

Verkenning

# Open deuren in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg



Datum: 25 oktober 2023

Versie: Versie voor landelijke veldpartijen



# Inhoudsopgave

|  |    |
|--|----|
| <b>Samenvatting</b>  | 3  |
| <b>1. Inleiding</b>  | 5  |
| 1.1 Context  | 5  |
| 1.2 Doelgroep en omvang                                    | 5  |
| 1.3 Doelstelling programma Wzd                             | 6  |
| <b>2. Aanpak</b>   | 7  |
| 2.1 Onderzoeksvragen                                       | 7  |
| 2.2 Methode  | 7  |
| <b>3. Resultaten</b>                                       | 9  |
| 3.1 Onderzoeksvraag 1                                      | 9  |
| 3.2 Onderzoeksvraag 2                                      | 10 |
| 3.3 Gesprekken landelijke veldpartijen en zorgorganisaties | 12 |
| <b>4. Conclusie en vervolg</b>                             | 14 |
| 4.1 Conclusie onderzoeksvragen                             | 14 |
| 4.2 Vervolg  | 15 |
| Referentielijst  | 16 |

# Samenvatting

Deze verkenning is onderdeel van het programma Wet zorg en dwang (Wzd) van Vilans. Met het programma Wzd willen we bewegingsvrijheid, eigen regie en kwaliteit van leven van cliënten in de gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg vergroten. Dit document omvat exploratief onderzoek naar duiding en definiëring van 'open en gesloten deuren' in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg. Wat verstaan we hieronder? Wat zijn vraagstukken, voorbeelden en cijfers?

## Achtergrond

Mensen kennen veelal het beeld van een gesloten afdeling waar mensen met dementie zijn opgenomen. Een trend is om deze gesloten afdelingen te openen. De verwachting is dat deze trend er in de gehandicaptenzorg nog niet is, maar mogelijk wel noodzakelijk is. Er is onvoldoende beeld van 'gesloten deuren' in de gehandicaptenzorg. Daarom deze verkenning om te bekijken wat precies gesloten deuren zijn en in welke mate ze voorkomen. Voortschrijdend inzicht is dat een vergelijkbare verkenning ook nuttig was in de psychogeriatrische zorg.

## Onderzoeksvragen

1. Wat verstaan we onder 'gesloten deuren' in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg en is er onderscheid te maken in doelgroep en locatie?
2. Welke gesloten deuren komen het meest voor in de verstandelijk gehandicaptenzorg en in de psychogeriatrische zorg?

## Aanpak

Er is literatuurstudie gedaan op basis van wetenschappelijke artikelen en de landelijke monitor Wzd was een rijke informatiebron voor de cijfers over de toepassing van beperkende maatregelen. Ook zijn van acht zorgorganisaties de analyses 'onvrijwillige zorg' onderzocht.

We beseffen dat deze informatiebronnen niet volledig zijn, omdat veel data (nog) niet bij de Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) waren aangeleverd. Daarom zijn we met landelijke veldpartijen en een aantal zorgorganisaties in gesprek gegaan om de gevonden resultaten te toetsen en te verrijken.

## Resultaten

### Onderzoeksvraag 1

Van de negen typen maatregelen onvrijwillige zorg die de Wzd hanteert, hebben er drie een relatie met 'gesloten deuren', namelijk: 1. beperken bewegingsvrijheid; 2. insluiten; en 3. uitoefenen toezicht op betrokkene.

Een gesloten deur is een fysieke deur, zoals een voordeur, afdelingsdeur of tuinhek. Andere beperkingen in bewegingsvrijheid zoals fysieke en mechanische fixatie vallen niet onder het begrip 'gesloten deur'. Leefcirkels en GPS zijn vormen van ondersteunende technologie opdat mensen onder toezicht (gedeeltelijk) vrij naar buiten kunnen.

In de literatuurstudie, de landelijke monitor Wzd en de analyses onvrijwillige zorg van de acht zorgorganisaties is geen onderscheid te vinden in doelgroepen (zoals Ernstige Meervoudige Beperking (EMB) of Licht Verstandelijke Beperking (LVB) of type locatie (zoals instellingsterrein, verpleeghuis, thuis in de wijk) per maatregel onvrijwillige zorg m.b.t. 'gesloten deuren'.

## Onderzoeksvraag 2

In de verstandelijk gehandicaptenzorg lijken de maatregelen 'beperken bewegingsvrijheid' en 'insluiten' het meeste voor te komen. Concreet gaat het voornamelijk over de voordeur op slot en over het insluiten in eigen verblijfsruimte of slaapkamer.

In de psychogeriatrische zorg lijken de maatregelen 'beperken bewegingsvrijheid' en 'uitoefenen van toezicht op de betrokkene' het meeste voor te komen. Hier gaat het om andere gesloten deuren dan in de verstandelijk gehandicaptenzorg, namelijk om opname op een gesloten afdeling, de buitendeur op slot ondersteunt met het gebruik van domotica (bijvoorbeeld leefcirkel, GPS).

## Gesprekken veldpartijen en zorgorganisaties

De landelijke veldpartijen en zorgorganisaties herkennen bovenstaande resultaten. Hun voorkeur is om de definitie van 'gesloten deuren' te houden bij de fysiek gesloten deuren (zo nodig ondersteund door technologie) en zoets als mechanische fixatie door bedrekken niet tot onderdeel van deze definitie te rekenen. Reden is dat een duidelijke focus helpt bij een breed gedragen ontwikkeling naar open deuren.

Ze benoemden het onderscheid tussen gesloten deuren op instellingsterreinen en locaties die zich in de wijk bevinden. Ook noemden ze het onderscheid in doelgroepen tussen licht en ernstig verstandelijk beperkte mensen. Bij de eerste groep betreft het de gesloten voordeur voor een enkel individu. Bij de ernstiger verstandelijk beperkte mensen wordt vaker wegens agressie of overprikkeling de persoon ingesloten in de slaapkamer.

