vignetten kunnen wel heel sterk zijn in het nabootsen van een situatie, zoals die zich ook in de dagelijkse praktijk zou kunnen voordoen. Volgens Thurman zijn vignetten dan ook een exceptionele methode om in te schatten hoe respondenten voornemens zijn te handelen in een bepaalde situatie (Harrits, p. 396). Een voordeel van deze methode, ten opzichte van het stellen van directe vragen, is volgens Benda en Fenger (2014, p. 18) dat het onderwerp op een grotere afstand van de respondent komt te staan. Dit maakt het makkelijker om gevoelige en complexe onderwerpen, te bespreken. Een ander groot voordeel van het gebruikmaken van vignetten is het vermijden van het Hawthorne-effect. Het Hawthorne-effect treedt vaak op wanneer respondenten direct geobserveerd worden tijdens sociaalwetenschappelijk onderzoek. Deze respondenten vertonen vaak sociaal wenselijk gedrag, waardoor het gedrag afwijkt van hoe deze mensen in de werkelijkheid zouden gedragen. Het Hawthorne-effect zorgt ervoor dat de verzamelde data aan validiteit verliest. Bij vignetten vindt geen directe observatie plaats, waardoor respondenten minder snel de neiging zullen hebben om sociaal wenselijke antwoorden te geven (Benda & Fenger, 2014, p. 18; Gould, 1996, p. 209). Een bijkomend voordeel ten opzichte van de observatiemethode is de standaardisatie van situaties

waarin handelingen plaatsvinden. Situaties waarbij hetzelfde type handeling wordt verricht zullen nooit volledig aan elkaar gelijk zijn. Dit maakt het lastiger om deze situaties met elkaar te vergelijken. Bij de vignettenmethode krijgt iedere participant dezelfde situatie voorgelegd, met dezelfde bijbehorende vraag. Dit maakt systematisch vergelijken van geobserveerde handelingen mogelijk (Benda & Fenger, 2014).

Er kleven ook nadelen aan het gebruik van de vignettenmethode. Wilks (2004, p. 82) stelt dat er een mogelijke discrepantie is tussen het gerapporteerde gedrag en het daadwerkelijk getoonde gedrag. De vignetwereld is namelijk niet hetzelfde als de echte wereld. Deze discrepantie hoeft echter niet problematisch te zijn. Het daadwerkelijk getoonde gedrag hangt namelijk altijd af van de specifieke context binnen een situatie. Het gaat er bij de vignettenmethode meer om het inzichtelijk maken van de beslissingsgronden waarop het vertoonde gedrag is gebaseerd, zo stellen Benda en Fenger (2014, p. 19). Vignetten bieden hier juist de gelegenheid toe, omdat ze de mogelijkheid bieden om te vragen naar motivatie voor een bepaald gedrag zonder dat de onderzoeker het gedrag beïnvloedt (Gould, 1996, p. 209). Daarnaast lijden de respondenten geen gezichtsverlies wanneer zij antwoorden geven die afwijken van sociale normen, omdat de vignetten hypothetische scenario's beschrijven die niet direct in relatie staan met de respondent zelf (Poulou, 2001, p. 58).

Een manier om de relevantie van de gebruikte vignetten te waarborgen is door deze vooraf aan het onderzoek voor te leggen aan een panel van experts, mensen uit de onderzoekspopulatie, en collega-onderzoekers (Gould, 1996, p. 211; Hughes, 1998, p. 381). In dit onderzoek is gekozen om de vignetten op te stellen in samenwerking met beleidsmedewerkers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport en Vilans, een landelijke kennisorganisatie voor de langdurige zorg. Hierdoor is gewaarborgd dat de vignetten situaties beschrijven die aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk, en dat ze helder en overzichtelijk genoeg zijn voor respondenten om te kunnen doorgronden.

In dit onderzoek zijn in totaal zes 6 vignetten opgesteld waarin alledaagse, realistische vormen van onvrijwillige zorg zijn weergegeven. Er zijn drie vignetten opgesteld voor professionals die zorg verlenen aan mensen met een psychogeriatrische aandoening, en drie vignetten voor professionals die zorg verlenen aan mensen met een verstandelijke beperking. De vignetten zijn opgesteld in samenwerking met Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg, en beleidsmedewerkers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De vraagstelling binnen de vignetten is bewust opengelaten ('wat doe je'), zodat respondenten niet gestuurd werden richting één specifiek antwoord op het vignet. Door door te vragen naar de motivatie achter het antwoord van de respondent, is geborgd dat het antwoord geduid kon worden in termen van de theoretische variabelen van het onderzoek.

3.3.1. Situatie 1 (VG): Beperken hoeveelheid cola

Bas is een jonge man met een lichte verstandelijke beperking. Hij is dol op cola, en drinkt elke dag een fles. Hij schaft dit zelf aan voor in zijn appartement en bewaart het in zijn eigen koelkast. Bas heeft overgewicht en er zijn zorgen over zijn gezondheid. Daarnaast heeft hij moeite met inslapen waardoor hij 's nachts gaat gamen. Hierdoor houdt hij anderen wakker. Jij bent zijn begeleider en je wil echt dat er iets verandert aan de hoeveelheid cola die hij mag drinken. Bas is het hier niet mee eens en zegt dat hij dit zelf mag bepalen. Wat doe je?

3.3.2. Situatie 2 (VG): Bezoek

Maria is een jonge vrouw van 17 met een lichte verstandelijke beperking. Samen met 7 andere bewoners woont ze begeleid zelfstandig in een kleinschalige woonvoorziening. Sinds een aantal weken krijgt Maria vrijwel dagelijks bezoek van een jongen die een paar jaar ouder is dan Maria. Ze brengen veel tijd door samen op Maria's kamer. Maria krijgt veel cadeautjes van de jongen, en heeft het de laatste tijd alleen nog maar over hem. Jij bent haar begeleider, en maakt je zorgen over de situatie. Wat doe je?

3.3.3. Situatie 3 (VG): Slapen

In een woongroep voor mensen met een verstandelijke beperking, waar jij werkt, geldt de regel dat alle cliënten om 11 uur op bed moeten liggen, wanneer de late dienst vertrekt. Dit staat in de huisregels van de woonvoorziening. Delano (19) is het niet eens met deze regel. Hij zou graag om 12 uur naar bed willen gaan, en vraagt jou of hij langer op mag blijven. Delano kan in principe zelf naar bed, maar heeft soms wat hulp nodig bij het aan- en uitkleden. Wat doe je?

3.3.4. Situatie 4 (PG): Deur op slot

Mevrouw Janssen (82) woont thuis, en heeft beginnende dementie. Haar man is twee jaar geleden overleden. Elke dag kom je langs bij mevrouw Janssen om te zorgen dat zij haar medicatie inneemt. De dochter van mevrouw Janssen vraagt of je, voor de zekerheid, de voordeur van het huis van mevrouw Janssen op slot kunt draaien wanneer je vertrekt, zodat zij niet gaat dwalen. Dit doet de

familie zelf ook. Mevrouw Janssen vraagt echter of je de deur open kunt laten. Ze vindt het erg fijn om af en toe een wandeling te kunnen maken. Wat doe je?

3.3.5. *Situatie 5 (PG): Bedhek*

Meneer Groenewegen (94) heeft de ziekte van Alzheimer, en is opgenomen in een verpleeghuis. Vorige week is hij uit zijn bed gevallen. Hij heeft gelukkig geen ernstige verwondingen opgelopen, maar je bent wel erg geschrokken en wil voorkomen dat het nog een keer gebeurt. Daarom wil je een bedhek installeren, zodat meneer Groenewegen niet meer uit bed kan vallen. De zoon van meneer Groenewegen is zijn vertegenwoordiger en stemt in met het plaatsen van het bedhek. Op het moment dat je het bedhek gaat plaatsen, verzet meneer Groenewegen zich. Hij zwaait met zijn armen en toont agressief gedrag. Wat doe je?

3.3.6. *Situatie 6 (PG): Uitluistersysteem*

In het verpleeghuis wordt gebruik gemaakt van uitluistersystemen om de cliënten in hun woning in de gaten te kunnen houden. Door deze elektronische systemen hoeven zorgverleners minder vaak op de kamer van de cliënt te komen, en hebben de cliënten meer vrijheid. Meneer De Graaf (84) vindt het maar niets dat hij voor zijn gevoel wordt ‘afgeluisterd’, en verzet zich tegen het inzetten van deze maatregel. Jij wil eigenlijk vasthouden aan de maatregel. Het uitluistersysteem heeft al een aantal incidenten bij andere bewoners weten te voorkomen, en bespaart ook heel veel tijd. Toch blijft meneer De Graaf zich verzetten. Wat doe je?

3.4. Interviews en respondenten

Voor de uitvoering van dit onderzoek worden 20 zorgverleners geïnterviewd. Deze zorgverleners werken bij verschillende zorgaanbieders in zowel de gehandicapten- als de ouderenzorg. De zorgverleners die zijn geselecteerd verschillen van elkaar in disciplines, maar hebben met elkaar gemeen dat zij, zoals *street level bureaucrats*, in direct contact staan met de cliënten die onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang vallen: mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Vanwege de COVID-19 pandemie, en de forse impact van deze pandemie op zorgverleners, is gekozen voor digitale interviews middels een videoverbinding. Voorafgaand aan de interviews is de lijst met stellingen voorgelegd met betrekking tot de afhankelijke variabele ‘attitude’, waarmee de respondenten geclassificeerd konden worden aan de hand van de typologie van Zacka (enforcer, caregiver, indifferent). Tijdens de interviews zijn de

in tabel 4 uitgewerkte vragen gesteld, en is de respondenten gevraagd om te reageren op de voorgelegde vignetten. De respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn werkzaam bij diverse aanbieders in de gehandicapten- en ouderenzorg: Ipse de Bruggen, Meander, Pantein, Gemiva-SVG, WZ Haaglanden, SRVZ en Jong Dementie West Maas en Waal. Tabel 5 geeft de geanonimiseerde lijst van respondenten weer.

Tabel 5. (Geanonimiseerde) lijst van respondenten

Respondent	Functie	Sector
Respondent 1	Gedragsdeskundige	Gehandicaptenzorg
Respondent 2	Gedragsdeskundige	Gehandicaptenzorg
Respondent 3	Gedragsdeskundige	Gehandicaptenzorg
Respondent 4	Gedragsdeskundige	Gehandicaptenzorg
Respondent 5	Begeleider	Gehandicaptenzorg
Respondent 6	Begeleider	Gehandicaptenzorg
Respondent 7	Begeleider	Gehandicaptenzorg
Respondent 8	Begeleider	Gehandicaptenzorg
Respondent 9	Begeleider	Gehandicaptenzorg
Respondent 10	Begeleider	Gehandicaptenzorg
Respondent 11	Verpleegkundige	Ouderenzorg
Respondent 12	Verzorgende	Ouderenzorg
Respondent 13	Verpleegkundige	Ouderenzorg
Respondent 14	Verpleegkundige	Ouderenzorg
Respondent 15	Verpleegkundige	Ouderenzorg
Respondent 16	Verzorgende	Ouderenzorg
Respondent 17	Verpleegkundige	Ouderenzorg
Respondent 18	Verzorgende	Ouderenzorg
Respondent 19	Casemanager Dementie	Ouderenzorg
Respondent 20	Verpleegkundige (Specialist)	Ouderenzorg

Hoofdstuk 4: Resultaten en analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en geanalyseerd. Eerst worden een aantal inleidende beschrijvende statistieken van de respondenten gepresenteerd. Vervolgens worden de antwoorden op de stellingen weergegeven, en worden de respondenten aan de hand van deze antwoorden ingedeeld in de verschillende categorieën van attitudes. Hiervan is een weergave gemaakt op basis van spinnenwebdiagrammen. Daarna worden de antwoorden op de vignetten weergegeven, en tot slot vindt een analyse plaats van de relatie tussen de onafhankelijke, en de afhankelijke variabelen.

4.1. Inleiding: beschrijvende statistiek respondenten

In totaal zijn 20 respondenten geïnterviewd. Uit de verdeling naar gender (Tabel 6) is te zien dat meer vrouwen dan mannen hebben deelgenomen aan de interviews.

Tabel 6. Verdeling respondenten naar gender

Gender	
Man	3 (15%)
Vrouw	17 (85%)

Kijkend naar de functie van de respondenten is te zien dat een breed scala aan zorgverleners heeft deelgenomen aan de interviews. Vanuit de gehandicaptenzorg hebben vier gedragsdeskundigen (GZ-psychologen of orthopedagogen) deelgenomen aan de interviews, en zes begeleiders. De gedragsdeskundigen vervulden zonder uitzondering de rol van zorgverantwoordelijke binnen de Wet zorg en dwang. Vanuit de ouderenzorg is er meer variatie in functies waar te nemen. Zo hebben vijf verpleegkundigen, drie verzorgenden, een verpleegkundig specialist en een casemanager dementie deelgenomen aan de interviews. De respondenten uit de gehandicaptenzorg waren werkzaam in een intramurale setting. Vanuit de ouderenzorg waren de meeste respondenten werkzaam in een intramurale setting. Tweerespondenten waren werkzaam in de zorg voor ouderen die (nog) thuis wonen.

Tabel 7. Verdeling respondenten naar functie/discipline

Functie	Sector	
Gedragsdeskundige (GZ-psycholoog of orthopedagoog)	Gehandicaptenzorg	4 (20%)
Begeleider	Gehandicaptenzorg	6 (30%)
Verpleegkundige	Ouderenzorg	5 (25%)
Verzorgende (IG)	Ouderenzorg	3 (15%)
Verpleegkundig Specialist	Ouderenzorg	1 (5%)
Casemanager Dementie	Ouderenzorg	1 (5%)

4.2. Resultaten stellingen

In Tabel 8 zijn de reacties van alle respondenten op de verschillende stellingen weergegeven. Wat opvalt is dat er stellingen zijn waar vrijwel alle respondenten het in meer of mindere mate mee eens of oneens zijn. Een goed voorbeeld hiervan is de stelling: “Ik probeer een band op te bouwen met mijn cliënten”. Hierbij geven vrijwel alle respondenten aan het ‘zeer eens’ te zijn met de stelling. Echter, bij een aantal stellingen is er een grote variatie in de wijze waarop de stellingen zijn beantwoord. Bij de stelling “Ik ga mee met de wensen van de cliënt, ook als dit betekent dat regels overtreden worden”, geven drie respondenten aan dat zij het ‘zeer oneens’ zijn met de stelling. Ook zijn er drie respondenten die het een ‘beetje oneens’ zijn met de stelling’, zeven respondenten hebben ‘neutraal’ ingevuld, en zeven respondenten geven aan dat zij het een ‘beetje eens’ zijn met stelling.

Tabel 8. Reactie respondenten op stellingen

Stelling	Ze er oneens	Be etje oneens	Ne utraal	Be etje eens	Ze er eens
1. “Ik vind het belangrijk dat (huis)regels worden nageleefd, ook als dat ten koste gaat van wat de cliënt wil”	6	6	2	4	2

2. “Soms besteed ik te veel tijd aan de wensen van een cliënt, die ik niet meer aan andere cliënten kan besteden”	2	7	4	5	2
3. “Regels zijn belangrijk; zonder regels zou het een zootje worden”	0	2	3	10	5
4. “Ik vind het belangrijk om iedere cliënt evenveel tijd en aandacht te geven”	1	5	3	5	6
5. “Ik probeer een band op te bouwen met mijn cliënten”	0	0	2	2	16
6. “Ik geef de cliënt vaak zijn zin, anders kost het me te veel tijd”	13	4	1	2	0
7. “Ik vind het belangrijk dat ik doe wat de cliënt wil”	2	2	7	3	6
8. “Ik maak liever geen uitzonderingen voor cliënten, omdat ik bang ben dat daar misbruik van gemaakt kan worden”	5	7	3	5	0
9. “Ik kan emotioneel geraakt worden door	0	5	3	4	8

situaties die ik op mijn
werk tegenkom”

10. “Ik ga mee met de wensen van de cliënt, ook als dit betekent dat regels overtreden worden”

3	3	7	7	0
---	---	---	---	---

11. “Het is het beste voor de cliënten als ze doen wat ik zeg”

8	5	4	3	0
---	---	---	---	---

12. “Elke cliënt verdient het om op dezelfde manier behandeld te worden”

2	4	3	4	7
---	---	---	---	---

4.2.2. Typering respondenten: enforcer, caregiver of indifferent?

De reacties van de respondenten op de stellingen is gebruikt om de score van elke respondent op de attitude-index te berekenen. In Tabel 9 op de volgende pagina wordt een voorbeeld weergegeven om te laten zien hoe deze score is berekend voor elke respondent. De attitude-score van respondent 7 is hiervoor ter illustratie weergegeven. Tabel 10 laat vervolgens de scores van alle respondenten zien. De scores van de respondenten zijn vervolgens geplott in een spinnenwebdiagram, en tot slot weergegeven in een frequentietabel (Tabel 11). Op basis van deze tabel worden de resultaten geanalyseerd.

