

Implementatie methoden onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicaptenzorg

Dr. Esther Bisschops e.h.bisschops@vu.nl



Project Vrijheid en Veiligheid 2019-2024

Doel: Implementeren drie methoden onvrijwillige zorg

Het Wegingskader
Cliëntperspectief
In de langdurige zorg



Multidisciplinair Expertise Team (MDET)

Een effectieve methode voor het afbouwen
van onvrijwillige zorg in de verstandelijk
gehandicaptensector



Deze deelsessie

- Informatie over de drie methoden
- Implementatie
 - Uitdagingen in de langdurige VG zorg
 - Tips vanuit implementatie ervaringen in de VG
 - Effect van samenwerken bij implementatieprocessen
 - Adaptaties aan methodes bij implementatie en gevolgen voor effectiviteit
- Opdracht: belemmeringen bij Implementatie

www.hetwegingskader.nl



Aanleidingen ontwikkeling Wegingskader

Casus Brandon (2011)

VN-verdrag: rechten van mensen met een beperking (2006)



Ontwikkeling Wzd



Belevingsonderzoek Dwang in de Zorg

Doel

Onderzoek naar inzicht van verwanten in cliëntenperspectief

- Ontwikkeling wegingskader

Twee samenhangende deelstudies:

1. Mensen met een verstandelijke beperking (VG)

Prof. dr. Petri Embregts, Tilburg University, AWVB

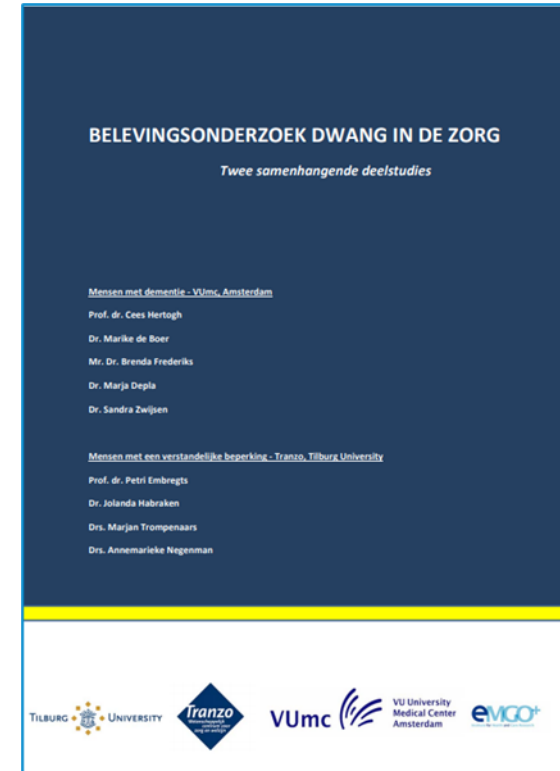
2. Mensen met een psychogeriatrische aandoening/ dementie (PG)

Prof. dr. Cees Hertogh, VUmc Amsterdam

Belevingsonderzoek Dwang in de Zorg (2)

Begeleiders en verwanten kunnen clientperspectief innemen

Embregts, P. J. C. M., Negenman, A., Habraken, J. M., de Boer, M. E., Frederiks, B. J. M., & Hertogh, C. M. P. M. (2019). Restraint interventions in people with moderate to profound intellectual disabilities: Perspectives of support staff and family members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1), 172-183.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jar.12519>



Ontwikkelen Wegingskader

Informatie

- Belang van cliëntperspectief
- Wat is onvrijwillige zorg?
- Hoe maak je een goed onderbouwde afweging?

Bouwstenen:

- Gedrag
 - Verzet
 - Beleving & waarneming
 - Cliëntperspectief
- 
- 



Waarom is het cliëntperspectief belangrijk?

Voor begeleiders is het niet altijd makkelijk om te weten welke zorg je in dat kader moet geven. Hoe neem je de wensen van de cliënt daarin mee? Wat is de beleving...

[lees meer](#)



Wat is onvrijwillige zorg?

Alle zorg waartegen een cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet, is onvrijwillig. Dat staat in de Wet zorg en dwang. De Wet zorg en dwang zegt dat...

[lees meer](#)



Hoe maak je de afweging?

Om een goed onderbouwde afweging te maken over de inzet van zorg, is het belangrijk om informatie te verzamelen over gedrag, verzet, beleving en waarneming en...

[lees meer](#)

Ontwikkeling Methode MDET 2013-2015

Onafhankelijk Multi-Disciplinair Expertise Team (MDET) werkt samen met zorgteams, en kijkt naar de *oorzaken, toepassing en mogelijkheden tot afbouw van onvrijwillige zorg*.