De aannahme van veldpartijen is dat gesloten deuren vaker voorkomen dan tot nu toe in de landelijke monitor Wzd en de analyses onvrijwillige zorg zichtbaar is. Beperkende maatregelen blijken echter niet altijd als onvrijwillige zorg te worden herkend; het zijn dan automatisch doorlopende patronen en vanzelfsprekendheden. Gesloten deuren kan ook goede zorg zijn, met name wanneer de cliënt een ernstig nadeel vormt voor zichzelf of diens omgeving en er geen alternatieven zijn.

Van zorgorganisaties horen we initiatieven om de bestaande patronen te doorbreken door per cliënt de risico's af te wegen en te kijken voor wie de deur gesloten moet zijn. De risico's lijken onder andere te maken te hebben met de geografische omgeving waar de locatie is gelegen, het gedrag en de beperkingen van de cliënt, het perspectief van de familie en de inschatting van medewerkers.

## Conclusie en vervolg

Deze verkenning geeft inzicht in welke deuren gesloten kunnen zijn en een eerste richting over het openen van welke deuren prioriteit heeft. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg is de conclusie dat het openen van de voordeur van locaties en slaapkamerdeuren de hoogste prioriteit heeft. In de psychogeriatrische zorg gaat het om de afdelingsdeur en de buitendeur. Uit de gesprekken met veldpartijen en zorgorganisaties concluderen we dat het openen van deuren niet voor iedere cliënt mogelijk is én dat het proces van openen van deuren zorgvuldig plaats moet vinden, rekening houdend met belemmerende factoren en risico's.

Deze verkenning geeft nog onvoldoende beeld over de redenen om 'gesloten deuren' wel of niet af te bouwen en te zoeken naar alternatieven. Ook is nog onvoldoende duidelijk hoe gesloten deuren geopend moeten worden en welke issues hierbij spelen. Daarom geven we een vervolg aan deze verkenning door met zorgorganisaties verder te verdiepen in beweegredenen om wel of niet af te bouwen en wat nodig is om af te bouwen.

# 1. Inleiding

Deze verkenning is een onderzoek naar open deuren in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg. Wat verstaan we in deze sectoren onder open en gesloten deuren? Hoe kunnen we deze term definiëren en duiden door het geven van voorbeelden? Aan welke situaties en vraagstukken denken wij dan? Daarbij zijn de context van de Wet zorg en dwang (Wzd) en de doelgroep van belang. In deze verkenning delen we de onderzoeksresultaten, cijfers en voorbeelden van open deuren.

## 1.1 Context

De Wzd is sinds 1 januari 2020 van kracht en beschrijft de rechten van mensen met psychogeriatrische aandoeningen en mensen met een verstandelijke beperking. Het geven van onvrijwillige zorg wordt in de Wzd gezien als onwenselijk en moet zo snel mogelijk afgebouwd worden (IGJ, 2023). Voor elke cliënt moet er overwogen worden of onvrijwillige zorg echt noodzakelijk is, wat de voorkeuren zijn van de cliënt en of er alternatieven voor dwangmaatregelen zijn waarmee potentieel risicogedrag op een veilige en uitvoerbare manier kan worden beheerst (Schippers, 2019; Landeweer et al, 2021).

Binnen zowel de verstandelijke gehandicaptenzorg als de psychogeriatricie is er sprake van ‘gesloten deuren’ en is er een ontwikkeling gaande om alternatieven te vinden om deze deuren te openen. Vooral het beeld van een gesloten afdeling voor mensen met dementie is bekend. Door de deuren te openen krijgen de cliënten meer vrijheid en eigen regie en wordt de onvrijwillige zorg verminderd. Toch zijn er veel zorginstellingen die deuren gesloten houden, alhoewel er geen exacte cijfers bekend zijn bij de IGJ, doordat niet alle gegevens worden aangeleverd (Skipr, 2022). Vanuit Vilans zien we het als onze maatschappelijke opdracht om bewoners en cliënten meer eigen regie en vrijheid te geven door deuren te openen.

## 1.2 Doelgroep en omvang

Het verminderen van onvrijwillige zorg is in verschillende zorgsituaties een vraagstuk. Het meest urgent en complex is dit in de groepsvoorzieningen waar 24/7 langdurige zorg wordt verleend, zoals in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg. Het aantal mensen met gedragsproblemen die intensieve complexe zorg nodig hebben is namelijk hoog in de 24/7 langdurige zorg. Dit brengt een mogelijk verhoogd risico op onvrijwillige zorg met zich mee wanneer pogingen om escalatie van gedrag te voorkomen hebben gefaald. Daarnaast is er in groepsvoorzieningen een grotere kans op verminderde persoonlijke aandacht waardoor er minder rekening wordt gehouden met ieders individuele aanvaardbare risico's (Schippers, 2019; Bowring et al, 2017; Cooper et al., 2009) en mogelijke alternatieven voor open deuren.

De omvang van deze doelgroep die woont in een zorginstelling met zorg in natura vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) is circa 65.000 personen in de verstandelijk gehandicaptenzorg (grondslag indicatie is verstandelijke handicap) en circa 72.000 in de psychogeriatrische zorg (grondslag indicatie is psychogeriatrische aandoening) (CBS, 2023). Dit is een deel van de gehele groep mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische zorg. Zo zijn er mensen die vanuit Persoonsgebonden budget (Pgb) zorg ontvangen. Daarnaast wordt er zorg verleend vanuit de

Jeugdwet, Zorgverzekeringswet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Voor deze verkenning ligt de focus op de groep mensen met een verstandelijke handicap of psychogeriatrische aandoening die 24/7 zorg ontvangen vanuit de Wlz.