Tabel 9. Voorbeeldberekening attitude-score respondent 7

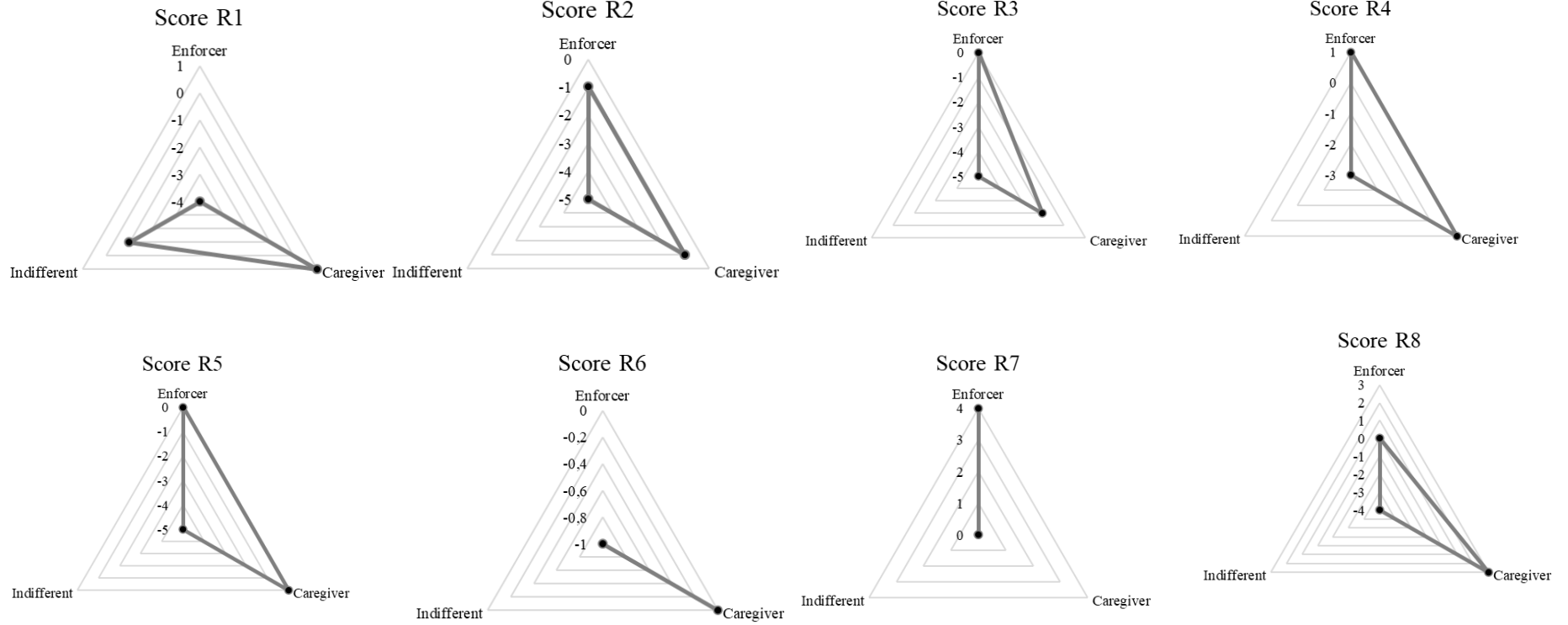
Stelling	Reactie	Score
Ik vind het belangrijk dat (huis)regels worden nageleefd, ook als dat ten koste gaat van wat de cliënt wil	Zeer eens	+2 enforcer

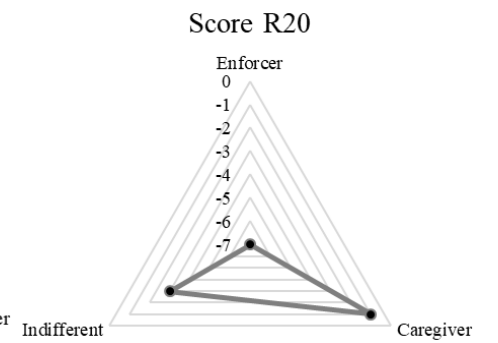
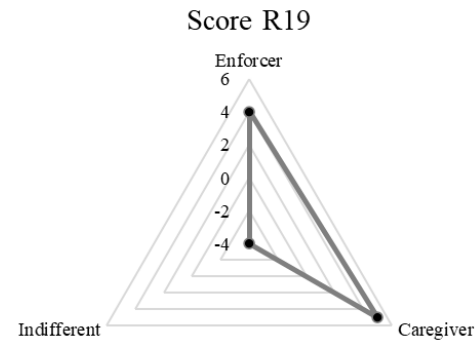
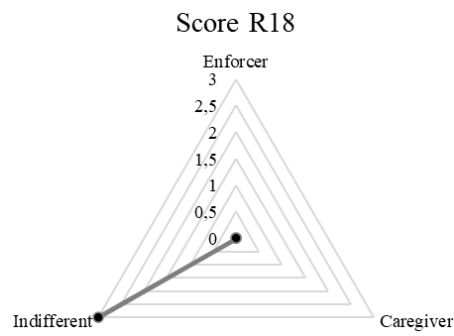
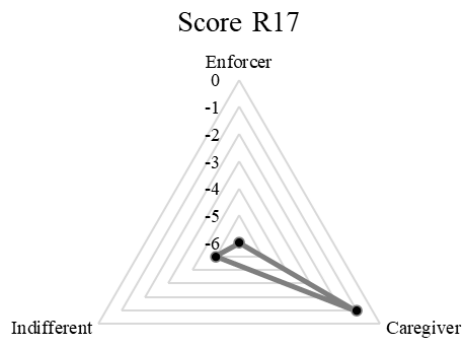
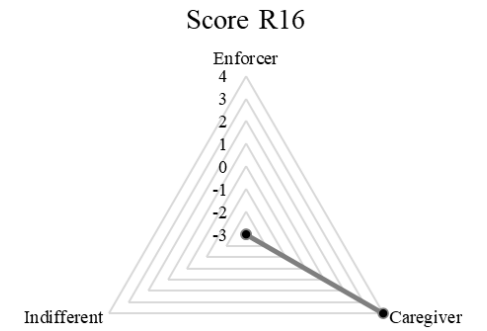
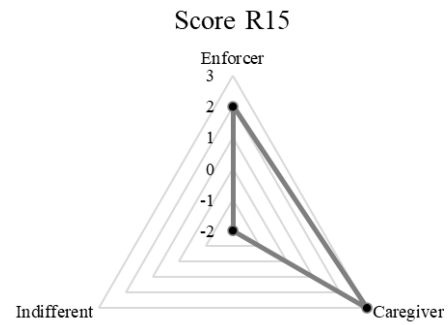
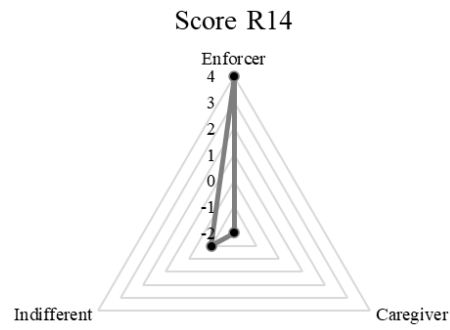
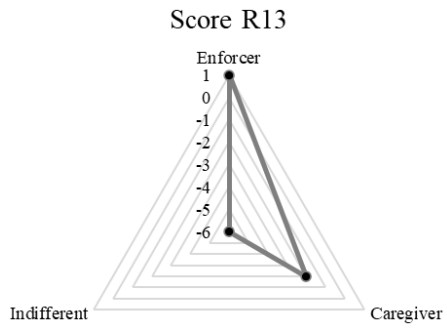
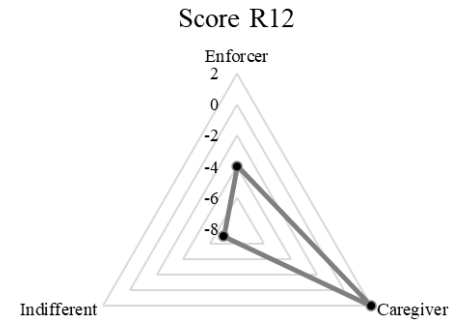
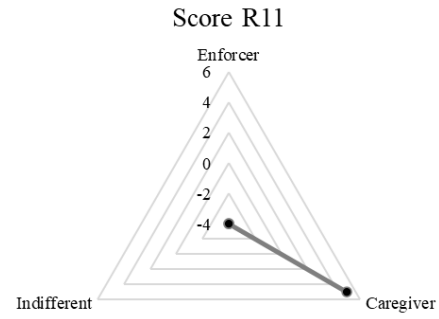
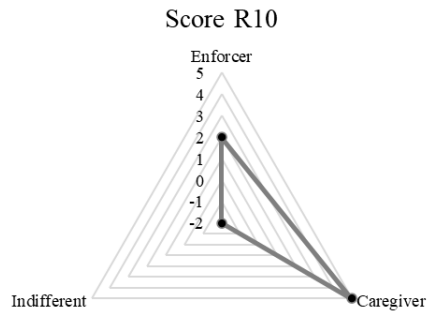
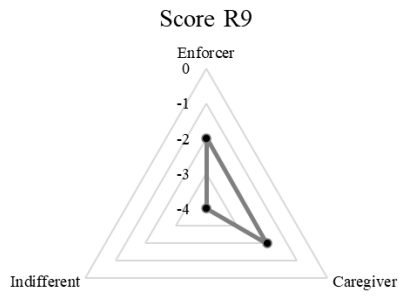
Ik maak liever geen uitzonderingen voor cliënten, omdat ik bang ben dat daar misbruik van gemaakt kan worden	Neutraal	0
Regels zijn belangrijk; zonder regels zou het een zootje worden	Zeer eens	+2 enforcer
Het is het beste voor de cliënten als ze doen wat ik zeg	Neutraal	0
Subtotaal enforcer		4
Ik vind het belangrijk om ieder cliënt evenveel tijd en aandacht te geven	Zeer eens	+2 caregiver
Ik ga mee met de wensen van de cliënt, ook als dit betekent dat regels overtreden worden;	Beetje oneens	-1 caregiver
Ik vind het belangrijk dat ik doe wat de cliënt wil	Neutraal	0
Soms besteed ik te veel tijd aan de wensen van een cliënt, die ik niet meer aan andere cliënten kan besteden	Beetje oneens	-1 caregiver
Subtotaal caregiver		0
Ik probeer een band op te bouwen met mijn cliënten;	Zeer eens	-2 indifferent
Elke cliënt verdient het om op dezelfde manier behandeld te worden;	Zeer eens	+2 indifferent
Ik kan emotioneel geraakt worden door situaties die ik op mijn werk tegenkom;	Beetje oneens	+1 indifferent
Ik geef de cliënt vaak zijn zin, anders kost het me te veel tijd;	Beetje oneens	-1 indifferent
Subtotaal indifferent		0
Totaal		Enforcer: 3, caregiver: 0, indifferent: 0. De dominante attitude bij deze respondent is: 'enforcer'

Tabel 10. Typering attitudes respondenten (enforcer, caregiver, indifferent)

Respondent	Enforcer-score	Caregiver-score	Indifferent-score	Typering met de hoogste score
Respondent 1	-4	1	-1	Caregiver
Respondent 2	-1	-1	-5	Enforcer/Caregiver
Respondent 3	0	-2	-5	Enforcer
Respondent 4	1	1	-3	Enforcer/Caregiver
Respondent 5	0	0	5	Enforcer/Caregiver
Respondent 6	-1	0	-1	Caregiver
Respondent 7	4	0	0	Enforcer
Respondent 8	0	3	-4	Caregiver
Respondent 9	-2	-2	-4	Enforcer/Caregiver
Respondent 10	2	5	-2	Caregiver
Respondent 11	-4	5	-4	Caregiver
Respondent 12	1	-2	-6	Enforcer
Respondent 13	1	-2	-6	Enforcer
Respondent 14	4	-2	-1	Enforcer
Respondent 15	2	3	-2	Caregiver
Respondent 16	-3	4	-3	Caregiver
Respondent 17	-6	-1	-5	Caregiver
Respondent 18	0	0	3	Indifferent
Respondent 19	4	5	-4	Caregiver
Respondent 20	-7	-1	-3	Caregiver

4.2.2.1. Grafische weergave typering respondenten





Tabel 11. Frequentietabel attitudes respondentent

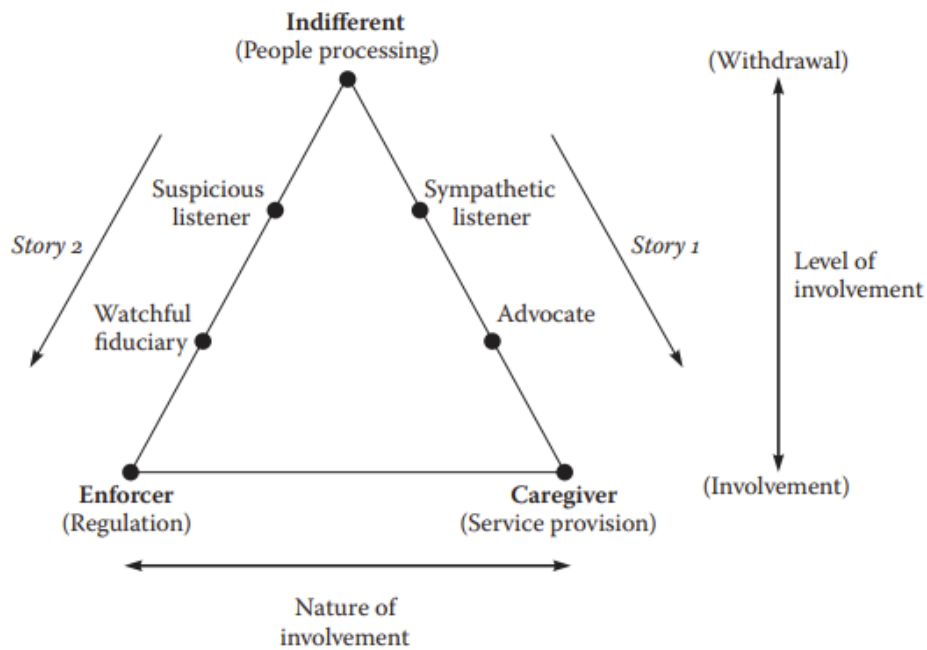
Attitude	Frequentie
VG	
<i>Enforcer</i>	2
<i>Caregiver</i>	4
<i>Enforcer/caregiver</i>	4
PG	
<i>Enforcer</i>	3
<i>Caregiver</i>	6
<i>Indifferent</i>	1
Totaal	
<i>Enforcer</i>	5
<i>Caregiver</i>	10
<i>Enforcer/caregiver</i>	4
<i>Indifferent</i>	1

Tabel 11 laat zien wat de frequentie is van de verschillende attitudes bij de respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Het eerste dat opvalt aan de resultaten is dat de attitude ‘caregiver’ het meeste voorkomt (N=10). De attitude ‘enforcer’ (N=5) heeft een lagere frequentie, en de categorie ‘indifferent’ komt slechts 1 keer voor. Vanwege de kwalitatieve aard van dit onderzoek is het niet mogelijk om deze resultaten te generaliseren naar de gehele populatie van zorgverleners, maar gezien de aard van het werk (zorgen voor kwetsbare mensen) is het niet onlogisch dat de meeste respondenten het hoogste scoren op de attitude ‘caregiver’. Qua aantallen zit er weinig verschil in de verdeling tussen de attitudes over de beide sectoren, behalve dan dat bij de respondenten werkzaam in de gehandicaptenzorg ook mengvormen voorkomen waarbij niet één categorie duidelijk naar voren komt.

Dit is het geval bij een viertal respondenten. Zij vallen qua typering zowel in de categorie ‘enforcer’ als ‘caregiver’. Bij de respondenten werkzaam in de ouderenzorg komen dit soort mengvormen niet voor. Dat sommige respondenten niet in één specifieke categorie van attitudes (enforcer, caregiver of indifferent) onder te brengen zijn, is geen probleem. Zacka (2017, p. 89) stelt immers zelf dat zijn attitudes ideaaltypen zijn. Ideaaltypen zijn analytische constructen, die helpen om de sociale werkelijkheid te beschrijven. In de werkelijkheid komen ideaaltypen nooit

helemaal in de zuiverste vorm voor, maar is er altijd sprake van een mengvorm van ideaaltypen. Volgens Zacka komen in publieke organisaties altijd mengvormen voor van de drie verschillende attitudes (Zacka, 2017, p. 89). De resultaten uit dit onderzoek bevestigen dit. Op de door Zacka (2017, p. 88) geïllustreerde matrix bevinden de meeste *street level bureaucrats* zich ergens tussen de drie polen. Dat geldt in het bijzonder voor de respondenten in dit onderzoek die zowel onder de categorie ‘enforcer’, als de categorie ‘caregiver’ vallen. In de volgende paragraaf worden de reacties van de respondenten op de vignetten weergegeven. De scores van de respondenten op de attitude-matrix zullen vervolgens worden gebruikt om de onafhankelijke variabele ‘attitude’ te verbinden aan de afhankelijke variabele ‘toepassing van onvrijwillige zorg’.

Figuur 3. Three dispositional orientations (uit Zacka, 2017, p. 88)



4.3. Resultaten vignetten

Gedurende de interviews is aan de respondenten gevraagd hoe zij zouden handelen als zij geconfronteerd zouden worden met de casus zoals deze in de vignetten zijn beschreven. Hieronder zijn de reacties van de respondenten weergegeven per vignet. Aan de respondenten werkzaam in de gehandicaptenzorg (VG, n=10) zijn vignetten 1, 2 en 3 voorgelegd. Aan de respondenten werkzaam in de ouderenzorg (PG, n=10) zijn vignetten 4, 5 en 6 voorgelegd. In de onderstaande tabellen is weergegeven of de respondenten in de voorgelegde casus onvrijwillige zorg zouden toepassen. Als respondenten aangaven dat zij een bepaalde vorm van onvrijwillige zorg zouden inzetten, zijn de respondenten bij de vraag of zij onvrijwillige zorg zouden inzetten gecodeerd onder 'Ja'. Respondenten die aangaven wellicht onvrijwillige zorg in te zetten als er geen andere mogelijkheden zouden zijn, zijn onder 'Misschien' gecodeerd. Respondenten die aangaven geen onvrijwillige zorg in te zetten in de voorgelegde situatie, zijn gecodeerd onder 'Nee'. In onderstaande tabellen zijn ook de genoemde vormen van onvrijwillige zorg, en de motivaties dan wel beweegredenen voor het wel of niet verlenen van onvrijwillige zorg weergegeven. Respondenten geven in de meeste gevallen meerdere motivaties aan om wel of geen onvrijwillige zorg toe te passen. Daarnaast wordt per situatie een algemene toelichting gegeven op de reacties van de respondenten.

4.3.1. Situatie 1 (VG): Beperken hoeveelheid cola

In het eerste vignet gaat het om een jonge man met een lichte verstandelijke beperking, die een eigen appartement/studio/kamer bewoont binnen een gezamenlijke woonruimte. De jonge man koopt en drinkt veel cola, waardoor er zorgen ontstaan over de gezondheid van deze jonge man. Daarnaast blijft hij 's nachts lang wakker en houdt hij anderen wakker tijdens het gamen. De zorgverlener wil dat er iets verandert aan het gedrag van de jonge man en wil de hoeveelheid cola die de cliënt mag drinken beperken. De cliënt is het hier zelf niet mee eens.

Tabel 12. Vignet 1 - Beperken hoeveelheid cola (VG)

Zou respondent onvrijwillige zorg toepassen?	Aantal
Ja	2
Nee	6
Misschien	2
Vormen van onvrijwillige zorg	Aantal keer genoemd
Cola achter slot en grendel	3

Afpakken spelcomputer ('s nachts)	1
Motivatie om onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Als alternatieven geen oplossing bieden is onvrijwillige zorg noodzakelijk	3
Recht van andere bewoners om te slapen	1
Motivatie om geen onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Er zijn alternatieven voor onvrijwillige zorg	4
Ernstig nadeel is onvoldoende om in te grijpen	1
Eigen regie cliënt dient gerespecteerd te worden	4
Onvrijwillige zorg toepassen heeft geen zin	1

De geïnterviewde respondenten geven aan dit een herkenbare casus te vinden, die zij in de praktijk regelmatig tegenkomen. Het direct inperken van de hoeveelheid cola die de cliënt mag drinken is voor verreweg de meeste respondenten geen optie. Vrijwel alle respondenten noemen alternatieven die ze eerst willen inzetten, voordat ze de cola van de cliënt afpakken en/of de cliënt beperken in de hoeveelheid cola die hij mag drinken. Een voorbeeld van een dergelijk alternatief is het vervangen van de cola door een light-variant met minder of geen suiker (*Respondent 4 (R4)*). Een ander alternatief is het gebruik maken van ‘trucjes’, om een cliënt op een subtiele wijze minder cola te laten drinken. Een voorbeeld van een dergelijk trucje is, volgens een respondent:

R10 (begeleider, caregiver): “We zeggen tegen een cliënt dat hij een klein aantal flessen mag halen, en dan mag hij ook nog meedrinken met de cola die op de groep staat. De meeste cliënten hebben dan niet door dat ze eigenlijk minder cola drinken, omdat ze op de groep maar één glas krijgen. Stel je voor dat alle ‘trucjes’ niet werken, dan kan je gaan kijken om het echt te verbieden. Maar dat heb ik nog nooit meegemaakt.”

Een aantal respondenten kiest ervoor om het gesprek aan te gaan met de cliënt om hem aan te leren wat de gezondheidseffecten zijn van ongezond eten of drinken, en betrekken hier mogelijk een arts bij.

Een mogelijke vorm van onvrijwillige zorg die respondenten overwegen is het op slot doen van de kast waar de cola in opgeborgen is. Een andere maatregel die wordt genoemd is het ‘s nachts afnemen van de (spel)computer van de cliënt. Dit vanwege de overlast die de cliënt ‘s nachts veroorzaakt voor medebewoners. Deze maatregelen worden in de praktijk ook getroffen:

R7 (begeleider, enforcer): “Wij hebben ook dat [...] niet bij de rest van de kast kan, dat [...] niet het sleuteltje heeft van de voorraadkast zoals sommigen wel hebben [...]. Soms is dat wel lastig, maar wij blijven wel hameren op waarom het zo slecht is. [...]. Als het echt niet anders kan, dan moet je dat inperken, dan is dat maar zo. [...]. Ik vind dat eigenlijk de lichtste vorm van dingen meegeven aan een cliënt, ik vind dat niet lastig.”

R3 (gedragsdeskundige, enforcer): “Ik vind het ook de combinatie van zijn eigen gezondheid en ook de sociale groepsnorm dat ertoe kan leiden dat hij ‘s nachts zijn gameapparatuur moet inleveren omdat hij te veel herrie maakt.”

Voor veel respondenten is het van belang om te toetsen in welke mate de cliënt de gevolgen van zijn handelen kan overzien. Hierbij maakt het voor een aantal respondenten verschil of de cliënt wilsbekwaam is of niet. Als de cliënt wilsbekwaam ter zake is en dus zelf de gevolgen van zijn handelen kan overzien, geven respondenten aan dat cliënten zelf ook keuzes mogen maken die wellicht op de lange termijn niet verstandig zijn. Zo geven respondenten aan:

R4 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “Jij en ik kunnen ook de hele dag door cola drinken. Als je wilsbekwaam ter zake bent mag je die keuze maken, want dan weet je dat daar de gevolgen van zijn. [...] Tenzij je op het punt komt dat er dusdanig ernstig nadeel is, maar in principe mag het.”

R6 (begeleider, caregiver): “Ik vind dat elke cliënt zelf mag bepalen wat hij of zij eet of drinkt. Ik vind het dan niet oké als je hem daarin beperkt.”

Meerdere respondenten geven aan te worstelen met het aanbrengen van beperkingen in het leven van hun cliënten, omdat zij zich daarbij verplaatsen in de cliënt zelf, en bedenken hoe ze het zelf zouden vinden als ze een dergelijke maatregel opgelegd zouden krijgen:

R8 (begeleider, caregiver): “Wij ontnemen niet de cola, want de cliënt heeft eigen regie. [...] Uiteindelijk is het de keuze van de cliënt zelf. In Bas zijn geval; hij heeft wel overgewicht, maar als ik kilo's aankom, dan heb ik dat mijzelf aangedaan, en dat geldt voor Bas ook.”

R1 (gedragsdeskundige, caregiver): “Echt verbieden? Dat vind ik echt een lastige vraag weet je dat? Het maakt uit wie je voor je hebt. Je hebt aan te sluiten bij de cliënt en bij sommige cliënten werkt het heel goed om gewoon duidelijk nee te zeggen en vast te houden aan die nee, terwijl het bij een andere cliënt veel meer de gulden middenweg is, waarbij je uiteindelijk ook gaat zoeken

naar alternatieven. Dus als het echt heel ongezond is mag deze cliënt geen cola meer, want als hij zo blijft doordrinken is er risico op diabetes, maar aan de andere kant, nu ik dit zeg denk ik [...], jij en ik mogen dit wel zelf bepalen.”

Daarnaast worden er ook andere motivaties genoemd om geen onvrijwillige zorg toe te passen, namelijk dat zij voldoende alternatieven zien voor onvrijwillige zorg, of dat zij van mening zijn dat er onvoldoende ernstig nadeel is wat ingrijpen legitimeert. Voorts noemt een enkele respondent (R4) dat onvrijwillige zorg toepassen geen zin heeft in deze situatie, omdat de verwachting is dat de cliënt zelf wel nieuwe cola aan zal schaffen, als de cola achter slot en grendel wordt geplaatst.

Het totaalbeeld dat voor dit vignet naar voren komt, is dat de respondenten in meerderheid aangeven geen onvrijwillige zorg in te willen zetten. Ook de respondenten die overwegen om wel onvrijwillige zorg in te zetten, geven aan te worstelen met het inperken van het recht van de cliënt om zelf te bepalen hoeveel cola hij drinkt. Op het moment dat er gezondheidsrisico's ontstaan voor de cliënt, of dat hij overlast veroorzaakt voor andere bewoners, kan er een aanleiding zijn om de cliënt in zijn vrijheid te beperken.

4.3.2. Situatie 2 (VG): Bezoek

Het tweede vignet gaat over een jonge vrouw van 17 met een verstandelijke beperking, die mogelijk het slachtoffer is van loverboyproblematiek. Zij krijgt de laatste tijd veel bezoek van een jongen die haar ook veel cadeaus geeft. De begeleider in het vignet vertrouwt de situatie niet helemaal. Aan de respondent wordt gevraagd hoe hij of zij zou handelen.

Tabel 13. Vignet 2 - Beperken recht op bezoek (VG)

Zou respondent onvrijwillige zorg toepassen?	Aantal
Ja	3
Nee	3
Misschien	4
Vormen van onvrijwillige zorg	Aantal keer genoemd
Verbieden of beperken van bezoek	7
Motivatie om onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Cliënt mag geen slachtoffer worden van loverboyproblematiek, ernstig nadeel voor cliënt moet voorkomen worden	6
Bezoeker is te gast, en moet zich aan de regels houden	2
Overlast voor andere bewoners voorkomen	1
Motivatie om geen onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd

Eigen regie cliënt dient gerespecteerd te worden	4
Ernstig nadeel is onvoldoende duidelijk	2
Er zijn alternatieven voor onvrijwillige zorg	2
Weet niet wat in deze situatie wettelijk kan en mag	1
Onvrijwillige zorg werkt averechts	2

Vrijwel alle respondenten geven aan dit een moeilijk dilemma te vinden. De meeste respondenten leggen uit zichzelf de link met eventuele loverboyproblematiek die onder deze casus ligt, maar twifelen of zij zouden ingrijpen door een vrijheidsbeperkende maatregel, zoals het verbieden van bezoek, op te leggen. Een respondent verwoordt het als volgt:

R4 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “Dit zijn heel ingewikkelde casussen [...]. Ook hierin heb je ook recht op bepaalde vrijheden. Ieder mens mag afspraken maken met allerlei mensen, die vrijheid heb je om dat te doen. En dat gun je ergens een cliënt ook. Tot het punt dat wij ons zorgen gaan maken: is dit niet gevaarlijk voor jou, met welke mensen kom jij in aanraking? Dat grensgebied is heel grijs. [...] Soms lijkt het wel dat pas als het misgaat, er voldoende grond is om in te grijpen. Daarvoor is het nog nooit misgegaan, dus dan grijp je ook niet in.”

De meeste respondenten geven aan dat zij eerst het gesprek met de cliënt aan zouden gaan, voordat zij zouden overwegen om het bezoek te beperken of te verbieden.

R5 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “We hebben een lijstje aan stappen binnen onze organisatie die je kan doorlopen. Dat zou ik allemaal eerst willen hebben afgehandeld, voordat ik zeg: hij komt maar twee keer per week. [...] Als je bewijs hebt [van loverboyproblematiek], dan zou ik het niet beperken naar twee keer in de week, maar dan zou ik het bezoek verbieden. [...]. Dat kan haar zoveel schade aanbrengen, dat ik haar als begeleider in bescherming moet nemen.”

R2 (gedragsdeskundig, enforcer/caregiver): “Ik zou niet meteen een verbod opleggen, want ze mag ook een relatie hebben met iemand. Maar het moet wel een gezonde relatie zijn. Dat is wat je wil gaan uitzoeken. Ik zou niet meteen voor een verbod gaan, maar ik zou wel heel alert zijn.”

Een enkele respondent geeft aan niet goed te weten wat zij in deze situatie kan en mag doen van de wet, terwijl zij wel zou willen ingrijpen in het recht van de cliënt om het eigen leven in te richten:

R6 (begeleider, caregiver): “Ik heb dit in het verleden ook meegemaakt [bij een cliënt], en eigenlijk lieten we dat gewoon, omdat we niks konden. We konden haar niet vastbinden en haar niet daarheen laten gaan. We konden het alleen monitoren, goed beschrijven en de familie betrekken. Maar we konden haar niet beperken in de regie die zij heeft om mensen te ontmoeten. Maar ik zou dat zelf wel willen, omdat ik niet zou willen dat zo’n meisje nog meer beschadigd wordt.”

R6 (begeleider, caregiver): “Ik zou er wel wat aan willen doen, maar ik weet niet wat ik kan doen. [...]. Of het mag van de wet en wat je zou kunnen doen met je instelling en wat je zou mogen.”

Hier is dus sprake van handelingsverlegenheid, die ertoe leidt dat de respondent geen onvrijwillige zorg zou inzetten. De respondent geeft aan wel de behoefte te hebben om dit te doen, maar het niet doet omdat zij vermoedt dat het niet mag van de wet.

Twee andere respondenten redeneren niet per se vanuit een potentiële dreiging van loverboyproblematiek, maar zij redeneren vanuit de huisregels en de overlast die gasten kunnen veroorzaken voor de rest van de bewoners. Hun motivatie om onvrijwillige zorg in te zetten is niet zozeer de bescherming van deze cliënt, maar de ordelijke gang van zaken binnen de groep waar deze cliënt woont:

R7 (begeleider, enforcer): “Als het een onbekende zou zijn en ik zou me zorgen maken erover, en haar gedrag gaat erdoor achteruit, dan wordt het ingekort naar twee dagen per week. Je kunt dat niet zomaar doen, daar gaat tijd overheen en in overleg met verschillende mensen. Je kan het niet 1,2,3, bepalen. Als dat in overleg is gebeurd, en iedereen is het ermee eens, en het wordt aan haar zo overgedragen, dat het zo moet, ja. Het is een woning die je deelt, en als een gast naar huis moet dan moet hij naar huis, want het is niet zijn woning. Daar zijn we redelijk direct in.”

R9 (begeleider, enforcer/caregiver): “Het zijn een soort huisregels. Bezoek is welkom, maar je hebt ook te maken met andere bewoners, en je leeft in een groep, en je moet dus rekening houden met elkaar. Het is storend voor de rest van de groep als hier elke dag bezoek gaat komen, op die manier zou ik het bij de cliënt brengen, waarom we het op 2 keer per week houden.”

Daarnaast zijn er ook respondenten die aangeven dat onvrijwillige zorg in deze situatie averechts werkt, omdat hierdoor de kans wordt vergroot dat de cliënt zich tegen de begeleider gaat keren en/of ongewenst gedrag gaat vertonen:

R3 (gedragsdeskundige, enforcer): “Ik vind het ook belangrijk dat [Maria] een beetje kan experimenteren. [...] Op het moment dat je het alleen maar afkeurt lok je daarmee risicovol gedrag alleen maar uit.”

R8 (begeleider, caregiver): “In zulke gevallen denk ik dat het heel belangrijk is dat je juist op de relatie gaat zitten met de cliënt en haar dus niks ontnemt. Je moet juist aan de vertrouwensband met haar werken. Op het moment dat je haar dingen gaat verbieden weet ik uit eigen ervaring dat het tegenovergestelde gaat gebeuren.

Een ander argument om geen onvrijwillige zorg in te zetten is dat volgens sommige respondenten het ernstig nadeel onvoldoende is aangetoond. Zij geven bijvoorbeeld aan dat het niet terecht is dat de begeleider zich zorgen maakt over de situatie:

R10 (begeleider, caregiver): ik vind het bijzonder dat de begeleider zich zorgen maakt, waarom mag iemand niet langs komen en cadeautjes geven? Je moet altijd op de hoede zijn, maar alleen cadeautjes ontvangen is nog geen reden dat er loverboyproblematiek is. Je moet het bespreekbaar maken, het is juist superleuk als cliënten een relatie krijgen.

Het totaalbeeld dat naar voren komt voor dit vignet, is dat de respondenten sterk verdeeld zijn in het aangeven of zij een vrijheidsbeperkende maatregel zouden opleggen. Waar de ene respondent het gevaar ziet van loverboyproblematiek en daardoor wil ingrijpen in de situatie, zien andere respondenten juist geen enkele aanleiding om in te grijpen omdat zij van mening zijn dat vermoedens van loverboyproblematiek onterecht zijn.

4.3.3. Situatie 3 (VG): Slapen

In het derde vignet gaat om een huisregel binnen de woongroep, dat alle cliënten om 11 uur op bed moeten liggen wanneer de late dienst vertrekt. De cliënt in deze casus verzet zich tegen deze huisregel, en vraagt of hij langer op mag blijven. De cliënt heeft hulp nodig bij het aan- en uitkleden. Huisregels zijn vaak nodig voor een ordentelijke gang van zaken binnen een accommodatie, maar wanneer cliënten zich tegen huisregels verzetten kan er een spanningsveld ontstaan, waarbij het de vraag is of er sprake is van onvrijwillige zorg. De zorgverlener wordt gevraagd hoe hij of zij zou handelen.

Tabel 14. Vignet 3 – Slapen (VG)

Zou respondent onvrijwillige zorg toepassen?	Aantal
---	---------------

Ja	0
Nee	7
Misschien	3
Vormen van onvrijwillige zorg	Aantal keer genoemd
Verplicht naar bed in zorgplan van cliënt opnemen	1
Verplicht aan- en uitkleden met hulp van begeleiding	1
Handhaven van huisregels	1
Motivatie om onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Voor sommige cliënten kan het nodig zijn	2
Noodzakelijk omdat nachtdienst aan- uitkleden niet over kan nemen	1
Motivatie om geen onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Eigen regie cliënt dient gerespecteerd te worden	7
Geen ernstig nadeel	3
Huisregel is niet zinnig	1

De respondenten zijn het vrijwel allemaal met elkaar eens dat de cliënt in deze casus zelf zou moeten kunnen bepalen hoe laat hij naar bed gaat, ondanks dat in de huisregels staat dat cliënten om 11 uur in bed moeten liggen. Dit omdat voor veel respondenten de eigen regie van de cliënt zwaar weegt, of dat de respondenten van mening zijn dat er geen ernstig nadeel optreedt wanneer cliënten later naar bed gaan. Ook zijn er respondenten die de huisregel niet zinnig vinden:

R1 (gedragsdeskundige, caregiver): “Ik kan me voorstellen dat je voor een ordelijk verloop zegt dat cliënten vanaf een bepaalde tijd op hun kamer moeten zijn, omdat er geen begeleiding is. [...] Maar hoe laat je naar bed gaat, zolang je het overdag nog prima doet, waarom niet? Als er iets nodig is, moet je kijken naar je dienstenpatroon. Uiteindelijk zijn wij er ten dienste van de cliënt, en niet andersom.”