De Wzd geldt voor personen die een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening hebben of gelijkgesteld zijn hieraan. Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) onderscheiden we de volgende doelgroepen: Ernstige Meervoudige Beperking (EMB), Ernstige Verstandelijke Beperking (EVB), Verstandelijke Beperking (VB), Licht Verstandelijke Beperking (LVB) en kind & jeugd. Binnen de psychogeriatrische zorg (PG) onderscheiden we geen doelgroepen.

Binnen de VG en PG zijn diverse typen locaties waar onvrijwillige zorg geleverd wordt. We onderscheiden de volgende type locaties:

- **Verstandelijk gehandicaptenzorg:** instellingsterreinen, dagbesteding, ambulante hulpverlening (thuis), zorgboerderijen en kleinschalige instellingen.
- **Psychogeriatrische zorg:** verpleeghuiszorginstellingen, dagbesteding, kleinschalige instellingen, zorgboerderijen en thuiszorg in de wijk.

### 1.3 Doelstelling programma Wzd

Een doelstelling van het programma Wzd binnen Vilans is om de bewegingsvrijheid en kwaliteit van leven van cliënten wonend in een instelling voor mensen met een verstandelijke handicap of psychogeriatrische aandoening te vergroten. Dit door professionals, beslissers en naasten van cliënten zodanig toe te rusten om onvrijwillige zorg te verminderen door het invoeren van een 'open deuren'-beleid met aandacht voor de balans tussen vrijheid, veiligheid en verantwoordelijkheid.

Om deze doelstelling te beantwoorden is er eerst exploratief onderzoek nodig, onder andere deskresearch naar wat we onder 'open deuren' verstaan, de definiëring van onvrijwillige zorg en een evaluatie naar de ervaringen hiermee van de veldpartijen.

## 2. Aanpak

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen omschreven en de aanpak om deze vragen te beantwoorden.

### 2.1 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd voor de deskresearch:

1. *Wat verstaan we onder 'gesloten deuren' in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg en is er onderscheid te maken in doelgroep en locatie?*
2. *Welke gesloten deuren komen het meest voor in de verstandelijk gehandicaptenzorg en in de psychogeriatrische zorg?*

### 2.2 Methode

Deze deskresearch maakt gebruik van de volgende bronnen:

- **Literatuurstudie:** via een quick search op zoekwoorden in o.a. Google Scholar en search-string (een combinatie van verschillende termen invoeren in verschillende wetenschappelijke databases) zijn er diverse (internationale) wetenschappelijke artikelen gevonden die gebruikt worden om de context te duiden en terminologie te definiëren.
- **Landelijke monitor Wzd:** om inzicht te krijgen in de aantallen van gesloten deuren, maken we gebruik van de landelijke monitor Wzd. In deze monitor zijn cijfers beschikbaar over de toepassing van de negen beperkende maatregelen. De monitor maakt gebruik van de volgende databronnen: Beschikbare informatiebronnen van de IGJ, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Cliëntvertrouwenspersoon (CVP)-Wzd aanbieders. Data van survey onder 181 zorgorganisaties in 2021 en 137 zorgorganisaties in de 1e helft van 2022.
- **Analyses onvrijwillige zorg:** Van vier gehandicaptenzorgorganisaties en vier ouderenzorgorganisaties wordt informatie uit de analyses opgehaald die aangeleverd is bij de IGJ. Deze zorgorganisaties zijn geselecteerd op basis van de online vindbaarheid van de publicatie en op type en grootte van organisatie, zodat er een mix ontstond. Een belangrijk onderdeel van de Wzd is om te reflecteren op en te leren van het voorkomen, toepassen en mogelijk afbouwen van onvrijwillige zorg. Iedere zorgorganisatie die onvrijwillige zorg verleent, dient daarom elk jaar hiervan een analyse te maken en in te leveren bij de IGJ.
- **Oriënterende gesprekken landelijke veldpartijen en werkbezoeken zorgorganisaties:** Om de resultaten uit de deskresearch te toetsen, worden er gesprekken gevoerd met landelijke veldpartijen (brancheorganisaties en beroeps- en cliëntverenigingen) en de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De resultaten uit de deskresearch kunnen op basis van deze gesprekken aangescherpt worden. Vervolgens worden de resultaten getoetst met het werkveld door op werkbezoek bij diverse zorgorganisaties te gaan en daar waar mogelijk observaties uit te voeren.

In onderstaande tabel is weergegeven van welke veldpartijen en zorgorganisaties informatie is gebruikt of gesprekken zijn gevoerd:

|                             | Gehandicaptenzorg   | Ouderenzorg  |
|-----------------------------|---|--|
| Analyse onvrijwillige zorg  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amerpoort</li> <li>• Cello Zorg</li> <li>• Middin</li> <li>• Lievegoed</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amaliazorg</li> <li>• Evean</li> <li>• Huize Rosa</li> <li>• Zorgspectrum Het Zand</li> </ul> |
| Gesprekken zorgorganisaties | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ipse de Brugge</li> <li>• Pluryn</li> <li>• Zozijn</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• St. Jozefoord</li> <li>• St. Barbara</li> </ul>   |
| Gesprekken veldpartijen     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brancheverenigingen: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Actiz, Branchevereniging voor Kleinschalige Zorg (BVKZ) en Federatie Landbouw &amp; Zorg (L&amp;Z)</li> <li>• Beroepsverenigingen: Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapt (NVAVG), Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)</li> <li>• Cliëntorganisaties: IederIn, Alzheimer NL</li> <li>• Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd</li> </ul> |  |

**Tabel 1:** weergave veldpartijen en zorgorganisaties



# 3. Resultaten

## 3.1 Onderzoeksvraag 1

*Wat verstaan we onder gesloten deuren in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg en is er onderscheid te maken in doelgroep en locatie?*

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, hebben we gedefinieerd wat onder 'gesloten deuren' valt in de literatuur. De termen waar we onder andere op hebben gezocht zijn: beperking van bewegingsvrijheid, insluiten, deuren op slot, huisregels, opsluiting en vrijheidsbeperking. Vervolgens hebben we de landelijke monitor Wzd geanalyseerd en vergeleken met de analyses onvrijwillige zorg van diverse zorgorganisaties.