R3 (gedragsdeskundige, enforcer): “Rust in huis mag een huisregel zijn, want daar hebben anderen last van. Of hij nou om 11 uur of om 12 uur in zijn bed ligt, dat maakt mij niet zoveel uit. [...]. Ik vind het een beetje een onzinnige huisregel dat mensen op bed moeten liggen. Ik vind het een zinnige huisregel dat mensen naar hun kamer moeten gaan.”

Toch zijn er ook respondenten die aangeven dat in individuele gevallen het wel nodig kan zijn om de cliënten te verplichten om naar bed te gaan. Echter, dat is dan volgens een respondent geen huisregel, maar een iets wat per cliënt individueel afgesproken moet worden:

R2 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “Misschien dat het bij bepaalde doelgroepen wel is, maar misschien niet bij iedereen, en dan moet je je afvragen of dit wel een huisregel moet zijn of dat het een afspraak is voor een bepaalde cliënt dat zij op bed gelegd worden voordat de begeleiders weggaan en dat anderen wel wakker mogen blijven.”

Een andere respondent (*R5*) noemt dat deze huisregel inderdaad van toepassing is om woongroepen waar zij werkt, en dat cliënten weliswaar gevraagd hebben om langer op te mogen blijven, maar dat er toch voor gekozen werd om de huisregels te handhaven. Daarnaast geeft een respondent aan dat het verplicht om bed liggen niet handhaafbaar is, maar dat het misschien wel nodig kan zijn om iemand al wel verplicht om te laten kleden, omdat de nachtdienst dergelijke taken niet over kan nemen.

Het mogelijke effect dat een cliënt de volgende ochtend niet uit bed kan of wil komen, wordt door de respondenten gezien als een eigen risico voor de cliënt zelf. Respondenten kiezen ervoor om de cliënt de consequenties van het laten opblijven te laten ondervinden, zodat hij ervan kan leren. Zo zegt een respondent:

R9 (begeleider, enforcer/caregiver): “We hebben een cliënt gehad die wel de hele nacht lag te gamen. [...]. Om 9 uur moest hij wel op de dagbesteding zijn. Dat kon hij een tijdje volhouden maar op een gegeven moment brak het hem gewoon op. [...]. We hebben duidelijk gezegd dat hij naar zijn werk moest. [...]. Moe zijn is geen reden om thuis te blijven.”

Een aantal respondenten geven aan dat afwegingen met betrekking tot de huisregels die binnen een accommodatie gelden, tot morele dilemma's kunnen leiden, waarbij de vraag of iets onvrijwillige zorg is, niet geheel duidelijk is. Dat geldt met name voor cliënten waarbij 's nachts de deur op slot zit:

R4 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “Van de paviljoens die wij hebben zit de buitendeur vaak op slot 's nachts, omdat de nachtdienst daar niet aanwezig is. Daar hebben wij wel discussie over gevoerd; is dat onvrijwillige zorg, of is het een huisregel? Dat onderscheid is erg ingewikkeld. [...] Ik vind het jammer hoe onze nachtzorg landelijk is vormgegeven, ik gun iedere bewoners een waker in de buurt 's nachts die je kan roepen. Dat nachtzorg zo ver weg is waardoor we deuren op slot moeten doen, dat vind ik echt jammer. Dat neigt naar onvrijwillige zorg”.

Het totaalbeeld voor dit vignet is dat respondenten eensgezind zijn in het niet willen toepassen van onvrijwillige zorg. Slechts een enkele respondenten zou de cliënt misschien, afhankelijk van zijn of haar situatie, verplichten om naar bed te gaan. Echter, voor vrijwel alle respondenten weegt de eigen regie het zwaarst.

4.3.4. Situatie 4 (PG): Deur op slot

Het vierde vignet gaat over een situatie die in de thuiszorg voor ouderen regelmatig voorkomt. Een alleenstaande vrouw met dementie woont thuis, en heeft af en toe de neiging om buiten te gaan dwalen. De familie heeft er daarom voor gekozen om de deur van de vrouw op slot te doen, en vraagt de zorgverlener om dit zelf ook te doen om te voorkomen dat de vrouw naar buiten gaat. Dit gaat echter tegen de wens van de cliënt zelf in, die het juist fijn vindt om een wandeling te kunnen maken. Het gaat hier om een klassiek dilemma tussen enerzijds de vrijheid, en anderzijds de veiligheid van de cliënt. Aan de zorgverlener wordt gevraagd hoe hij of zij in deze situatie zou handelen.

Tabel 15. Vignet 4 - Deur op slot (PG)

Zou respondent onvrijwillige zorg toepassen?	Aantal
Ja	0
Nee	7
Misschien	3
Vormen van onvrijwillige zorg	Aantal keer genoemd
Deur sluiten	3
Motivatie om onvrijwillige zorg toe te passen	
Alleen als er daadwerkelijk een gevaarlijke situatie is geweest, is onvrijwillige zorg proportioneel	2
Als een cliënt aan een drukke straat woont kan het noodzakelijk zijn	1
Motivatie om geen onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Deur op slot doen/insluiten cliënt is (wettelijk) niet toegestaan	8
Deur op slot doen is niet (brand)veilig	3
Er zijn alternatieven voor onvrijwillige zorg	5
Alleen uit voorzorg is niet proportioneel	2

De respondenten zijn het in reactie op deze vignet in zeer grote lijnen met elkaar eens. De meeste respondenten geven aan dat het op slot doen van de deur van de cliënt niet bespreekbaar is. Slechts

enkele respondenten geven aan het te overwegen, maar alleen indien er daadwerkelijk een gevaarlijke situatie heeft plaatsgevonden. Een andere respondent geeft aan dat wanneer een cliënt aan een drukke straat woont, zij deze maatregel eventueel zou overwegen als er geen alternatieven zijn.

R12 (verzorgende, caregiver): “Als deze mevrouw echt een gevaar voor zichzelf vormt, en al vaker naar buiten is geweest en bijvoorbeeld door de politie is gevonden, dan zou ik [de deur] dichtdoen. Is dat niet het geval, en wil de familie het alleen als voorzorgsmaatregel, dan zou ik het niet doen.”

R13 (verpleegkundige, enforcer): “Ik zou achter de cliënt aan lopen om te kijken wat zij doet op het moment dat de deur open is. [...]. Stel dat het echt gevaarlijke situaties oplevert, dan is het een [middel en maatregel], en dan moet je het registreren en evalueren en mevrouw uitleggen waarom het niet kan. [...].

De motivaties voor het niet willen toepassen van onvrijwillige zorg in deze situatie zijn verschillend. De belangrijkste reden die wordt gegeven is dat het insluiten van de cliënt niet is toegestaan of niet geoorloofd is. Daarbij valt een onderscheid te maken tussen respondenten die aangeven dat het wettelijk niet mag, of dat het niet mag van het beleid, of dat het moreel gezien niet mag omdat je cliënten niet mag opsluiten.

R11 (verpleegkundige, caregiver): “Ik zou dit bespreekbaar maken, want ik begrijp het, maar het is ‘not done’. [...] Ik zou het in ieder geval niet zomaar doen.”

Een andere motivatie voor het niet willen toepassen van onvrijwillige zorg is dat de veiligheid van de cliënt juist in het geding komt, als de zorgverlener in deze situatie besluit de deur van de cliënt op slot te doen.

R14 (verpleegkundige, enforcer): “Je kan niet zomaar iemand opsluiten, je zit ook met brandveiligheid. [...] Als de familie vindt dat ze dat moeten doen, moeten ze dat zelf doen. Maar ik zou zeker adviseren om het niet te doen.”

R15 (verpleegkundige, caregiver): “Als zorgverlener mag je nooit een deur op slot doen, want ze kunnen niet weg. Stel dat er brand uitbreekt. [...] Wij mochten vanwege de veiligheid van de bewoner nooit de deur op slot doen.”

Daarnaast geven veel respondenten aan dat zij ook alternatieven zien voor het op slot doen van de deur. Enkele voorbeelden van genoemde alternatieven zijn:

R13 (verpleegkundige, enforcer): “Je hebt tegenwoordig ook tags die je om zou kunnen doen zodat je haar kan vinden. In beginsel zou ik wel zeggen: deur open”.

R16 (verzorgende, caregiver): “Ik ben zelf niet van het opsluiten, [..], misschien dat een vrijwilliger met haar kan wandelen zodat ze geen behoefte heeft om weg te gaan.”

Voor veel respondenten is het herkenbaar in deze casus dat de familie van de cliënt verder wil gaan in de vrijheidsbeperking van de cliënt dan de zorgverlener. Respondenten geven aan dat zij vaak geconfronteerd worden met situaties waarbij de familie vrijheidsbeperking wil toepassen, terwijl de zorgverleners dat niet wenselijk vinden of niet mogen doen. Familie/naasten van de cliënt maken zich volgens de respondenten meer zorgen om de veiligheid van de cliënt, en vinden de vrijheid van de cliënt om regie over het eigen leven in te richten soms minder van belang.

R16 (verzorgende, caregiver): “Sommige familieleden begrijpen het [als een maatregel niet wordt toegepast], maar er zijn ook een aantal familieleden die het niet echt begrijpen, omdat ze vinden dat het op die manier moet. Wij kijken meer naar wat de bewoner wil. Wat de bewoner wil, is belangrijker dan wat de familie wil.”

Daarnaast geven sommige respondenten aan dat het sluiten van de deur van de cliënt soms nog te makkelijk door andere zorgverleners wordt toegepast:

R18 (verzorgende, indifferent): “Er zullen mensen zijn die het wel doen, maar niet erbij nadenken dat het onvrijwillige zorg is. Dan gebeurt het terwijl het eigenlijk niet mag, omdat men niet altijd voldoende kennis heeft over wat wel en niet mag. Daar zit het grootste dilemma”.

Tot slot geeft een respondent aan dat, vanwege de ontwikkelingen in de zorg voor ouderen met dementie, deze casus steeds relevanter zal worden, omdat ouderen tegenwoordig steeds langer thuis blijven wonen. Dit leidt tot een groeiend aantal dilemma's waar zorgverleners mee geconfronteerd worden:

R17 (verpleegkundige, caregiver): “Met het beleid van langer thuis wonen, komen zorgverleners in situaties waar ze eigenlijk niet in willen komen.”

Het totaalbeeld dat voor dit vignet naar voren komt is dat zorgverleners eensgezind zijn over het niet willen sluiten van de deur voor de cliënt. Dat is opvallend, omdat de veiligheid van de cliënt in deze casus wel een nadrukkelijk risico vormt, wanneer zij gaat dwalen. Echter, de meeste respondenten zijn van mening dat de wens van de cliënt om zich buiten te kunnen bewegen zwaarder weegt dan de mogelijke risico's voor de veiligheid van de cliënt.

4.3.5. Situatie 5 (PG): Bedhek

In het vijfde vignet wordt de situatie geschetst van een cliënt met de ziekte van Alzheimer, die in het verpleeghuis woont. Deze man is 's nachts uit zijn bed gevallen, en om te voorkomen dat het nog een keer gebeurt wil de zorgverlener een bedhek installeren. Een bedhek beperkt de vrijheid van de cliënt om zelf uit bed te komen, maar zorgt er tegelijkertijd voor dat deze cliënt niet meer uit bed valt. De vertegenwoordiger van de cliënt stemt in met het plaatsen van een bedhek, maar de cliënt verzet zich. De respondent wordt gevraagd wat hij of zij zou doen in deze situatie.

Tabel 16. Vignet 5 - Bedhek (PG)

Zou respondent onvrijwillige zorg toepassen?	Aantal
Ja	0
Nee	5
Misschien	5
Vormen van onvrijwillige zorg	Aantal keer genoemd
Bedhek omhoog doen	1
Hoog-laag/laag-laag/extra laag bed	5
Motivatie om onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Inzetten van hoog-laag/extra laag bed is een minder ingrijpend alternatief	5
Als alternatieven niet werken kan een bedhek ingezet worden	1
Motivatie om geen onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Er zijn minder ingrijpende alternatieven (valmatras, sensor, half bedhek)	7
Cliënt kan over bedhek klimmen, daardoor is het onveilig	8
Bedhek omhoog doen is (wettelijk) niet toegestaan	1

De respondenten zijn het vrijwel allemaal met elkaar eens dat het plaatsen van een bedhek in deze situatie niet gewenst is. Slechts een enkele respondent geeft aan in deze situatie het plaatsen van het bedhek te overwegen, als andere alternatieven geen uitkomst bieden.

Ook in deze situatie geven respondenten aan dat de houding van de familie van de cliënt in de praktijk dilemma's op kan leveren. Hier gaan respondenten verschillend mee om. Sommige respondenten proberen de familie te overtuigen, andere respondenten laten de verantwoordelijkheid bij de familie als deze een maatregel wil treffen die de zorgverleners niet wenselijk vinden:

R11 (verpleegkundige, caregiver): “De familie zit zo vaak op de veiligheid [van de cliënt], dat is lastig. [...] Ik weet dat ik neig naar vrijheid, maar ik vind het soms wel lastig, want stel dat er wel iets met iemand gebeurt. Het moet niet mijn verantwoordelijkheid zijn, je neemt dat met elkaar. [...]. Als je goed contact hebt met de familie, en de vrijheid van de cliënt is zoveel belangrijker dan een valincident bij iemand die vitaal is, dan neem je dat risico met elkaar. [...]. Maar eerst neigt [de familie] naar veiligheid.”

R18 (verzorgende, indifferente): “Er worden [in de thuissituatie] door ons geen bedrekken omhoog gedaan als de cliënt het zelf niet wil. Het kan wel zo zijn dat als wij weg gaan, de familie toch een bedhek omhoog doet. Maar dat is de eigen verantwoordelijkheid van de familie. Wij benaderen heel veel als eigen verantwoordelijkheid van de familie en de zorgvragers.”

De respondenten geven een drietal motieven om geen onvrijwillige zorg toe te passen. Een enkele respondent geeft aan dat het wettelijk niet is toegestaan om een bedhek te plaatsen, en stelt dat zij van de arts geen toestemming zal krijgen om in deze situatie een bedhek te plaatsen.

R12 (verzorgende, caregiver): “Ik ga niet na één valincident een bedhek omhoog doen, dat mag niet eens. [...] Dat mag niet van de wet en de protocollen. Als er geen zichtbaar letsel is, dan mag het niet.”

Een belangrijker argument om geen bedhek te plaatsen, is dat veel respondenten van mening zijn dat een bedhek, in tegenstelling tot wat gedacht wordt, geen veiligheid biedt aan de cliënt. De cliënt kan er bijvoorbeeld overheen klimmen, waardoor het valrisico groter wordt.

R20 (verpleegkundige, caregiver): “Bij mijn praktijk worden geen bedrekken gebruikt, daar geef ik geen toestemming voor. Toch vragen veel verzorgenden het, omdat het volgens mij een schijnveiligheid geeft.”

R17 (verpleegkundige, caregiver): “Als iemand uit bed valt op een pg-afdeling, zet je geen bedhek. Dat is heel simpel. Mensen met dementie gaan over bedrekken heen, daarom zijn we de laatste 10

jaar in onze regio overgegaan op pg-laagbedden. Daar kan je ook nog een valmatras voor doen. [...] Bedhekken vind ik altijd het laatste alternatief dat je überhaupt nog hebt.”

R11 (verpleegkundige, caregiver): “Als iemand geen bedhek wil, en hij is in staat er overheen te klimmen, wat ben je dan aan het doen?”

Een ander argument is dat er voldoende alternatieven zijn die minder ingrijpend zijn voor de cliënt. Een veel genoemd alternatief is het plaatsen van een valmatras in combinatie met een sensor. Hierdoor wordt het risico dat de cliënt zich bezeert verkleind, en door de aanwezigheid van een sensor is het zorgpersoneel ter plaatse om de cliënt te ondersteunen.

Een aantal respondenten kiest er daarnaast voor om als alternatief een hoog-laag bed, laag-laag bed of extra laag bed in te zetten. Dit zijn bedden die verlaagd kunnen worden tot de grond, zodat de cliënt zich minder snel bezeert als hij uit bed rolt (Vilans, 2020, p. 58). Over deze maatregel wordt verschillend gedacht door respondenten. Voor een aantal respondenten is het plaatsen van een dergelijk bed een logisch alternatief, maar er zijn ook respondenten die moeite hebben met het plaatsen van een dergelijk bed, omdat dit ook onvrijwillige zorg kan zijn en kan leiden tot veiligheidsrisico's voor de cliënt:

R12 (verzorgende, caregiver): “Met een hoog-laag bed moet je uitkijken. Als je lang bent, en je geeft diegene een hoog-laag bed, dan kost het nog meer moeite om op te staan. Dat betekent dat je nog valgevaarlijker wordt.”

R20 (verpleegkundige, caregiver): “Ook een extra laag bed is een bepaalde vorm van vrijheidsbeperking. Als de loopdrang hoog is en er daardoor valgevaar is, zet ik het wel eens in. Maar eigenlijk is het ook een vorm van onvrijwillige zorg. Maar dat vind ik echt lastig. [...]. Omdat je toch iemand beperkt in de vrijheid. Ik weet vanuit het kamperen hoe het is om op een luchtbed te slapen en je wil opstaan. Dat gaat niet echt soepel. Dat doe je dus ook bij deze mensen die al 80 zijn. Hij moet dan wel al een aantal keer gevallen zijn, alleen uit voorzorg doe ik het niet.”

Volgens kenniscentrum Vilans kan het plaatsen van een hoog-laag bed een alternatief zijn voor het plaatsen van bedhekken, maar kan het tegelijkertijd het ook als een beperking van de bewegingsvrijheid worden ervaren, omdat de cliënt moeilijker of niet meer uit bed kan komen. Het is dus mogelijk ook een vorm van onvrijwillige zorg (Vilans, 2020, p. 58).

Het totaalbeeld voor dit vignet is dat de meeste respondenten afzien van het inzetten van

een bedhek, en op zoek gaan naar een minder ingrijpend alternatief. Echter, de respondenten verschillen van mening over welk alternatief passend is, waarbij sommige respondenten gebruik maken van een alternatief dat in sommige situaties ook gezien kan worden als een vrijheidsbeperkende maatregel, omdat de cliënt niet meer zelfstandig uit bed kan komen.

4.3.6. Situatie 6 (PG): Uitluistersysteem

Het zesde en laatste vignet gaat over het gebruik van uitluistersystemen. Dit zijn elektronische systemen waarmee zorgverleners cliënten in hun woning in de gaten kunnen houden. Hierdoor hoeven zorgverleners minder vaak op de kamer van de cliënt te komen, en kunnen meer ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals het op slot doen van deuren), worden voorkomen, omdat zorgverleners het horen wanneer de cliënt gaat dwalen, of wanneer de cliënt valt. Tegelijkertijd wordt met een dergelijk systeem ook inbreuk gemaakt op de privacy van de cliënt. Voor de cliënt in dit voorbeeld geldt dat hij zich verzet tegen de het uitluistersysteem, maar dat de zorgverlener toch wil vasthouden aan het systeem, vanwege bewezen effectiviteit. De respondent wordt gevraagd wat hij of zij in deze situatie zou doen.

Tabel 17. Vignet 6 - Uitluistersysteem (PG)

Zou respondent onvrijwillige zorg toepassen?	Aantal
Ja	0
Nee	8
Misschien	2
Vormen van onvrijwillige zorg	Aantal keer genoemd
Vasthouden aan uitluistersystemen	2
Motivatie om onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Als collega's het ook nodig vinden, dan wil ik het toepassen	1
Als cliënt binnenkomt bij andere cliënten, dan kan het een noodzakelijke maatregel zijn	1
Motivatie om geen onvrijwillige zorg toe te passen	Aantal keer genoemd
Privacy van de cliënt moet gerespecteerd worden	4
Zou zelf ook niet afgeluisterd willen worden	3
Er zijn alternatieven mogelijk voor onvrijwillige zorg (polsband, sensor, tags)	3
Verzet van cliënt betekent dat maatregel niet is toegestaan	2

Voor een aantal respondenten is deze situatie minder herkenbaar dan de vorige casussen, omdat het verpleeghuis waar zij werken niet beschikken over dergelijke uitluistersystemen. Voor de meeste respondenten is dit echter wel een herkenbare situatie, en vrijwel alle respondenten kiezen ervoor om in deze situatie geen onvrijwillige zorg (door middel van een uitluistersysteem) in te zetten. Het belangrijkste motief om geen onvrijwillige zorg in te zetten, is dat respondenten van mening zijn dat de privacy van de cliënt in dit geval gerespecteerd moet worden, ook als dat betekent dat er risico's zijn omtrent de veiligheid.

R15 (verpleegkundige, caregiver): “Mensen hebben recht op privacy, ook bij wonen met dementie. Wij hebben geen af luisterapparatuur, alleen een sensor om bewegingen te melden.”

Een aantal respondenten geeft expliciet aan dat, wanneer zij zich in de situatie verplaatsen, zij ook niet afgeluisterd zouden willen worden, en daarom deze maatregel ook niet bij de cliënt willen inzetten.

R14 (verpleegkundige, enforcer): “Als je jezelf erin verplaatst dat je afgeluisterd zou worden, dan word je ook niet blij. Als iemand zich er nog zo van bewust is, dan vind ik dat geen maatregel die je in kan zetten. [...]. Soms helpt het om je te verplaatsen in iemand om te bedenken hoe vervelend het is voor iemand. Dat moet je per bewoner afwegen. Heeft iemand het gewoon niet meer door, dan kun je het nog afwegen of je het wel of niet doet. Maar bij iemand die er echt tegen protesteert, vind ik niet dat je dat kan maken.”

R11 (verpleegkundige, caregiver): “Als [de cliënt] zelf het risico wil nemen dat er wat gebeurt, en dat voor hem belangrijker is, dan zou ik daarin meegaan. Ik kan me goed voorstellen dat hij dat heel vervelend vindt.”

Daarnaast geven respondenten aan dat er minder ingrijpende alternatieven zijn die ze in deze situatie zouden kunnen inzetten, zoals een sensor, tag of een ander alternatief:

R17 (verpleegkundige, caregiver): “Als deze cliënt wilsbekwaam is, hebben wij geen recht om zijn privésituatie in te kijken. [...]. Ook daar kan je alternatieven bedenken. Je kan vaker in de kamer van de cliënt gaan kijken, of camerasystemen waarbij je in de kamer kunt kijken als de cliënt roept. Die nemen een bepaalde tijd op en die beelden worden ook niet opgeslagen. [...]. Dat is voor mensen die daadwerkelijk valgevaarlijk zijn, zodat je niet constant in de privésituatie van de cliënt

[te komen], dat kan ook heel irritant zijn voor iemand. Ik ben van een echt afluistersysteem geen voorstander.”

R13 (verpleegkundige, enforcer): “Je hebt ook een gewone sensor die het vallen registreert. Camera’s of afluistersystemen zijn best gevorderde privacy-dingen eigenlijk. Als dat niet nodig is, en deze man accepteert het gevaar, [...], waarom zou je dan zoiets doen?”

De laatste motivatie die door respondenten wordt genoemd, is dat zij van mening zijn dat wanneer de cliënt zich verzet, dat betekent dat de maatregel (wettelijk) niet toegestaan is:

R12 (verzorgende, caregiver): “Sowieso is bij verzet de eerste regel dat je het opnieuw moet beoordelen. [...]. Als het mijn bewoner zou zijn, zou ik het stoppen, aangezien er verzet is. [...]. Als er verzet is, dan mogen we het niet inzetten.”

R19 (casemanager dementie, caregiver) “Ik weet dat niet iedere cliënt ervan gediend is of het wil, en dan kan het niet [...]. Wat ik vaak uitleg is dat we het doen voor de veiligheid, zodat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. En dan zie je dat de meeste mensen uiteindelijk akkoord, gaan hoewel ik me afvraag of ze echt begrijpen wat het voor systeem is. Ook al weet dat ik we op die manier kunnen monitoren of iemand nog in zijn bed ligt of op straat loopt of bijvoorbeeld een urineweginfectie heeft, [...] als iemand niet wil dan mag het niet.”

Voor enkele respondenten is het inzetten van een uitluistersysteem mogelijkwijs wel een optie. Een respondent geeft aan dat, wanneer zij zou merken dat collega’s achter de beslissing staan om het in te voeren, dit voor haar een reden zou zijn om vast te houden aan het inzetten van het uitluistersysteem. Voor een andere respondent zou het een mogelijke optie zijn, indien blijkt dat de cliënt ongevraagd bij andere cliënten binnenkomt:

R20 (verpleegkundige, caregiver): “Ik zou niet zeggen, dit systeem hebben we en dat gebruiken we nu eenmaal, en zo doen we dat. Als deze meneer hier moeite mee heeft zou ik zeggen, laten we het een tijdje uitzetten. En als dan blijkt dat hij bij anderen binnenkomt, dan moet je tussen twee kwaden de minst kwade zien te kiezen.”

Het totaalbeeld dat voor dit vignet naar voren komt, is dat de respondenten zeer eensgezind zijn in hun oordeel. De privacy van de cliënt weegt voor hen zwaarder dan eventuele voordelen van het toepassen van deze domoticatoepassing bij de cliënt.

4.4. Analyse relatie tussen attitude en toepassen van onvrijwillige zorg

In deze paragraaf wordt de relatie tussen de onafhankelijke variabele ‘attitude’, die drie waarden kan aannemen (enforcer, caregiver, indifferent), en de afhankelijke variabele, de toepassing van onvrijwillige zorg, geanalyseerd. Eerst wordt een algemeen beeld geschetst op basis van Tabel 18, en worden daar enkele conclusies uit getrokken op basis van de onafhankelijke variabele. Daarna wordt over de vignetten heen geanalyseerd, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen vignetten met veel overeenstemming (4.4.1.), en vignetten met weinig overeenstemming (4.4.2.).

Tabel 18. Analysetabel attitude - toepassing onvrijwillige zorg vignetten

Attitude	Frequentie attitude	In hoeveel situaties zou respondent onvrijwillige zorg toepassen?		
		Ja	Misschien	Nee
VG				
<i>Enforcer</i>	2	3 (50%)	0 (0%)	3 (50%)
<i>Caregiver</i>	4	1 (8%)	4 (33%)	7 (59%)
<i>Enforcer/caregiver</i>	4	1 (8%)	5 (42%)	6 (50%)
PG				
<i>Enforcer</i>	3	0 (0%)	4 (45%)	5 (55%)
<i>Caregiver</i>	6	0 (0%)	6 (33%)	12 (67%)
<i>Indifferent</i>	1	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
Totaal				
<i>Enforcer</i>	5	3 (20%)	4 (27%)	8 (53%)
<i>Caregiver</i>	10	1 (3,3%)	10 (33,3%)	19 (64,3%)
<i>Enforcer/caregiver</i>	4	1 (8%)	5 (42%)	6 (50%)
<i>Indifferent</i>	1	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)

In Tabel 18 is frequentietabel uit Tabel 11 aangevuld met de reacties van de respondenten op de vignetten. Hierdoor is het mogelijk om de resultaten van beide variabelen met elkaar te verbinden. Kijkend naar de vraag in welke situaties de respondenten in totaal onvrijwillige zorg zouden inzetten, dan valt het op dat er relatief veel overeenstemming is tussen de professionals, met name tussen de respondenten in de ouderenzorg. Verreweg de meeste respondenten (in zowel VG als PG) geven aan dat onvrijwillige zorg een laatste middel is dat zo veel mogelijk voorkomen dient te worden. Dit blijkt ook uit de resultaten van de vignetten, waarbij voor de meeste respondenten

geldt dat zij veelal geen onvrijwillige zorg willen inzetten, en als ze het al overwegen, zij dit alleen willen doen als andere alternatieven geen oplossing bieden voor de situatie. Dit is relevant, omdat in het theoretisch kader is behandeld wat de rol van beleidsvrijheid en persoonlijke preferenties van professionals op de uitvoering van beleid. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat ondanks dat divergentie op basis van die persoonlijke kenmerken te verwachten is, zorgprofessionals in Nederland in staat zijn om in het merendeel van de gevallen in lijn met de ‘geest van de wet’ te handelen; namelijk dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk voorkomen moet worden. In de resultaten is wel een duidelijk verschil zichtbaar tussen de respondenten uit de gehandicaptenzorg, en respondenten die werkzaam zijn in de zorg voor mensen met dementie.

Waar respondenten uit de ouderenzorg bij geen enkele casus aangeven dat zij zeker onvrijwillige zouden inzetten, geven respondenten uit de gehandicaptenzorg dit bij sommige casussen wel aan. De groep ‘enforcers’ geven verhoudingsgewijs het vaakste aan dat zij onvrijwillige zorg zouden inzetten. Daar staat wel tegenover dat de groep ‘enforcers’ onder het kopje ‘misschien’ niet hoog scoort (N=0). Er is hier mogelijk een relatie tussen de attitude en de mate waarin zorgverleners onvrijwillige zorg toepassen. Tussen de ‘caregivers’ en de mengvorm ‘enforcer/caregivers’ zit nauwelijks verschil. Bij de respondenten in de ouderenzorg zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen de verschillende attitudes waar te nemen. Hier lijkt op het eerste gezicht geen relatie te zijn tussen de attitude van de zorgverlener en de mate waarin onvrijwillige zorg overwogen of toegepast wordt. De groep respondenten die onder de categorie indifferent valt is te klein (N=1) om er conclusies aan te verbinden. Voor een nadere analyse van de relatie tussen de attitude van de zorgverlener en het toepassen van onvrijwillige zorg, is het nodig om de vignetten apart onder de loep te nemen. Hierbij valt onderscheid te maken tussen vignetten met veel onderlinge overeenstemming, en vignetten met weinig onderlinge overeenstemming.

4.4.1. Vignetten met veel overeenstemming

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er drie vignetten zijn waarbij de respondenten het in zeer grote lijnen met elkaar eens zijn. Dit betreft de vignetten 3 (slapen), 4 (deur op slot) en 6 (uitluistersysteem).

Als reactie op vignet 3 geven vrijwel alle respondenten aan dat de eigen regie in dit geval zwaarder weegt dan de huisregel. De 3 respondenten die aangeven wellicht onvrijwillige zorg te overwegen vallen in de categorieën ‘enforcer/caregiver’ (N=2) en ‘caregiver’ (N=1). Vanuit het

conceptueel model zou verwacht kunnen worden dat juist ‘enforcers’ in deze casus zouden willen vasthouden aan de huisregels, maar daarvan lijkt geen sprake te zijn. De respondenten die qua typering onder de groep ‘enforcers’ vallen, wijzen op de eigen regie van de cliënt, en geven daarnaast aan dat het beleid van de organisatie is gericht op het bieden van vrijheid aan de cliënt in zijn eigen woning. Wat de cliënt op zijn woning doet, en wanneer hij gaat slapen maakt voor hen niet uit. Ook wordt door een enkele ‘enforcer’ aangegeven dat in dit geval de huisregel niet ‘zinnig’ is.

Ook bij vignet 4 (deur op slot) is sprake van een grote mate van overeenstemming tussen de respondenten. Van de tien respondenten geven zeven aan geen onvrijwillige zorg toe te willen toepassen. De drie respondenten die aangeven dat zij in de situatie misschien onvrijwillige zorg zouden toepassen, vallen in de categorieën ‘enforcer’ (N=2) en ‘caregiver’ (N=1). De ‘enforcers’ die overwegen onvrijwillige zorg toe te passen, geven als motivatie dat wanneer een gevaarlijke situatie zich heeft voorgedaan, het noodzakelijk kan zijn om de deur van de woning van de cliënt te sluiten. De meeste respondenten stellen echter dat dit niet is toegestaan, waarbij het belangrijkste argument is dat het niet mag van de wet, het beleid, of dat het moreel niet toegestaan is. Hoewel de respondenten in grote lijnen hetzelfde denken over de situatie, lijkt er wel een subtiel verschil te zijn in hoe ‘enforcers’ en ‘caregivers’ de situatie beoordelen. De ‘enforcers’ zijn meer gericht op het wegnemen van het gevaar voor de cliënt en redeneren vanuit die invalshoek, terwijl de ‘caregivers’ meer nadruk leggen op de vrijheid van de cliënt zelf. Dit geeft weer hoe het dilemma tussen enerzijds vrijheid, en anderzijds vrijheid, door zorgverleners wordt ervaren.

Het laatste vignet waar veel overeenstemming over is tussen de respondenten, is vignet 6 (uitluistersysteem). De twee respondenten die aangeven het uitluistersysteem wellicht in te zetten, vallen beiden onder de categorie ‘caregiver’. De motivaties om onvrijwillige zorg te overwegen lijken niet gerelateerd aan de attitudes van de respondenten. Vanuit het conceptueel model zou verwacht kunnen worden dat de ‘enforcers’ vast zouden willen houden aan het hanteren van het uitluistersysteem. Immers, het ligt in de lijn der verwachting dat de wens om toezicht te kunnen houden op cliënten bij deze groep zwaarder weegt dan bij andere attitudes. In de resultaten is dat echter niet terug te zien.

4.4.2. Vignetten met weinig overeenstemming

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er drie vignetten zijn waarbij minder of weinig overeenstemming was tussen de respondenten. Dit betreft de vignetten 1 (beperken hoeveelheid

cola), 2 (beperken recht op bezoek) en 5 (bedhek).

Bij de reacties op vignet 1 valt op dat de twee respondenten die onvrijwillige zorg zouden toepassen in de voorgelegde situatie, allebei ‘enforcers’ zijn. Voor de ene respondent is de overlast voor de omgeving van de cliënt de doorslaggevende reden om onvrijwillige zorg toe te passen, voor de ander respondent zijn het de gezondheidsrisico’s die maken dat onvrijwillige zorg gewenst is. De ‘enforcers’ zijn in deze situatie sneller geneigd om de vrijheid van de cliënt te ontnemen dan de zorgverleners die onder de categorie ‘caregivers’ vallen of een mengvorm zijn van de twee verschillende attitudes. Dit lijkt erop te duiden dat de attitude van de zorgverlener, in ieder geval in deze casus, mede van invloed is op de vraag of onvrijwillige zorg wordt ingezet.

Vignet 2 levert vanuit de respondenten een zeer verdeeld beeld op. Drie respondenten geven aan onvrijwillige zorg toe te passen, drie respondenten geven aan dat niet te doen, en vier respondenten overwegen het toe te passen. De reacties van de respondenten laten zien dat dit vignet een zeer ingewikkeld ethisch dilemma met zich mee brengt, en respondenten geven ook aan dat zij dit een ingewikkelde casus vinden. Wat hierbij opvalt is dat van de drie respondenten die onvrijwillige zorg zouden toepassen, één behoort tot de categorie ‘enforcers’, één behoort tot de categorie ‘caregivers’ en één behoort tot de categorie ‘enforcer/caregivers’. Voor de ‘enforcer’ en de ‘enforcer/caregiver’ is de motivatie om in deze casus onvrijwillige zorg gelegen in het argument dat de bezoeker van de cliënt te gast is, en zich dus aan de regels van de zorginstelling moet houden. Om die reden wordt het bezoek beperkt. Dit argument past bij het ideaaltype van de enforcer zoals Zacka het omschrijft, namelijk een street-level bureaucrat die het als zijn taak ziet om de wetten en regels die binnen zijn organisatie gelden te handhaven (Zacka, 2017). Voor de ‘caregiver’ ligt de motivatie om onvrijwillige zorg in deze casus toe te passen op een geheel ander vlak, namelijk het beschermen van de cliënt tegen potentiële uitbuiting door een kwaadwillende loverboy. Deze argumentatie ligt ook in lijn met het ideaaltype van de ‘caregiver’, zoals door Zacka omschreven: een street-level bureaucrat die bereid is om een extra stap te zetten ten behoeve van een cliënt, ook als hiermee een risico op paternalisme ontstaat. Dit laat zien dat zowel onvrijwillige zorg zowel vanuit de attitude van een ‘enforcer’, als een ‘caregiver’ gelegitimeerd kan worden.