### Definiëring gesloten deur

Een gesloten deur kan de deur van de kamer, de deur van de afdeling of de deur van de locatie zijn. Dit geldt als een beperking van de bewegingsvrijheid en is daarmee een van de vormen van onvrijwillige zorg (Landweer et al, 2018). Van onvrijwillige zorg is sprake wanneer de cliënt of bewoner zich ertegen verzet (Landweer et al, 2021).

De Wzd geeft negen typen maatregelen onvrijwillige zorg aan (Wzd, artikel 2.1) aan en geeft geen duidelijke definiëring van een gesloten deur. De Wzd geeft de volgende soorten maatregelen onvrijwillige zorg die een verband lijken te hebben met 'gesloten deuren': beperken van bewegingsvrijheid, insluiten en uitoefenen van toezicht op betrokkene (Wzd, artikel 2.1). Hieronder worden deze beperkende maatregelen toegelicht:

- **Beperken van bewegingsvrijheid:** dit kan het volgende omvatten:
  - fysieke fixatie: iemand vasthouden;
  - mechanische fixatie: onder andere voeten vast met riem, werkblad op rolstoel, smeerpak, verzwarringsdeken, bedhek/-box;
  - plaatsing op gesloten afdeling;
  - overig: niet vrij naar buiten of naar specifieke ruimtes kunnen door onder andere deuren op slot of toestemming nodig hebben.Fysieke fixatie en mechanische fixatie zijn geen fysieke deuren en zien we niet als onderdeel van het begrip 'gesloten deur'.
- **Insluiten:** Dit omvat het letterlijk insluiten van cliënten in onder andere separeerverblijf, afzonderingsruimte, slaapkamer of eigen verblijfsruimte. De cliënt kan er dan niet zelfstandig uit.
- **Uitoefenen van toezicht op betrokkene:** Dit omvat alle technische apparatuur waarmee toezicht wordt gehouden op cliënten, zoals cameratoezicht, uitluisterapparatuur, GPS-controle en domotica. Deze ondersteunende technologie zetten zorgaanbieders in om open deuren-beleid mogelijk te maken

### Onderscheid doelgroep

Er is nog onvoldoende wetenschappelijke literatuur beschikbaar naar de mate van onvrijwillige zorg waarin een onderscheid wordt gemaakt per specifieke doelgroep binnen zowel de verstandelijk gehandicaptenzorg als de psychogeriatrische zorg. Aannemelijk is bijvoorbeeld dat voor

verkeersonveilige cliënten of cliënten met (ernstige) gedragsproblematiek mogelijk vaker de deur op slot zou kunnen zijn. Ook de landelijke monitor Wzd geeft geen inzicht in onderscheid per doelgroep (PWC, 2023). Eén zorgorganisatie die zorg biedt aan kinderen en jongeren met EMB heeft hbo-studenten onderzoek laten doen naar de toepassing van vrijheids- en veiligheidsmaatregelen. Daaruit blijkt dat bij deze specifieke doelgroep op deze specifieke locatie de maatregelen ‘fixatie’ en ‘deuren sluiten’ veelvuldig voorkomt (Reekers & Van der Horst, 2019).

## Onderscheid type locaties

In de landelijke monitor is onderscheid gemaakt in de intramurale en ambulante setting, echter hebben er te weinig ambulante zorgorganisaties meegedaan. Dit geeft daarom onvoldoende inzicht in of de gesloten deuren verschilt per type locatie (PWC, 2023).

## 3.2 Onderzoeksvraag 2

*Welke gesloten deuren komen het meest voor in de verstandelijk gehandicaptenzorg en in de psychogeriatrische zorg?*

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden hebben we gegevens geanalyseerd uit de landelijke monitor Wzd en de analyses onvrijwillige zorg van de vier organisaties in de VG en vier organisaties uit de PG.

### Verstandelijk gehandicaptenzorg (VG)

Vanuit de landelijke monitor Wzd blijkt dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg het ‘beperken van de bewegingsvrijheid’ de meest toegepaste Wzd-interventie is. De maatregel ‘insluiten’ is ook een vaak toegepaste Wzd-interventie. De maatregel ‘uitoefenen van toezicht op betrokkene’ wordt in kleine mate toegepast (PWC, 2023).

Wanneer gekeken wordt naar het aantal cliënten, dan wordt de maatregel ‘beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten’ in vergelijking met de andere maatregelen het vaakst toegepast. De maatregelen ‘beperken van de bewegingsvrijheid’ en ‘insluiten’ worden ook vaak toegepast.

Hierbij geldt de disclaimer dat er een onvolledige aanlevering van gegevens bij de IGJ is geweest, wat een van de databronnen van de monitor is. Daarom kan niet met zekerheid worden gezegd dat bovenstaande informatie iets zegt over de totale groep verstandelijk gehandicapte mensen.

In de analyses onvrijwillige zorg van zorgorganisaties zien we vergelijkbare informatie. Van de vier beperkende maatregelen die een verband hebben met gesloten deuren (zie pagina 4) komen ‘beperken van bewegingsvrijheid’ en ‘insluiten’ het meeste voor. Belangrijke zaken hierin zijn:

- Deze maatregelen worden mét en zónder verzet gegeven. Deze maatregelen vallen onder de drie categorieën in art 2.2, waarbij ook zonder verzet het stappenplan gevolgd moet worden (Overheid.nl, 2023).
- Deze maatregelen komen het meeste voor, maar worden aan een kleine groep cliënten van de totale groep cliënten die van hen zorg ontvangt verleend.
- Concreet gaat het met name om de voordeur op slot en insluiten in de eigen verblijfsruimte (met name de slaapkamer).