De reacties op vignet 5 (bedhek) liggen ook wat uit elkaar, met vijf respondenten die onvrijwillige zorg overwegen en vijf respondenten die geen onvrijwillige zorg willen toepassen. Bij deze casus is echter geen significant verschil tussen hoe de verschillende attitudes op deze casus reageren. De respondenten die wellicht onvrijwillige zorg (in de zin van een hoog-laag bed of een

dergelijke maatregel) zouden toepassen bestaat uit twee ‘enforcers’ en drie ‘caregivers’. De groep die geen onvrijwillige zorg zou toepassen bestaat uit een ‘enforcer’, drie ‘caregivers’ en een ‘indifferent’. De respondenten geven, onafhankelijk van attitude, aan dat er minder ingrijpende alternatieven zijn. De respondenten verschillen wel van mening over de vraag of het inzetten van een hoog-laag bed ook geen vrijheidsbeperkende maatregel kan zijn, maar hier is geen relatie met de attitude.

Concluderend lijkt er zeker een relatie te zijn tussen de attitude van de zorgverlener en de vraag of onvrijwillige zorg toegepast wordt. Echter, het is op basis van deze resultaten niet vast te stellen dat ‘enforcers’ noodzakelijkerwijs meer onvrijwillige zorg toepassen dan zorgverleners die onder de categorie ‘caregiver’ of ‘indifferent’ vallen. Dat komt doordat onvrijwillige zorg vanuit verschillende attitudes gelegitimeerd kan worden. De attitude van een ‘enforcer’ kan leiden tot een strikte handhaving van (huis)regels en dus de toepassing van onvrijwillige zorg. Een goed voorbeeld hiervan is het beperken van het bezoek door een ‘enforcer’ omdat de gast zich nu eenmaal aan de regels van de instelling moet houden. Echter, ook de attitude van een ‘caregiver’ kan leiden tot onvrijwillige zorg, omdat er een risico op de loer ligt dat de cliënt paternalistisch behandeld wordt (Zacka, 2017, p. 105). Er is te weinig data om een conclusie te trekken over de attitude ‘indifference’.

Nu de relatie tussen de eerste onafhankelijke variabele (attitude) en de afhankelijke variabele (toepassing van onvrijwillige zorg) is behandeld, wordt de relatie tussen de twee overige onafhankelijke variabelen (copingmechanismen van *street level bureaucrats*, het beleid van de organisatie) en de afhankelijke variabele geanalyseerd.

4.5. Resultaten en analyse relatie tussen copingmechanismen en onvrijwillige zorg

In deze paragraaf wordt de relatie tussen het inzetten van copingmechanismen wegens schaarste en het toepassen van onvrijwillige zorg geanalyseerd. Copingmechanismen zijn, zoals beschreven in het theoretisch kader, gedragingen die eerstelijnsmedewerkers toepassen wanneer zij met klanten interacteren, teneinde de externe en interne eisen waaraan zij in het dagelijkse leven aan tegemoet moeten komen onder de knie te krijgen, te tolereren of verminderen (Tummers, 2015, p. 1100). Het toepassen van onvrijwillige zorg zou mogelijk een copingmechanisme kunnen zijn, in reactie op een hoge werkdruk en/of een gebrek aan tijd. Gedurende de interviews zijn respondenten gevraagd

naar de mate waarin onvrijwillige zorg het gevolg is van het inzetten van copingmechanismen. In Tabel 19 zijn deze resultaten weergegeven.

Tabel 19. Copingmechanismen en onvrijwillige zorg

Wordt onvrijwillige zorg ingezet als copingmechanisme?	Aantal
Ja	7
Nee	13
Vormen van onvrijwillige zorg als copingmechanisme	
Op slot doen van deuren ('s nachts) bij alle cliënten → Routinematig werken (beweging van de cliënt vandaan)	5
Op slot doen van kasten → Routinematig werken (beweging van de cliënt vandaan)	1
(Verborgen) medicatie toedienen bij de cliënt → Routinematig werken (beweging van de cliënt vandaan)	2
Motivatie onvrijwillige zorg als copingmechanisme	
Onvoldoende financiële middelen beschikbaar	1
Onvoldoende personeel om continue aanwezigheid te garanderen	5
Geen tijd om het op een andere manier op te lossen	2
Motivatie onvrijwillige zorg niet als copingmechanisme	
Werkdruk gaat niet, of mag niet ten koste gaan van de cliënt	10
Collega's kunnen werkdruk verlichten in situaties waar mogelijk onvrijwillige zorg toegepast zou worden	3

4.5.1. Resultaten relatie copingmechanismen en onvrijwillige zorg

Het merendeel (N=X) van de respondenten geeft aan dat zij onvrijwillige zorg niet als copingsmechanisme inzetten. Een klein deel (N=7) geeft echter aan dat dit wel degelijk voorkomt.

Voor de respondenten die aangeven dat onvrijwillige zorg geen copingmechanisme, is de belangrijkste motivatie dat werkdruk nooit ten koste mag gaan van de cliënt. Het kan dus niet zo zijn dat onvrijwillige zorg als copingmechanisme wordt ingezet. Hierbij wordt ook regelmatig verwezen naar het beleid van de organisatie, dat erop gericht is om te voorkomen dat onvrijwillige zorg een copingmechanisme wordt:

R1 (gedragsdeskundige, caregiver): “Nee, daar zijn we heel kritisch op. We gaan niet een cliënt achter slot laten rusten omdat wij rustig willen overdragen. Dat gaan we niet doen.”

Daarnaast geven sommige respondenten aan dat vroeger onvrijwillige zorg wel als copingmechanisme werd gebruikt, bijvoorbeeld wegens gebrek aan personeel, maar nu niet meer. Dit versterkt de gedachte dat onvrijwillige zorg als copingmechanisme gebruikt kan worden, als er sprake is van een personeelstekort. Dit wordt beaamd door andere respondenten.

R17 (verpleegkundige, caregiver): “In het verleden kan ik me situaties voorstellen waar dat zorgverleners de artsen zo wisten te bepraten dat er onvrijwillige zorg werd ingezet, puur omdat er geen personeel was. Maar in mijn werksituatie komt dat niet meer voor.”

De vormen van onvrijwillige zorg die respondenten noemen als zij gevraagd worden naar copingmechanismen zijn het sluiten van de deuren van cliënten, het op slot doen van keukenkastjes waar bijvoorbeeld eten of bestek in is opgeslagen, en het toedienen van bepaalde medicatie. Het sluiten van de deuren 's nachts in een maatregel waar respondenten moeite mee hebben, maar is volgens hen een direct gevolg van de wijze waarop de nachtzorg in Nederland is georganiseerd en het gebrek aan personeel dat gedurende de nacht aanwezig is:

R2 (enforcer/caregiver): “Bij sommige woningen zou je eigenlijk 's nachts een begeleider willen hebben die daar blijft, die wakker gemaakt kan worden door de nachtdienst als er wat is. Maar dat heeft ook te maken met budget [...], dat zijn keuzes die gemaakt zijn.”

Respondenten geven aan dat gedurende de overdrachtmomenten de vrijheid van de cliënt soms ook wordt beperkt, omdat gedurende die momenten niemand beschikbaar is om de cliënt in de gaten te houden. Dit leidt bij respondenten tot een dilemma. De overdrachtmomenten zijn immers essentieel voor de continuïteit en dus de kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd is het volgens de respondenten ook niet goed als er niemand bij de cliënt is. Hier is dus sprake van een spanningsveld:

R4 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “Het overdrachtmoment in de middag [...] is best een belangrijk half uurtje om de avonddienst voort te zetten, om te reflecteren op hoe je iets hebt aangepakt. Dat is best essentieel, maar maakt dat je altijd een half uur hebt dat je er niet voor de cliënten kan zijn. Sommige cliënten zitten dan met de deur op slot.”

Een aantal respondenten geven aan dat het soms moeilijk is om voldoende aandacht te besteden aan de cliënten, waardoor situaties kunnen ontstaan waarbij onvrijwillige zorg nodig is, die voorkomen hadden kunnen worden als de zorgverlener meer tijd zou hebben om de cliënt aandacht te schenken. Dit wordt volgens hen versterkt doordat er een ontwikkeling gaande is waarbij minder personeel moet zorgen voor een groeiend aantal cliënten met een steeds zwaarder wordende zorgvraag.

R10 (caregiver): “Het belangrijkste aspect, voor 100 procent, is aandacht. Met aandacht kan je 50 procent van de onvrijwillige zorg voorkomen. Omdat er nu veel minder mensen op de nachtdienst werken dan vroeger, gaan veel meer deuren op slot.”

Daarnaast komt het volgens respondenten soms ook voor dat medicatie wordt toegediend tegen agressief gedrag of verborgen medicatie wordt toegediend bij cliënten met dementie. Dit omdat er geen tijd is om te zoeken naar de achterliggende oorzaken van het onbegrepen gedrag of omdat er geen tijd is om de medicatie op een reguliere wijze toe te dienen.

4.5.2. Analyse relatie copingmechanismen en onvrijwillige zorg

Kijkend naar de vormen van onvrijwillige zorg die als copingmechanisme worden gebruikt, is een patroon te zien dat vanwege gebrek aan tijd, personeel of middelen, zorgverleners er soms voor kiezen om routinematig te werken in plaats van persoonsgerichte zorg te bieden. Dat geldt bijvoorbeeld voor de situatie waarin 's nachts de deuren van alle cliënten op slot gaan, of dat standaard de keukenkastjes op slot worden gezet. Ook wordt soms standaard medicatie gebruikt, zonder dat daarbij naar de achterliggende oorzaken van het gedrag wordt gezocht. Deze vormen van onvrijwillige zorg passen goed binnen de classificatie van copingmechanismen door Tummers et al. (2015). Voor deze specifieke vormen van onvrijwillige zorg geldt dat zij hoofdzakelijk worden ingezet als een vorm van copingmechanisme, en dat copingmechanismen (in dit geval het routinematig werken) dus een belangrijke verklarende factor is. Immers, als er meer middelen zouden zijn om personeel in te schakelen, werden deze maatregelen hoogstwaarschijnlijk niet ingezet. Dit wordt bevestigd in de antwoorden van de respondenten.

Geconcludeerd kan worden dat routinematig werken de kans op het beperken van de vrijheid van de cliënt vergroot. Wanneer er tijd en middelen zijn om persoonsgerichte zorg te bieden, kan maatwerk worden geboden waardoor vrijheidsbeperking geen noodzaak meer is. De twee andere soorten coping van Tummers et al. (2015); bewegingen naar de cliënt toe en

bewegingen tegen de cliënt in, komen in de onderzoeksresultaten niet terug en lijken de inzet van onvrijwillige zorg niet te verklaren.

4.6. Resultaten en analyse relatie tussen het beleid van de organisatie en onvrijwillige zorg

In deze paragraaf wordt de relatie tussen het beleid en de toepassing van onvrijwillige zorg geanalyseerd. In deze paragraaf komt aan de orde in hoeverre de respondenten op de hoogte zijn van het beleid van de eigen organisatie omtrent onvrijwillige zorg en of dit beleid erop gericht is om onvrijwillige zorg te voorkomen.

4.6.1. Resultaten relatie tussen het beleid en onvrijwillige zorg

Tabel 20. Kennis van respondenten omtrent het beleid van de organisatie

Is de respondent op de hoogte van het beleid van de organisatie?	Aantal
Ja	19
Nee	1
Is de respondent betrokken bij de totstandkoming van het beleid binnen de organisatie?	
Ja	6
Nee	6
Niet genoemd	8
Heeft de respondent scholing gehad over de Wet zorg en dwang?	
Ja	7
Nee	1
Niet genoemd	13
Is het beleid van de organisatie erop gericht om onvrijwillige zorg te voorkomen?	
Ja	19
Nee	0
Weet niet	1

Tabel 20 laat zien dat vrijwel alle respondenten min of meer op de hoogte zijn van het beleid en de organisatie omtrent onvrijwillige zorg. De meeste respondenten geven daarbij aan dat zij niet exact het beleidsplan van de organisatie uit het hoofd kennen, maar dat zij weten wat de visie van de

organisatie is, en dat zij weten hoe ze moeten handelen wanneer zij in de dagelijkse praktijk met onvrijwillige zorg te maken krijgen. Tijd speelt hierin een rol:

R1 (gedragsdeskundige, caregiver): “Ik heb echt geen tijd om een uur achter mijn computer een heel beleidsstuk te lezen. Maar als gedragskundigen zitten we dicht bij het vuur, ik weet heus wel wat [...] het beleid is ten aanzien van onvrijwillige zorg, en ik weet de stappen die ik moet zetten.”

Een andere respondent geeft aan de visie van de organisatie wel te kennen, maar niet exact op de hoogte te zijn van het beleid van haar organisatie. Dit heeft er ook mee te maken dat enkele respondenten aangeven dat zij hun werk ook goed kunnen doen zonder exact te weten wat het beleid van de organisatie is, zolang de geest van het beleid maar duidelijk is.

R5 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “Echt het beleid zou ik niet uit mijn hoofd weten. Het is meer een gewoonte dat ik het gewend ben om korte lijntjes te hebben en als wij dingen inzetten, dat we dan ook de gedragsdeskundige bellen dat we het hebben ingezet.”

Eén respondent geeft aan niet op de hoogte te zijn van de visie of het beleid van de eigen organisatie omtrent onvrijwillige zorg, vanwege het feit dat de desbetreffende respondent nog maar net in dienst is gekomen en nog niet geschoold is over het onderwerp.

Daarnaast geeft een zestal respondenten aan dat zij, naast het dagelijkse werk met cliënten, ook betrokken zijn of zijn geweest bij de totstandkoming van het beleid van de organisatie rondom onvrijwillige zorg:

R3 (gedragsdeskundige, enforcer): “Ik ken het beleid uit mijn hoofd als het gaat om fixatie en afzondering. Wij willen geen fixatie en afzondering en zullen alle middelen instellen om te zorgen dat daarin ondersteund wordt. Ik zit zelf ook in een intern expertiseteam [op dit onderwerp].”

Deze respondenten zijn op verschillende manier betrokken geweest bij de totstandkoming van het beleidsplan. Zo is een respondent zowel begeleider van cliënten als projectleider Wzd van de eigen organisatie, werken andere respondenten in interne Wzd-commissies, of hebben respondenten meegekeken op het beleidsplan toen het opgesteld werd. De meeste respondenten geven echter niet aan dat zij binnen de eigen organisatie betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het beleid rondom onvrijwillige zorg.

Een zevental respondenten geeft aan dat zij, bijvoorbeeld via e-learning, scholing hebben gekregen over de hoofdlijnen van de Wet zorg en dwang. Enkele respondenten geven uit zichzelf

aan dat het heel belangrijk is dat personeel voldoende is geschoold, zodat ze weten hoe ze naar alternatieven voor onvrijwillige zorg moeten zoeken. Een meerderheid van de respondenten noemt niet dat zij zijn geschoold in onvrijwillige zorg, maar daaruit kan niet worden afgeleid dat scholing niet heeft plaatsgevonden.

R17 (verpleegkundige, caregiver): “Niemand mag bij ons op een afdeling werken zonder een kennistoets te hebben gemaakt over de alternatieven voor onvrijwillige zorg.”

Kijkend naar de inhoud van het beleid van de organisaties zien we dat vrijwel alle respondenten aangeven dat het beleid van de organisatie erop gericht is om onvrijwillige zorg te voorkomen (het nee, tenzij principe). Een enkele organisatie gaat hierin nog een stap verder, door het woord ‘tenzij’ uit de visie te verwijderen:

R2 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “[Ons beleid is] geen onvrijwillige zorg, punt. Volgens mij was het eerst niet, tenzij. Maar volgens mij is dat tenzij er ook afgehaald. Ik ben niet zo van de beleidsstukken tot de letter kennen, maar wel de inhoud naleven.”

Met de komst van de Wet zorg en dwang is het woord ‘tenzij’ uit de visie gehaald, om te benadrukken dat de organisatie geen onvrijwillige zorg wil toepassen. Hier wordt echter verschillend over gedachten door respondenten die werkzaam zijn bij deze organisatie:

R4 (gedragsdeskundige, enforcer/caregiver): “Vroeger was ons beleid nee, tenzij. Toen de Wzd kwam wilden ze nog een duidelijker standpunt afgeven en zeggen: nee, dat doen we niet. Ergens vind ik dat heel mooi, maar aan de andere kant vind ik dat niet realistisch. Ik vond nee, tenzij wel mooi. Ondanks dat we het niet willen doen we het soms wel.”

Andere respondenten geven aan dat het beleid van de organisatie weliswaar gericht is om onvrijwillige zorg te voorkomen, maar dat dat niet betekent dat onvrijwillige zorg nooit ingezet kan worden. Het moet alleen wel goed onderbouwd kunnen worden:

R8 (begeleider, caregiver): “Het beleid van [mijn organisatie] is dat alles wat jij doet, in de zin van een bepaalde beperking opleggen, dat moet je kunnen onderbouwen en dat moet in het dossier opgesteld zijn. In het beleid staat ook dat je altijd moet evalueren om te kijken of er andere alternatieven zijn.”