- De maatregelen worden zowel structureel als tijdelijk ingezet, dit is sterk afhankelijk van de cliënt. De slaapkamerdeur op slot (bijvoorbeeld 's nachts om dwalen te voorkomen), wordt vaker structureel ingezet (Middin, 2022; Cello Zorg, 2022; Amerpoort, 2022; Lievegoed, 2022).

De maatregel 'uitoefenen van toezicht op betrokkene' komt bij drie van de vier zorgorganisaties in zeer kleine mate voor. Bij één van de zorgorganisaties wordt relatief veel domotica ingezet. Opvallend is dat domotica zoals cameratoezicht en uitluisterapparatuur weinig geregistreerd wordt, waarbij het de vraag is of men zich er bewust van is dat dit (indien sprake van verzet) ook onder de Wzd valt, en dat er mogelijk sprake is van onder-registratie. Daarom is er in ons Wzd-programma aandacht voor bewustwording van wat onvrijwillige zorg is.

## Enkele quotes uit de analyses onvrijwillige zorg

*'Bij een cliënt zijn twee van de vier maatregelen afgebouwd. De voordeur zit niet langer op slot. De cliënt kan weglopen, maar doet dit veelal reactief (vanuit een grapje, een bepaalde nieuwsgierigheid) en het idee is niet dat zij ver weg zal lopen. Bij het verlaten van de voordeur staat zij niet direct buiten op straat, maar in de grote tuin van de woning. Deze tuin grenst aan het binnenterrein van de voorziening. Er is geen doorgaande weg in de buurt. Ook is het niet meer nodig om haar kamerdeur overdag dicht te doen bij een rustmoment. In het 'ergste' geval kan zij haar rust alleen niet vinden en komt ze tijdens een overdracht een aantal keer naar de deur om iets te vragen. Zij is dan vrij gemakkelijk naar haar kamer te verwijzen.'* (Middin, 2022).

*'De administratieve last op sommige locaties is erg groot, omdat het vaak behoorlijk wat ruimtes betreft die gesloten zijn voor een groot deel van de cliënten die er wonen of werken. Het sluiten van keukens en badkamers wordt dan ook vaak als 'normaal' beschouwd. De omvang van deze groep zal met name groot zijn bij de wilsonbekwame cliënten. Zeker als dit voor alle cliënten van een locatie geldt, zoals een gesloten voordeur omdat cliënten niet verkeersveilig zijn.'* (Cello Zorg, 2022).

## Psychogeriatric (PG)

In de landelijke monitor Wzd is te zien dat in de psychogeriatricische zorg de maatregel 'beperken van de bewegingsvrijheid' de meest toegepaste Wzd-interventie is en bij veel mensen wordt toegepast. De maatregel 'uitoefenen van toezicht op de betrokkene' is ook een vaak toegepaste Wzd-interventie. De maatregel 'insluiten' komt in veel mindere mate voor. Ook hier geldt de disclaimer dat er sprake is van onvolledige aanlevering van gegevens bij de IGJ (PWC, 2023).

In de analyses onvrijwillige zorg van zorgorganisaties waar mensen met dementie wonen, zien we dat van de drie maatregelen die een link hebben met gesloten deuren (zie pagina 4) de maatregelen 'beperken van bewegingsvrijheid' en 'uitoefenen van toezicht op betrokkene' het meeste voorkomen. Concreet gaat het over plaatsing op een gesloten afdeling en GPS-controle als ondersteunende technologie (Amaliazorg, 2021; Eevan, 2022; Huize Rosa, 2022; Zorgspectrum Het Zand, 2022).

'Insluiten' komt nauwelijks voor in de analyses onvrijwillige zorg van de zorgorganisaties (Amaliazorg, 2021; Eevan, 2022; Huize Rosa, 2022; Zorgspectrum Het Zand, 2022).

### 3.3 Gesprekken landelijke veldpartijen en zorgorganisaties

Bovenstaande resultaten van onderzoeksvraag 1 en 2 zijn voorgelegd aan diverse landelijke veldpartijen en een aantal zorgorganisaties, zie Tabel 1. Uit deze gesprekken kwam ook veel andere rijke informatie naar voren.

#### Reactie op resultaten van de onderzoeksvragen

Er was veel herkenning op de onderzoeksresultaten, alle genoemde type deuren komen voor in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg. Als we kijken naar de negen typen maatregelen onvrijwillige zorg (Wzd, artikel 2.1), omvat dit specifiek de maatregelen 'Insluiten' en 'Beperken van bewegingsvrijheid'. Leefcirkels en GPS worden veel ingezet als ondersteunende technologie voor het openen van de deuren, passend bij de maatregel 'uitoefenen van toezicht op de betrokkene'.

Men was het eens met de afbakening en focus op de fysieke deuren, zoals slaapkamerdeuren, afdelingsdeuren en voordeuren.

Maatregelen zoals fysieke fixatie en mechanische fixatie komen ook veel voor, maar vallen dus niet binnen de scope van 'gesloten deur'.

Aangegeven wordt dat door deze scherpe focus op de fysieke deuren mogelijk een grotere impact heeft om tot verandering te komen, vergelijkbaar met de eerder uitgevoerde campagne 'Ban de Band', waarbij de focus juist gecentreerd was op fysieke/mechanische fixatie. Deze duidelijke focus helpt bij een breed gedragen ontwikkeling naar open deuren.

Ook werd in de gesprekken duiding gegeven aan doelgroep en locatie. Zo gaven meerdere veldpartijen aan dat op instellingsterreinen in de verstandelijk gehandicaptenzorg de voordeuren van locaties overdag veelal open zijn, maar dat in de nacht de voordeuren en slaapkamerdeuren op slot zijn (in combinatie met uitlusterapparatuur en nachtteam op het terrein). Op locaties die zich in de wijk bevinden is veelal in de nacht wel personeel aanwezig, en gaat het met name om de voordeur overdag op slot.

Qua doelgroep lijkt er grofweg onderscheid gemaakt te worden tussen licht verstandelijk beperkte mensen, waar de voordeur voor een enkel individu gesloten is, en ernstiger verstandelijk beperkte mensen, waar door agressie of overprikkeling de persoon wordt ingesloten in de slaapkamer of separeerruimte en de voordeur altijd op slot is vanwege niet verkeersveilig zijn en/of een gevaar vormen voor anderen.

#### Overige input uit gesprekken

##### Redenen om deuren gesloten te houden

De aanname van veldpartijen is dat gesloten deuren vaker voorkomen dan tot nu toe in de landelijke monitor Wzd en de analyses onvrijwillige zorg zichtbaar zijn. Dat komt doordat beperkende maatregelen niet altijd als onvrijwillige zorg worden herkend. Daarbij werd genoemd dat dit bestaande patronen en vanzelfsprekendheden lijken te zijn. Dit lijkt vooral te gebeuren bij de afdelings- of voordeur op slot en de slaapkamerdeur 's nachts op slot. Ook werd genoemd dat separeer- en afzonderingsruimtes behoorlijk zijn afgebouwd in zorgorganisaties, maar dat dit verplaatst lijkt te zijn naar insluiten in de slaapkamer.

Het sluiten van deuren kan ook goede zorg zijn voor individuen, alleen daar waar de betreffende persoon een ernstig nadeel vormt voor zichzelf of de omgeving en er geen alternatieven zijn. Denk bijvoorbeeld aan agressief gedrag, dwaalgedrag, verkeersonveiligheid en misbruik op straat. Ook wordt het sluiten van deuren ingezet om duidelijkheid en afbakening te geven aan de cliënt. Daarbij werd de vergelijking gemaakt met kleine kinderen, alhoewel er ook het besef is dat deze personen vrijwel altijd het niveau van een klein kind hebben en het geen levensfase is.

### **Hoe de deuren zorgvuldig te openen?**

Van zorgorganisaties hebben we initiatieven gehoord om de bestaande patronen te doorbreken door per cliënt de risico's af te wegen en te kijken voor wie de deur echt gesloten moet zijn. De risico's lijken onder andere te maken te hebben met de geografische omgeving waar de locatie is gelegen, de plaats van afdeling in het pand (bijvoorbeeld dicht bij trappenhuis), het gedrag en de beperkingen van de cliënt en het perspectief van de familie en van de omgeving. De cruciale vraag is welke risico's aanvaardbaar zijn. Vanuit cliëntenraden en besturen komt de vraag wie juridisch aansprakelijk is als toch een incident gebeurt. Feitelijk is de cliënt zelf aansprakelijk voor de schade die hij aanricht, ook al kan hij zijn daden niet overzien. De zorgorganisatie is alleen aansprakelijk wanneer hij tekort is geschoten bij zijn taak als toezichthouder. Enkele bestuursleden gaven aan deze aansprakelijkheid spannend te vinden en ervaren dit als een mogelijk belemmerende factor om een opendeurenbeleid uit te voeren.

Als het besluit er is om deuren te openen, dan zijn er tal van andere hobbels te overbruggen. Denk aan de visie van directie en management. We hoorden dat er bij een van de organisaties een 100%-opendeurenbeleid vanuit het bestuur was opgesteld. Dit veroorzaakte paniek bij medewerkers die werken met cliënten met zeer complexe gedragsproblematiek; want welke mogelijkheden zijn er dan om de zorg veilig te houden?

Ook spelen de verandermogelijkheden van de zorgmedewerkers een grote rol. Hoe stabiel is het team? Door personeelstekort en -wisselingen kan er sprake zijn van hoge werkdruk onder het vaste personeel. Zorgorganisaties benoemden dat het voor het openen van deuren nodig is dat er onderling in het team veiligheid en vertrouwen is. Ook spelen ieders eigen overtuigingen, waarden en normen een grote rol. Van belang is om met elkaar te spreken over wat je vindt van veilige zorg, eigen regie en zelfstandigheid bij cliënten.

Daarnaast zijn er ook technische hobbels te overbruggen, zoals de mogelijkheden om een deurslot aan te passen. Zo hoorden we van een zorgorganisatie dat bij een aantal locaties de deursloten veel gemakkelijker aan te passen waren dan gedacht. Bij andere locaties moeten er grote technische aanpassingen gebeuren waaraan de nodige kosten verbonden zijn.

Het blijkt dan ook uit de literatuur dat het terugdringen van onvrijwillige zorg het beste op meerdere niveaus in de organisatie aan te pakken is (multi-level systeembenadering). Het eerste niveau gaat om het realiseren van oplossingen voor de individuele bewoners/cliënten om onvrijwillige zorg te verminderen. Het tweede niveau is gericht op het team leren omgaan met risicovol en uitdagend gedrag zonder gebruik te maken van onvrijwillige zorg. Het derde niveau is een organisatiebrede aanpak die interventies implementeert om onvrijwillige zorg systematisch te verminderen (Schipper, 2019; Huckshorn 2004; Luiselli, 2009; Schreiner et al., 2004; Williams & Grosset, 2011).

## 4. Conclusie en vervolg

### 4.1 Conclusie onderzoeksvragen

Vanuit de resultaten en de gesprekken met landelijke veldpartijen en zorgorganisaties concluderen we dat er diverse typen gesloten deuren zijn. In de verstandelijk gehandicaptenzorg zien we dat van de drie beperkende maatregelen die een verband hebben met gesloten deuren (zie pagina 4) 'beperken van bewegingsvrijheid' en 'insluiten' het meeste voorkomen. Concreet gaat het om de voordeur op slot en insluiten in de eigen verblijfsruimte of slaapkamer (Middin, 2022; Cello Zorg, 2022; Amerpoort, 2022; Lievegoed, 2022).