Tot slot geldt voor de meeste respondenten geldt al voor de Wet zorg en dwang, toen de wet Bopz nog van kracht was er beleid was om onvrijwillige zorg tegen te gaan. De Wet zorg en dwang heeft daarin geen grote verandering gebracht binnen de organisaties waar zij werkzaam zijn, maar heeft wel meer nadruk gelegd op de vrijheid van cliënten. Zo verwoordt een respondent:

R16 (verzorgende, caregiver): “We zijn door de Wzd beter gaan nadenken over onvrijwillige zorg, vooral de maatregelen die al langere tijd ingezet waren. Eenmaal ingezet bleven die altijd een beetje hangen, en dat is nu anders. We denken beter na hoe we het anders kunnen doen om het voor de cliënt fijner te maken.”

4.6.2. Analyse relatie tussen het beleid en onvrijwillige zorg

Wat opvalt aan de resultaten is dat de meeste respondenten goed op de hoogte zijn van het beleid. Zij kennen de uitgangspunten van het beleid van de organisatie, en zijn het (vrijwel altijd) eens met deze uitgangspunten. Voor alle respondenten geldt dat de organisaties waarvoor zij werken beleid hebben om onvrijwillige zorg tegen te gaan, en voor de meeste respondenten geldt dat dit beleid al jaren geleden ingezet is. Het nieuwe beleid is voor veel respondenten meer een aanscherping van reeds bestaand beleid, dan een fundamentele koerswijziging.

Er zijn, kijkend naar de reacties van de respondenten, een drietal factoren die laten zien dat er een belangrijke relatie is tussen het beleid van de organisatie en onvrijwillige zorg.

Ten eerste is er een belangrijke rol in het beleid van de organisatie door de visie die men uitstraalt met het beleid. Respondenten kennen wellicht niet het hele beleidsplan uit het hoofd, maar weten wel wat de visie/motto van de eigen organisatie is. Het uitstralen van een duidelijke visie, en door scholing ervoor zorgdragen dat deze visie wordt geïnternaliseerd door respondenten, leidt ertoe dat respondenten zich meer bewust worden van het beleid omtrent onvrijwillige zorg en de noodzaak van het voorkomen ervan. Vrijwel alle respondenten in het onderzoek waren in staat om de visie van de eigen organisatie te benoemen, en waren het ook eens met deze visie. Door het op een positieve manier insteken van deze visie (leven in vrijheid mogelijk maken) neemt de bereidheid van zorgverleners om onvrijwillige zorg te voorkomen toe.

Ten tweede bepaalt het beleid van organisaties in de meeste gevallen dat besluitvorming rondom onvrijwillige zorg multidisciplinair plaatsvindt. Hierdoor wordt voorkomen dat de overtuiging van een enkele betrokken zorgverlener doorslaggevend is bij de vraag of onvrijwillige zorg wordt ingezet. Respondenten op de werkvloer vinden dit soms lastig. Zo geeft een respondent

(verzorgende) aan dat er soms situaties zijn waarbij het voor de respondent evident is dat een vrijheidsbeperkende maatregel noodzakelijk is, maar dat deze voor haar gevoel vrij laat wordt ingezet omdat eerst multidisciplinair naar alternatieven wordt gekeken. Het beleid van de organisatie zorgt er hier enerzijds voor een dempende werking op de inzet van onvrijwillige zorg, omdat de wens van de verzorgende om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten niet meteen wordt gehonoreerd. Anderzijds zorgt het beleid mogelijk wel voor een groter risico op een (val)incident, omdat het lang duurt voordat een maatregel die wellicht wel noodzakelijk is wordt ingezet. Hier is sprake van een voortdurend evenwicht tussen het geven van vrijheid en het voorkomen van risico's.

Ten derde is het beleid van de organisatie belangrijk door het bieden van handelingsperspectief aan professionals in de praktijk. Een belangrijke reden voor respondenten om geen onvrijwillige zorg toe te passen (zie de resultaten in hoofdstuk 4.3) is wanneer zij zien dat er geschikte alternatieven zijn die minder ingrijpend zijn voor de cliënt. Op het moment dat er geen alternatieven in zicht zijn, wordt onvrijwillige zorg haast noodzakelijk. Diverse respondenten wijzen op het belang van adequate scholing in alternatieven voor onvrijwillige zorg, en het beschikbaar stellen van (technologische) hulpmiddelen die de vrijheid van de cliënt kunnen vergroten. Daarnaast helpt het respondenten als er iemand is binnen de eigen organisatie bij wie ze terecht kunnen om situaties met betrekking tot onvrijwillige zorg te bespreken. Dit zijn onderdelen waarbij het beleid een grote rol kan spelen in het voorkomen van onvrijwillige zorg.

Samengevat kan worden gesteld dat een beleid, dat gericht is op een positieve visie op het voorkomen van onvrijwillige zorg, multidisciplinaire besluitvorming en het bieden van concrete handelingsperspectieven, een grote invloed heeft op de toepassing van onvrijwillige zorg door zorgverleners.

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk vormt de conclusie van het onderzoek naar de handelingsperspectieven van street-level bureaucrats die te maken hebben met onvrijwillige zorg. Het hoofdstuk is opgebouwd in drie onderdelen. Eerst zal concluderend de centrale onderzoeksvraag beantwoord worden. Vervolgens wordt in de discussie gereflecteerd op het onderzoek, het theoretisch kader, en worden suggesties voor vervolgonderzoek genoemd. Tot slot wordt een vijftal aanbevelingen gegeven voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport en/of zorgaanbieders die de Wet zorg en dwang uitvoeren of overwegen dit te gaan doen.

5.1. Conclusie

De doelstelling van het onderzoek, zoals in de inleiding is weergegeven, luidt als volgt:

Het doel van dit onderzoek is de implementatie van de nieuwe Wet zorg en dwang te verbeteren door te verklaren welke factoren van invloed zijn op de keuzes die zorgprofessionals maken met betrekking tot onvrijwillige zorg, en te onderzoeken welke dilemma's en knelpunten zij ervaren bij het toepassen van onvrijwillige zorg.

Uit deze doelstelling vloeit de volgende onderzoeksvraag voort:

Welke factoren zijn van invloed op de keuzes die zorgprofessionals maken met betrekking tot onvrijwillige zorg, en welke knelpunten en dilemma's ervaren zij bij het toepassen van onvrijwillige zorg?

De beantwoording van deze onderzoeksvraag kan in twee onderdelen worden verdeeld. De eerste vraag die in dit hoofdstuk aan de orde komt is: Welke factoren zijn van invloed op de keuzes die zorgprofessionals maken met betrekking tot onvrijwillige zorg? De tweede vraag is: Welke knelpunten en dilemma's ervaren zorgprofessionals bij het toepassen van onvrijwillige zorg?

5.1.1. Welke factoren zijn van invloed op de keuzes die zorgprofessionals maken met betrekking tot onvrijwillige zorg?

Geconcludeerd kan worden dat de drie variabelen die in dit onderzoek zijn bestudeerd allemaal van invloed zijn op de vraag of onvrijwillige zorg wordt ingezet. Uit de analyse van de eerste variabele, de attitude van zorgverleners, is gebleken dat de attitude van zorgverleners op verschillende manieren kan leiden tot het toepassen van onvrijwillige zorg. In situaties waarbij de cliënt bepaalde

(huis)regels overtreedt, zal een ‘enforcer’ sneller geneigd zijn dan andere zorgverleners om deze regel strikt te handhaven, waardoor er mogelijk sprake kan zijn van onvrijwillige zorg. Tegelijkertijd is gebleken dat er ook situaties zijn waarbij onvrijwillige zorg juist gelegitimeerd wordt vanuit de motivaties van een ‘caregiver’, die de cliënt wil beschermen tegen zichzelf en hem of haar daardoor in beperkt in zijn of haar vrijheid.

Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat een gebrek aan tijd en middelen er soms voor zorgen dat cliënten routinematig in hun vrijheid worden beperkt, als gevolg van de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Het sluiten van de deuren van cliënten gedurende de nacht is hier bij uitstek een voorbeeld van. In deze situaties is onvrijwillige zorg een copingmechanisme dat zorgverleners toepassen om het werk behapbaar te houden, ook als zij de vrijheid van de cliënt eigenlijk niet willen beperken. Het beschikbaar hebben van meer personeel zou in deze situaties kunnen bijdragen aan het voorkomen van onvrijwillige zorg, maar hier staat wel tegenover dat dit personeel geworven moet kunnen worden, en dat er middelen voor beschikbaar worden gesteld. Het betreft dus een afweging tussen enerzijds de rechtsbescherming/de vrijheid van cliënten, en de vraag of de zorg organiseerbaar is en de kosten opwegen tegen de maatschappelijke baten.

Voorts kan worden gesteld dat een beleid, dat gericht is op een positieve visie op het voorkomen van onvrijwillige zorg, multidisciplinaire besluitvorming en het bieden van concrete handelingsperspectieven, een grote invloed heeft op de toepassing van onvrijwillige zorg door zorgverleners, omdat dit beleid zorgverleners equipeert met de motivatie en de kennis om de vrijheid voor cliënten te vergroten.

Onvrijwillige zorg is, zoals uiteengezet in het theoretisch kader, een breed begrip. Er zijn veel verschillende dingen die kunnen worden gezien als onvrijwillige zorg, van het insluiten van de cliënt in zijn eigen kamer, cameratoezicht, tot leefstijlinterventies die de cliënt beperken in zijn vrijheid om te bepalen wat hij of zij eet en drinkt en wanneer hij of zij dat doet. Omdat onvrijwillige zorg zo’n brede reikwijdte heeft, is het moeilijk om één dominante factor aan te wijzen die de keuze van zorgverleners voor het toepassen van onvrijwillige zorg verklaart. Dit is afhankelijk van de situatie van de cliënt en de precieze interventie die wordt overwogen.

Op basis van het onderzoek kan wel geconcludeerd worden dat de geïnterviewde zorgverleners in beginsel goed in staat zijn om bij besluitvorming rondom onvrijwillige zorg te handelen in de geest van de wetgeving, en in de geest van het beleid, ongeacht of de respondent een ‘caregiver’, ‘enforcer’ of ‘indifferent’ is. Dagelijkse situaties waarin de toepassing van

onvrijwillige zorg overwogen zou kunnen worden, worden veelal opgelost zonder dat dwang wordt toegepast. Zorgverleners zijn zich doorgaans goed bewust van de impact van onvrijwillige zorg op cliënten, en willen de cliënt zo veel mogelijk regie geven om het leven naar eigen inzicht in te richten, ook als dit betekent dat er mogelijk risico's zijn voor de veiligheid van de cliënt. Wanneer minder ingrijpende alternatieven mogelijk zijn, kiezen zorgverleners ervoor om die in te zetten. Echter, alhoewel de geïnterviewde zorgverleners zich meestal wel proberen te verplaatsen in de belevingswereld van de cliënt, zijn ze zich niet altijd bewust van de precieze uitwerking van een maatregel op de cliënt.

Er zijn verschillen tussen de twee sectoren (ouderenzorg en gehandicaptenzorg) die in dit onderzoek zijn bestudeerd. Waar bij de respondenten in de ouderenzorg veelal sprake is van een klassiek dilemma tussen de vrijheid en de (fysieke) veiligheid van een cliënt, bijvoorbeeld door het risico op valincidenten of dwalen, lijken de dilemma's bij de respondenten in de gehandicaptenzorg ingewikkelder en ethisch complexer. Dit heeft te maken met de aard van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, die veel meer is gericht op het begeleiden van cliënten in hun dagelijkse leven. Omdat deze begeleiding alle facetten van het leven van een cliënt raakt, betekent dit ook de mogelijkheid dat de zorgverlener zich met al deze facetten bemoeit. Immers, de cliënt wordt begeleid omdat het hem of haar zelf alleen niet lukt.

Cliënten met een verstandelijke beperking willen soms dingen die voor mensen zonder beperking heel normaal zijn. Het hebben van een relatie is daar een goed voorbeeld van. Zorgverleners in de gehandicaptenzorg ervaren hierbij, meer dan zorgverleners in de ouderenzorg, een spanningsveld tussen het willen geven van maximale regie aan de cliënt om het leven naar eigen inzicht in te richten, en hun taak om de cliënt te begeleiden op alle terreinen van hun leven.

5.1.2. Welke knelpunten en dilemma's ervaren zorgprofessionals bij het toepassen van onvrijwillige zorg?

Een van de doelstellingen van dit onderzoek is het verkennen van die dilemma's. In deze paragraaf worden de belangrijkste knelpunten en dilemma's die respondenten hebben genoemd uiteengezet.

De geïnterviewde respondenten geven allemaal aan dat zij, voor zover zij kennis hebben van de wetgeving, het eens zijn met het uitgangspunt van de Wzd, dat onvrijwillige zorg zo veel mogelijk voorkomen dient te worden. Zorgverleners waarderen het dat de definitie van onvrijwillige zorg breder is dan voorheen, en zij waarderen ook dat er periodiek momenten zijn waarbij intern én extern wordt geëvalueerd. Zorgverleners geven echter ook aan dat er knelpunten

en dilemma's zijn waar zij tegen aan lopen bij de toepassing van onvrijwillige zorg.

Het eerste veelgenoemde dilemma speelt zich met name af in de ouderenzorg. Vrijwel alle respondenten geven aan dat de relatie met de familie ten opzichte van onvrijwillige zorg soms moeizaam is, omdat de familie verder wil gaan in de vrijheidsbeperking van de cliënt dan de zorgverlener. Het is voor de familie van de cliënt soms moeilijk te accepteren dat ook in een verpleeghuis risico's kunnen zijn voor de veiligheid van de cliënt, en dat het geven van vrijheid aan de cliënt zwaarder kan wegen dan het uitsluiten van risico's. In dergelijke situaties staan zorgverleners tussen de cliënt en de familie in, en zijn de zorgverleners degenen die de rechtsbescherming van de cliënt moeten bewaken. Dit terwijl de Wzd bedoeld is om de rechtspositie van de cliënt ten opzichte van de zorgprofessionals te beschermen. De Wzd is niet van toepassing op familie en/of mantelzorg.

Het tweede veelgenoemde dilemma, is dat het stappenplan uit de Wzd soms ook gevolgd moet worden wanneer er geen verzet is vanuit de cliënt en de vertegenwoordiger instemt. Dit met de bedoeling om de meest kwetsbare cliënten te beschermen. Dit leidt volgens een aantal respondenten tot ongewenste situaties waarbij tijd verloren gaat aan verplichte overleggen, evaluaties en registratie, die in de ogen van de respondenten niets toevoegen aan kwaliteit van zorg. Zo stelt een respondent:

“Dan zitten we daar, en dan denken we: wat zijn we nu eigenlijk aan het doen? En dan moet een wettelijk vertegenwoordiger aansluiten bij het overleg, en die zit ons aan te kijken van, moeten we het hier wel over hebben?”

Respondenten geven enerzijds aan dat het fijn is dat er protocollen en richtlijnen zijn om op terug te kunnen vallen, anderzijds voelen ze zich belemmerd wanneer zij geconfronteerd worden met wettelijke verplichtingen die in hun ogen niets toevoegen. Respondenten voelen zich in staat om goede afwegingen te maken op het gebied van onvrijwillige zorg, en ervaren de wettelijke verplichtingen vanuit de Wet zorg en dwang soms als een teken van wantrouwen. Daarnaast ervaren zorgverleners dat situaties soms niet in protocollen vast te leggen zijn:

“Dit soort casussen is niet een protocolletje te vatten. Daar zijn geen lijstjes voor, dus dat maakt ons werk best wel ingewikkeld denk ik. Dat maakt ook dat wij een hele grote verantwoordelijkheid hebben.”

Ook geven sommige respondenten aan dat zij soms te lang bezig zijn met het verantwoorden van een maatregel die juist bedoeld is om de cliënt meer vrijheid te geven. Hierbij is het overigens niet geheel duidelijk of deze verantwoordingslast het directe gevolg is van landelijke wetgeving, of van het door de eigen organisatie vastgestelde beleid:

“Ik vind het te summier dat als een bewoner het zelf wil [inzetten van toezichthoudende domotica], dat er dan zo moeilijk over gedaan wordt, dat vind ik wel lastig. Soms gebruiken we het juist als hulpmiddel om de cliënt te ondersteunen met zo vrij mogelijk zijn. Voor mij gaat het erover dat de bewoner instemt en dat het weloverwogen is wat je doet. Als je dat kan onderbouwen, zou ik soms willen dat we wat flexibeler konden zijn.”

Zorgverleners geven aan niet altijd in staat te zijn om de strakke termijnen die in wetgeving zijn vastgelegd te kunnen halen, met betrekking tot de periodieke multidisciplinaire evaluaties die juridisch gezien plaats moeten vinden binnen een bepaalde tijd. Ze waarderen de introductie van de externe deskundige, een deskundige van een andere organisatie die na een periode van zes maanden meekijkt of onvrijwillige zorg afgebouwd kan worden, maar geven aan dat dit door de drukte een papieren exercitie dreigt te worden. Het registreren van onvrijwillige zorg wordt als een forse administratieve belasting ervaren, omdat de systemen nog niet goed zijn ingericht.

Veel gedragsdeskundigen en verpleegkundigen geven aan dat de kennis over de Wzd en het thema ‘leven in vrijheid’ nog niet altijd in voldoende mate aanwezig is bij begeleiders of verzorgenden. Begeleiders vervullen een essentiële rol binnen de zorg voor kwetsbare mensen, maar hebben binnen de Wzd meestal geen officiële taak. Er is volgens de gedragsdeskundigen en verpleegkundigen nog meer nodig om de aandacht voor de Wzd bij deze groep professionals voor het voetlicht te brengen.