In de psychogeriatrische zorg zien we dat 'beperken van bewegingsvrijheid' en 'uitoefenen toezicht of betrokkenen' het meeste voorkomen. Concreet gaat het over plaatsing op een gesloten afdeling en het benutten van ondersteunende technologie zoals leefcirkels of GPS-controle. 'Insluiten' lijkt in veel mindere mate voor te komen dan in de gehandicaptenzorg (Amaliazorg, 2021; Eveen, 2022; Huize Rosa, 2022; Zorgspectrum Het Zand, 2022).

Vanuit de resultaten was het niet mogelijk onderscheid te maken in specifieke doelgroepen of type locaties. Wel werd in de gesprekken met veldpartijen en zorgorganisaties benoemd dat er onderscheid is tussen gesloten deuren op instellingsterreinen (voordeur overdag open, voordeur en slaapkamerdeuren 's nachts op slot) en locaties die zich in de wijk bevinden (voordeuren vrijwel altijd op slot). Ook werd genoemd dat er qua doelgroep onderscheid gemaakt kan worden tussen licht en ernstig verstandelijk beperkte mensen. Bij de eerste groep betreft het de voordeur die voor een enkel individu gesloten is. Bij de ernstiger verstandelijk beperkte mensen wordt vaker wegens agressie of overprikkeling de persoon ingesloten in de slaapkamer, zie pagina 10.

De landelijke veldpartijen en zorgorganisaties geven allen aan dat de fysieke deuren prioriteit hebben, zoals de slaapkamerdeur, voordeur en afdelingsdeur. Tegelijkertijd wordt erkend dat fysieke en mechanische fixatie veelvuldig voorkomt en hier aandacht voor nodig is. De voorkeur heeft een duidelijke focus op de fysieke deuren, helpend voor een breed gedragen ontwikkeling naar open deuren.

Ons standpunt hierin is dat we meegaan in het advies van de veldpartijen en zorgorganisaties en dus de focus leggen op de fysieke deuren, zo nodig ondersteund door technologie. We concluderen dat de volgende deuren in de verstandelijk gehandicaptenzorg prioriteit hebben: insluiten in de eigen verblijfsruimte of slaapkamer en de voordeur op slot. Voor de psychogeriatrische zorg concluderen we dat de gesloten afdelingsdeur en buitendeur prioriteit hebben.

Uit de gesprekken met de veldpartijen en zorgorganisaties bleek dat er verschillende redenen zijn waarom deuren zijn gesloten, onder andere ernstig nadeel bij de cliënt of diens omgeving, patronen of vanzelfsprekendheden, afbakening en duidelijkheid richting de cliënt. Wanneer besloten is dat deuren geopend moeten worden, is het belangrijk dat dit zorgvuldig gebeurt. Denk bijvoorbeeld aan het afwegen van risico's bij de cliënt, technische mogelijkheden, stabiliteit in het team, mogelijkheden van familie en buurt.

## 4.2 Vervolg

Een volgende stap na deze verkenning is om de daadwerkelijke de stap te zetten en 'gesloten deuren' te openen bij een aantal zorgorganisaties. Daarbij willen we ons meer verdiepen in de redenen waarom deuren gesloten zijn en blijven. Ook willen we samen met zorgorganisaties uitdiepen hoe het proces van openen van deuren vervolgens zorgvuldig en afgewogen ingezet kan worden. Dit doen we door naar de belemmerende en bevorderende factoren te kijken van 'open deuren' op zowel het cliënt-/familieniveau, locatie-/teamniveau als organisatieniveau. Verschillende perspectieven van onder andere zorgmedewerkers, bewoners, familie/naaste en buurtbewoners zullen belicht worden. De informatie uit de gesprekken met de veldpartijen en zorgorganisaties nemen we hierin mee

Ondersteunend aan deze ontwikkeling zetten we een 'open de deuren'-campagne in. Met deze campagne willen we zorgorganisaties in beweging brengen om deuren te openen door bewustwording te creëren en inzicht te vergroten in welke mogelijkheden daarin zijn. Ook willen we hierbij de belangrijke nuancerings geven dat gesloten deuren in sommige situaties ook goede zorg is. Deze campagne voeren we idealiter samen met de landelijke veldpartijen, de IGJ en VWS. Hoe breder gedragen de ontwikkeling naar open deuren, hoe groter de impact.

## Referentielijst

Amaliazorg (2021). Registratie en analyse inzet onvrijwillige zorg bij Amaliazorg in 2020. Geraadpleegd op 26 april 2023 via <https://www.amaliazorg.nl/wet+zorg+en+dwang>

Amerpoort (2022). Tussen vrijheid en veiligheid. Geraadpleegd op 16 mei via: <https://www.amerpoort.nl/over-amerpoort/kwaliteitsrapport-2021/lange-teksten/tussen-vrijheid-en-veiligheid>

Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S., & Griffith, G. M. (2017). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 16-32. [doi.org/10.1111/bjc.12118](https://doi.org/10.1111/bjc.12118)

Cello Zorg (2022). Analyse onvrijwillige zorg 2021. Geraadpleegd op 16 mei via: <https://www.cello-zorg.nl/wp-content/uploads/2022/05/Analyse-onvrijwillige-zorg-2021-120522-DEF.pdf>

CBS, Centraal Bureau voor Statistiek (2023). Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg. Geraadpleegd op 25 april via: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84529NED/table?searchKeywords=wlz>

Cooper, S. A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., & Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 217-232. [doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01127.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01127.x)