Tot slot brengt de COVID-19 pandemie nieuwe dilemma’s met zich mee op het spanningsveld tussen vrijheid en veiligheid. Zorgverleners geven aan dat zij worstelen met de mate waarin vrijheden gedurende de pandemie zijn beperkt. De maatregelen die binnen zorginstellingen zijn getroffen gedurende 2020-2021 worden weliswaar gezien als onvermijdelijk, maar werpen wel een nieuw licht op de discussies over vrijheidsbeperkende maatregelen in de ouderenzorg, maar ook de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

5.2. Discussie

In dit gedeelte zal worden gereflecteerd op het onderzoek en de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens wordt gereflecteerd op de theoretische basis die is gebruikt voor dit onderzoek. Tot slot worden suggesties voor vervolgonderzoek gegeven.

5.2.1. Reflectie op het onderzoek

In reflectie op het onderzoek moet als eerste worden benoemd dat het onderzoek is uitgevoerd gedurende de COVID-19 pandemie. Deze wereldwijde pandemie had een grote impact op zorgaanbieders en zorgverleners gedurende de onderzoeksperiode, waardoor het niet mogelijk was om een groot aantal respondenten te vinden, op basis waarvan een kwantitatieve analyse mogelijk was geweest. De belasting op zorgverleners was gedurende de onderzoeksperiode immers velen malen hoger dan in de periode voor de pandemie. Vanwege het relatief kleine aantal respondenten is het niet mogelijk om de kwalitatieve resultaten van dit onderzoek te generaliseren naar de totale populatie van zorgverleners in de ouderen- en gehandicaptenzorg. Echter, dankzij de verdiepende, digitale interviews met de twintig respondenten die hebben deelgenomen is er nu meer kennis over de handelingsperspectieven van zorgverleners die met de Wet zorg en dwang werken. De respondenten waren werkzaam bij verschillende zorgaanbieder in Nederland, en zijn gevonden via het netwerk van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, brancheorganisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen ActiZ en beroepsvereniging V&VN voor verpleegkundigen en verzorgenden. Zorgaanbieders en zorgverleners hebben zichzelf aangemeld voor het deelnemen aan het onderzoek, waardoor er een risico is dat de respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek niet representatief zijn voor de gehele populatie. Mogelijkerwijs omdat zij meer affiniteit hebben met het thema onvrijwillige zorg. Dit risico is enigszins ondervangen door het selecteren van respondenten die werkzaam waren bij verschillende zorgaanbieders en verschillende disciplines.

Een mogelijke andere beperking is dat de onderzoeker door respondenten beschouwd kon worden als een medewerker van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, waardoor mogelijk sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven. In de onderzoeksperiode was de onderzoeker tevens werkzaam voor het ministerie. Echter, gedurende de interviews is benadrukt dat het onderzoek los staat van het ministerie, en onderdeel is van een afstudeertraject voor masteropleiding Bestuurskunde. Ook is benadrukt dat respondenten vrijuit konden spreken, en dat

hun informatie niet met het ministerie gedeeld zou worden en alleen anoniem zou worden verwerkt in het onderzoek.

5.2.2. Reflectie op de theorie

Dit onderzoek is gebaseerd op het concept street-level bureaucracy van Michael Lipsky (1980). Dit concept gaat uit van een bottom-up perspectief op implementatie van beleid, vertrekkend vanuit de uitvoerders van het beleid: de *street level bureaucrats*. Zacka (2017, pp. 23-24) identificeert drie kenmerken van street-level bureaucrats: ze zijn hiërarchisch aan de onderkant van een organisatie gepositioneerd, ze hebben direct klantcontact en zijn uitgerust met een bepaalde mate van beleidsvrijheid, ofwel discretionaire ruimte. Klassieke voorbeelden van *street level bureaucrats* zijn medewerkers van de sociale dienst, of politieagenten. Er is vanuit de bestuurskundige literatuur nog weinig onderzoek gedaan naar de positie van zorgprofessionals als *street level bureaucrats*. Dit onderzoek doet een bijdrage aan de bestuurskundige literatuur door zorgverleners vanuit de lens van de street-level bureaucracy te bestuderen. Zorgverleners voldoen voor een groot deel aan de street-level bureaucrats volgens Lipsky (1980) en Zacka (2017). Het zijn professionals met direct klantcontact, die binnen wetgeving, protocollen en richtlijnen beleidsvrijheid hebben om situaties te beoordelen. Echter, er zijn twee verschillen waar te nemen. Zo zijn zorgverleners niet in dienst van de overheid of een uitvoeringsorganisatie gelieerd aan de overheid, maar in dienst van een private zorgorganisatie. Deze zorgorganisatie formuleert, op basis van wetgeving, haar beleid omtrent onvrijwillige zorg. De relatie tussen de zorgverlener en het door een overheid geformuleerde beleid is dus minder direct dan bij een medewerker van de sociale dienst, gemeenteambtenaar of politieagent. Zorgverleners zien zichzelf niet direct als uitvoerders van beleid, maar als professionals die zorg verlenen aan kwetsbare mensen.

Een ander verschil is dat de relatie tussen de klant en de zorgprofessional wezenlijk verschilt van de meeste andere *street level bureaucrats*. Bij de meeste *street level bureaucrats* is de relatie met de klant relatief kortdurend en weinig intensief van aard. Een klant komt langs bij de sociale dienst, en vertrekt na een afspraak om weer naar huis te gaan. In de zorg is het klantcontact veel langduriger en intensiever; cliënten zijn voor het groot deel van hun dagelijkse behoeften, (eten, naar bed gaan, medicatie, et cetera) afhankelijk van de zorgprofessional. Dit maakt dat de relatie tussen de street-level bureaucrat en de klant intensiever is dan een gemiddelde gemeenteambtenaar of medewerker van de sociale dienst.

Andere concepten die in dit onderzoek centraal stonden waren de drie attitudes van Zacka

(2017). Het betreft hier een relatief nieuwe typering van de attitudes die *street level bureaucrats* kenmerken. Er is nog relatief weinig empirisch onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van de attitudes ‘enforcer’, ‘caregiver’ en ‘indifferent’. Dit maakte dat er weinig praktische handvatten waren om deze concepten te operationaliseren. Dit onderzoek doet een poging tot een praktische operationalisering van deze concepten, en laat zien dat de attitudes van Zacka ideaaltypen zijn; in de praktijk is er veelal sprake van een mengvorm tussen de verschillende attitudes.

5.3.3. Vervolgonderzoek

Uit dit onderzoek zijn een drietal suggesties voor vervolgonderzoek af te leiden. Ten eerste is het wenselijk om meer onderzoek te doen naar het fenomeen street-level bureaucracy in de zorg. Daarbij is het wenselijk om te onderzoeken in welke mate zorgverleners zichzelf identificeren als *street level bureaucrats*, en om nader te onderzoeken in welke mate zorgverleners overeenkomsten vertonen met klassieke *street level bureaucrats*, en in welke mate er verschillen zijn tussen de verschillende groepen street-level bureaucrats.

Daarnaast is het wenselijk om meer onderzoek te doen naar de verschillende wijzen waarop *street level bureaucrats* te typeren zijn. In dit onderzoek zijn de drie attitudes van Zacka (2017) gebruikt. Er is meer onderzoek nodig om een geschikte operationalisering van deze concepten te vinden, die toegepast kan worden in empirisch onderzoek naar street-level bureaucrats.

Tot slot is het wenselijk om naast kwantitatief, ook kwalitatief onderzoek te doen naar de handelingsperspectieven van zorgprofessionals omtrent onvrijwillige zorg. De bevindingen uit dit onderzoek zouden empirisch getoetst kunnen worden. Zo zou onderzocht kunnen worden of het beschikbaar stellen van extra personeel ertoe kan leiden dat cliënten (bijvoorbeeld gedurende de nacht) meer vrijheid geboden kan worden. Daarnaast zou empirisch onderzoek gedaan kunnen worden naar het beleid van zorgorganisaties en de toepassing van onvrijwillige zorg om te onderzoeken welke factoren uit het beleid aantoonbaar succesvol zijn in het terugdringen van onvrijwillige zorg, en welke niet.

5.3. Aanbevelingen

Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek worden vijf aanbevelingen gedaan voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) en/of zorgaanbieders die de Wet zorg en dwang uitvoeren of overwegen dit te gaan doen.

5.3.1. Geef professionals meer ruimte en vertrouwen om zelf afwegingen te maken

Zorgprofessionals zijn over het algemeen goed in staat om in de geest van de wet te handelen, en hebben behoefte aan meer beleidsvrijheid. De uitgangspunten van de Wet zorg en dwang worden breed omarmd, maar de praktische uitwerking van de wet wordt door zorgverleners als rigide en belastend ervaren. Het ministerie van VWS moet onderzoeken of het mogelijk is om de Wzd te flexibiliseren en om meer ruimte en vertrouwen aan de praktijk terug te geven.

5.3.2. Betrek de praktijk bij beleidsvorming

De Wzd biedt rechtsbescherming aan kwetsbare cliënten, en het is goed dat deze rechtsbescherming er is. Echter, rechtsbescherming die praktisch niet uitvoerbaar is heeft uiteindelijk voor de cliënt ook geen meerwaarde. Daarom moet het ministerie van VWS de praktijk betrekken bij beleidsvorming rondom de Wzd. Dit geldt voor zowel de aanbieders, de professionals, als de cliënt en zijn of haar omgeving.

5.3.3. Besteed aandacht aan de zorgprofessionals die binnen de Wzd geen officiële rol vervullen, maar wel het dichtst bij de cliënt staan

Begeleiders en verzorgenden spelen een grote rol bij onvrijwillige zorg. Zij zijn immers de professionals die het meeste directe klantcontact hebben. Deze professionals hebben binnen de Wzd echter geen officiële rol. Zij zijn veelal geen zorgverantwoordelijke (artsen, verpleegkundigen en gedragsdeskundigen), of Wzd-functionaris (specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten). Zorgaanbieders moeten aandacht besteden aan de scholing en training van begeleiders en verzorgenden, om ook bij hen de principes van de Wzd over het voetlicht te brengen. Bij communicatie en kennisverspreiding over de Wzd dient het ministerie ervoor te zorgen dat de informatie ook voor deze groep professionals leesbaar en toegankelijk is.

5.3.4. Breng het thema 'leven in vrijheid' onder de aandacht bij familie en naasten

Zorgverleners in de ouderenzorg geven aan dat familie en naasten van de cliënt vaak verder willen gaan in de vrijheidsbeperking van een cliënt dan de zorgverleners. De Wzd is niet van toepassing

op mantelzorg, wat betekent dat er behoudens het strafrecht geen wettelijk kader is om onvrijwillige zorg in de familiesfeer te reguleren. Daarom doet het ministerie er verstandig aan om het thema 'leven in vrijheid' ook nadrukkelijk bij familie en naasten van cliënten onder de aandacht te brengen.

5.3.5. Investeer in innovatie: biedt alternatieven voor onvrijwillige zorg aan

Zorgverleners zijn geneigd om alternatieven voor onvrijwillige zorg te zoeken. Deze alternatieven moeten wel beschikbaar en toegankelijk zijn. Moderne technologieën bieden kansen om cliënten meer vrijheid te bieden. Een goed voorbeeld zijn leefcirkels, die een alternatief kunnen bieden voor een gesloten afdeling (Vilans, 2020, p.110). Het ministerie moet samen met zorgaanbieders investeren in moderne technieken die cliënten meer vrijheid geven, om zo zorgverleners van alternatieven voor onvrijwillige zorg te voorzien. Daarbij is het wel van belang om aspecten op het gebied van privacy mee te wegen.

Literatuurlijst

- Benda, L., & Fenger, H. J. M. (2014). Het aanspreken van klanten op verplichtingen.: Een verkennende studie naar het vermogen van professionals in de sociale zekerheid om klanten aan te spreken op verplichtingen.
- Brodkin, E. Z. (1997). Inside the welfare contract: Discretion and accountability in state welfare administration. *Social Service Review* 71(1), 1–33.
- Depla, M., Zwijsen, S., te Boekhorst, S., & Francke, A. (2010). Van fixaties naar domotica? *Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie*. Amsterdam: VUmc.
- De Volkskrant. (2011, 19 januari). Ketenen van Brandon wekken alom verontwaardiging. Geraadpleegd op 12 maart 2019, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/ketenen-van-brandon-wekken-alom-verontwaardiging~b48a41af/>.
- Evans, T. (2013). Organisational Rules and Discretion in Adult Social Work, *The British Journal of Social Work*, 43(4), 739–758. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs008>
- Gould, D. (1996) Using vignettes to collect data for nursing research studies: how valid are the findings? *Journal of Clinical Nursing*. 5(4): 207–212.
- Hamers, J. P., Bleijlevens, M. H., Gulpers, M. J., & Verbeek, H. (2016). Behind closed doors: Involuntary treatment in care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 354-358.
- Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of advanced nursing*, 45(3), 246-251.
- Harrits, G. S. (2019). Using Vignettes in Street-Level Bureaucracy. P. Hupe (red.), *Research Handbook on Street-Level Bureaucracy: The Ground Floor of Government in Context* (s. 392-408). Edward Elgar Publishing. Handbooks of research on public policy
- Hughes, R. (1998) Considering the Vignette Technique and its Application to a Study of Drug Injecting and HIV Risk and Safer Behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 20 (3), 381-400.

- Hupe, P. (2013). Dimensions of discretion: Specifying the object of street-level bureaucracy research. *DMS - Der Moderne Staat, Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management*, 6(2), 425-440.
- Hupe, P. (2019). *Research Handbook on Street-Level Bureaucracy: The Ground Floor of Government in Context (Handbooks of Research on Public Policy)*. Edward Elgar Pub.
- Hupe, P., & Hill, M. (2019). *Research Handbook on Street-Level Bureaucracy* (P. Hupe, Red.). Edward Elgar Publishing.
- I&O Research. (2017). *Nameting Tweede Kamerverkiezingen 2017: Een analyse van de I&O slotpeiling en beweegredenen van kiezers bij het stemgedrag op 15 maart 2017*. Geraadpleegd van <https://ioresearch.nl/Portals/0/I%26O%20rapportage%20nameting%20TK2017.pdf>
- Kekez, A. (2019). Qualitative data analysis in implementation and street-level bureaucracy research. P. Hupe (red.), *Research Handbook on Street-Level Bureaucracy: The Ground Floor of Government in Context* (s. 392-408). Edward Elgar Publishing. Handbooks of research on public policy.
- Kennisplein Zorg voor Beter. (2019, 17 januari). Wat is onvrijwillige zorg? Geraadpleegd op 1 maart 2019, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/vrijheidsbeperking/wat-is-het>.
- Kolthoff, E., Loyens, K., & Verhage, A. (2016). Street-level bureaucracy en actoren in de veiligheidszorg. *Tijdschrift voor Criminologie*, 58(4), 3-9.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service, 30th anniversary expanded edition*. Russell Sage Foundation.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. (2009, 30 juni). Memorie van toelichting [Kamerstuk]. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A31996>.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. (2012). *Wegen naar vrijheid: communiceren en methodisch (samen)werken in de zorg voor cliënten die ernstig in hun vrijheid worden beperkt. Tussenrapportage van de Denktank complexe zorg/taskforce*. Geraadpleegd van <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/wet--en-regelgeving/denktank-complexe-zorg---wegen-naar-vrijheid.pdf>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. (z.d.). Dementie. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, 14 december). Wet zorg en dwang (Wzd). Geraadpleegd op 1 maart 2019, van <https://www.dwanginzorg.nl/nieuwe-wetgeving/wet-zorg-en-dwang>.
- Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., & Hertogh, C. (2012). *Verantwoorde en zorgvuldige toepassing van toezichthoudende domotica in de residentiële zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking*. Amsterdam: VUmc.
- NRC. (2011, 19 januari). Nederland telt zo'n veertig gevallen als Brandon. Geraadpleegd op 12 maart 2019, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2011/01/19/spoeddebat-over-vastgeketende-verstandelijk-gehandicapte-jongen-a1460956>.
- NU.nl. (2011, 19 januari). Gehandicapte jongen al drie jaar vastgebonden. Geraadpleegd op 12 maart 2019, van <https://www.nu.nl/binnenland/2425717/gehandicapte-jongen-al-drie-jaar-vastgebonden.html>.
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.
- Poulou, M. (2001). The role of vignettes in the research of emotional and behavioural difficulties. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 6 (1), 50-62.
- Satyamurti, C. (1981). *Occupational survival: The case of the local authority social worker (Practice of social work)*. Blackwell.
- Schippers, B. (2019). Reduction of coercive measures: A multidisciplinary approach in care for people with intellectual disabilities.

- Trouw (2011, 22 januari). Kamer worstelt met gevallen als Brandon. Geraadpleegd op 12 maart 2019, van <https://www.trouw.nl/home/kamer-worstelt-met-gevallen-als-brandon%7Eab66acf2>.
- Tummers, L., Steijn, B., & Bekkers, V. (2012). Explaining The Willingness Of Public Professionals To Implement Public Policies: Content, Context, And Personality Characteristics. *Public Administration*, 90(3), 716–736. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2011.02016.x>.
- Tummers, L., Bekkers, V., Vink, E., & Musheno, M. (2015). Coping During Public Service Delivery: A Conceptualization and Systematic Review of the Literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(4), 1099–1126. <https://doi.org/10.1093/jopart/muu056>.
- Vilans. (2020). Alternatievenbundel. Inspiratie voor vrijwillige en passende zorg (6de ed.). Vilans.
- Watkins-Hayes, C. (2009). *The New Welfare Bureaucrats* (1ste editie). Amsterdam University Press.
- Wilks, T. (2004). The Use of Vignettes in Qualitative Research into Social Work Values. *Qualitative Social Work*(3) (1), pp. 78-87.
- Wilson, J. Q. (1978). *Varieties of Police Behavior*. Amsterdam University Press.
- Zacka, B. (2017). *When the State Meets the Street: Public Service and Moral Agency*. Belknap Press: An Imprint of Harvard University Press.