Evean (2022). Analyse onvrijwillige zorg januari- december 2021. Geraadpleegd op 26 april 2023 via [https://www.evean.nl/sites/default/files/2022-10/20220516%20Analyse%20januari-december%202021%20OVZ%20IGJ%20Evean\\_.pdf](https://www.evean.nl/sites/default/files/2022-10/20220516%20Analyse%20januari-december%202021%20OVZ%20IGJ%20Evean_.pdf)

Huckshorn, K.A. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: Core strategies for prevention. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(9), 22-33. [doi.org/10.3928/02793695-20040901-05](https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-05)

Huize Rosa (2022). Analyse en Inventarisatie onvrijwillige zorg 2021 Huize Rosa. Geraadpleegd op 26 april 2023 via [https://www.zorgcentrum-huizerosa.nl/files/Wzd%20analyse%20Zorgcentrum%20Huize%20Rosa%202021\\_287.pdf](https://www.zorgcentrum-huizerosa.nl/files/Wzd%20analyse%20Zorgcentrum%20Huize%20Rosa%202021_287.pdf)

IGJ, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2023) Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport, Geraadpleegd op 25 april via: <https://www.igj.nl/onderwerpen/wetten-in-ons-toezicht/wzd>

Landweer, E. G. M., Frederiks, B. J. M., Vinckers, F., Janus, S., & Zuidema, S. U. (2021). Open deuren voor PG?: Een exploratief ethisch onderzoek naar mogelijke alternatieven voor een gesloten deur in het kader van de implementatie van de Wet zorg en dwang. Universitair Netwerk Ouderenzorg- UMCG

Lievegoed (2022). Kwalitatieve analyse onvrijwillige zorg Lievegoed 2021. Geraadpleegd op 16 mei 2023 via: <https://kwaliteit.lievegoed.nl/app/uploads/2022/05/Analyse-onvrijwillige-zorg-2021-Lievegoed.pdf>



Luiselli, J.K. (2009). Physical restraint of people with intellectual disability: A review of implementation reduction and elimination procedures. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 22(2), 126–134. [doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00479.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00479.x)

Middin (2022). Analyse onvrijwillige zorg over 2021. Geraadpleegd op 16 mei 2023 via: [https://middin.nl/media/kwaliteit\\_en\\_zorg/20220524\\_analyse\\_onvrijwillige\\_zorg\\_over\\_2021\\_def\\_versie.pdf](https://middin.nl/media/kwaliteit_en_zorg/20220524_analyse_onvrijwillige_zorg_over_2021_def_versie.pdf)

Overheid.nl (2023). Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Geraadpleegd op 17 mei 2023 via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040632/2021-11-06#Hoofdstuk2>

PWC (2023). Dashboard monitor implementatie Wet zorg en dwang. Geraadpleegd op 11 april via: <https://publicreports.pwc.nl/report/wetzorgendwang/>.

Reekers, M. & Van der Horst, J. (2019). *Zorg en Dwang, samen houden we dit in bedwang!* Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Schippers, B. (2019). Reduction of coercive measures: A multidisciplinary approach in care for people with intellectual disabilities

Schreiner, G.M., Crafton, C.G., & Sevin, J.A. (2004). Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 31, 449- 463. [doi.org/10.1023/B:APIH.0000036413.87440.83](https://doi.org/10.1023/B:APIH.0000036413.87440.83)

Skipr (2022). Zorgaanbieders verzaken aanleveren gegevens onvrijwillige zorg. Geraadpleegd op 28 juli 2023 via <https://www.skipr.nl/nieuws/zorgaanbieders-verzaken-met-aanleveren-gegevens-onvrijwillige-zorg/>.

Williams, D.E., & Grossett, D. L. (2011). Reduction of restraint of people with intellectual disabilities: An organizational behavior management (OBM) approach. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2336–2339. [doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.032](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.032)

Zorgspectrum Het Zand (2022). WZD-analyse kwaliteitsverslag definitief. Geraadpleegd op 26 april 2023 via <https://kwaliteitsverslag2021.hetzand.nl/wp-content/uploads/2022/06/WZD-analyse-kwaliteitsverslag-definitief.pdf>



## Dit is Vilans

Vilans is de landelijke kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning. Wij vinden het belangrijk dat mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning het leven kunnen leiden dat ze willen. Wij dragen daar proactief met kennis aan bij. We benoemen vraagstukken en agenderen onderwerpen. Samen met anderen verzamelen, ontwikkelen en delen we kennis. Vilans brengt mensen en organisaties bij elkaar vanuit onderzoek, praktijk, beleid en onderwijs. Zo versnellen we kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en de toepassing van kennis. [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)

### Disclaimer

Vilans streeft er samen met betrokkenen naar om gebruik te maken van juiste, actuele en beschikbare gegevens in publicaties. Ondanks onze zorgvuldigheid aanvaarden we daar geen aansprakelijkheid voor. Op onze publicaties is de Creative Commons 4.0 licentie van toepassing. Dit betekent dat je onze publicaties mag downloaden, verveelvoudigen en mag verwijzen wanneer de volgende voorwaarden gelden:

- Er sprake is van niet-commerciële doeleinden.
- Je beschrijft dat de publicatie van Vilans is, eventuele auteurs noemt en een URL of hyperlink naar de publicatie plaatst.
- Je de Creative Commons 4.0 licentie vermeldt, inclusief link.

Wil je een onderdeel gebruiken voor een eigen publicatie? Ook dat mag alleen voor niet-commerciële doeleinden en op voorwaarde dat je linkt naar de originele bron en je werk vervolgens onder dezelfde Creative Commons 4.0 licentie deelt. De Creative Commons 4.0 licentie is niet van toepassing op beeldmateriaal, content van derden en op onderdelen waar dit specifiek bij benoemd staat.

©Vilans

November 2023

Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht  
030 789 23 00

[info@vilans.nl](mailto:info@vilans.nl)  
[www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)