Expertiseteam samengesteld vanuit disciplines eigen organisatie:

orthopedagogen • psychologen • gedragstherapeuten • artsen •
fysiotherapeuten • ergotherapeuten • video feedback trainers •
managers • ervaringsdeskundige cliënten • coördinator

<https://www.sheerenloo.nl/assets/uploads/1-Vind-informatie/Documenten/Expertise-en-behandeling/MVG-Kennisproduct-MDET-brochure.pdf>



Methode MDET

MDET heeft 3 kern componenten

1. Bewustwording en registratie van onvrijwillige zorg
2. Team interventies:
 - Kennis vergroten onvrijwillige zorg
 - Consensus bereiken over belang van afbouw
 - Bespreken weerstand
3. Client interventies:
 - Advies over passende interventies voor afbouw
 - Interventies zijn evidence-based



MDET: 6 fases

1

Voorbereidingsfase

- Het zorgteam vraagt een consultatietraject aan.
- Informatie over MDET wordt gedeeld met bewoners en hun vertegenwoordiger. Ook vraagt het zorgteam toestemming voor de start van het consultatietraject aan de cliënt/ vertegenwoordiger.
- De MDET-expert leest de dossiers en beschrijft de toegepaste vormen van onvrijwillige zorg die worden toegepast in een voorlopig consultatieplan.
- De expert stelt ook hypothesen op over mogelijke oorzaken. Want elke vorm van onvrijwillige zorg kent een achterliggende reden. De oorspronkelijke reden kan echter anders zijn dan de reden om deze zorg in stand te houden.

2

Startfase

- De MDET-expert en het zorgteam bespreken alle vormen van onvrijwillige zorg één voor één. Zowel op woningniveau als op individueel cliëntniveau.
- Ze bespreken ook welke toepassing van onvrijwillige zorg het meest risicovol is voor de cliënt. En wat als eerste moet worden afgebouwd. Indien mogelijk worden cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger hierbij betrokken.
- Het zorgteam, de cliënt(vertegenwoordiger) en de expert proberen tot overeenstemming te komen over een stappenplan.
- Het MDET controleert of de vast-gestelde onvrijwillige zorg correct geregistreerd is.
- Indien nodig wordt uitleg gegeven over correct registreren.

3

Planningsfase

- De expert voltooit het consultatieplan door afspraken uit fase 2 te beschrijven. In het consultatieplan staat nu een behandelplan met daarin stappen voor afbouw van onvrijwillige zorg.
- De expert stelt SMART geformuleerde doelen op in het behandelplan. Het zorgteam checkt of de doelen en de planning kloppen.

4

Actiefase

- Het zorgteam begint met het uitvoeren van de stappen om onvrijwillige zorg af te bouwen.
- De MDET-expert is beschikbaar voor vragen of evaluaties.
- De stappen worden genoteerd in de registratiemodule zodat voortgang gevolgd kan worden.
- Het is een cyclisch proces van plannen-doen-evalueren-aanpassen (plan-do-check-act). Soms wordt een stappenplan voor afbouw nog aangepast.
- Deze fase kan zowel kortdurend zijn als enkele maanden in beslag nemen.

5

Afrondingsfase

- De MDET-expert, het zorgteam en de cliënt (vertegenwoordiger) zijn het eens dat de hoogst haalbare afbouw van onvrijwillige zorg is bereikt.
- De registratie is in de module bijgewerkt.
- Vanaf nu houdt het zorgteam weer zelf toezicht op de registratie en evaluatie van onvrijwillige zorg.
- Er wordt een vervolgspraak gemaakt voor follow-up over enkele maanden.

6

Follow-up fase

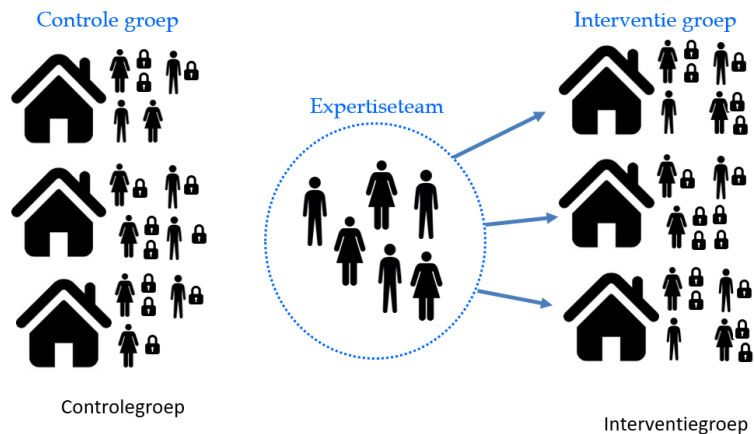
- De expert en het zorgteam bespreken de stand van zaken rondom onvrijwillige zorg, registratie, de voortgang van de afbouw en de samenwerking tussen disciplines.
- De mogelijkheid bestaat om opnieuw gebruik te maken van de expertise van het MDET.

Onderzoek naar effectiviteit MDET 2015-2017

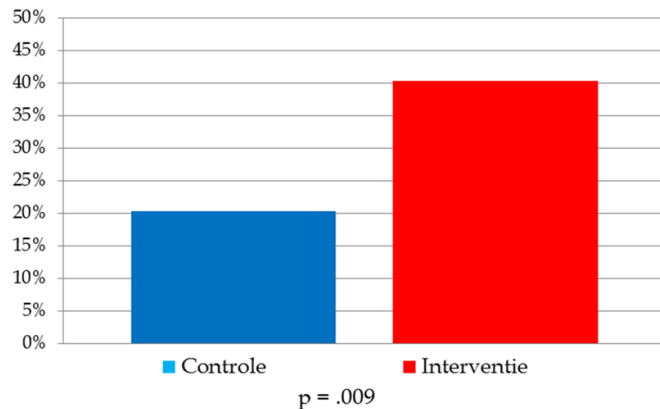
RCT onderzoek naar MDET bij 's Heeren Loo

Conclusie: methode MDET draagt bij aan versnelde en hogere afbouw vrijheidsbeperkingen

Onderzoek naar effectiviteit



Resultaat



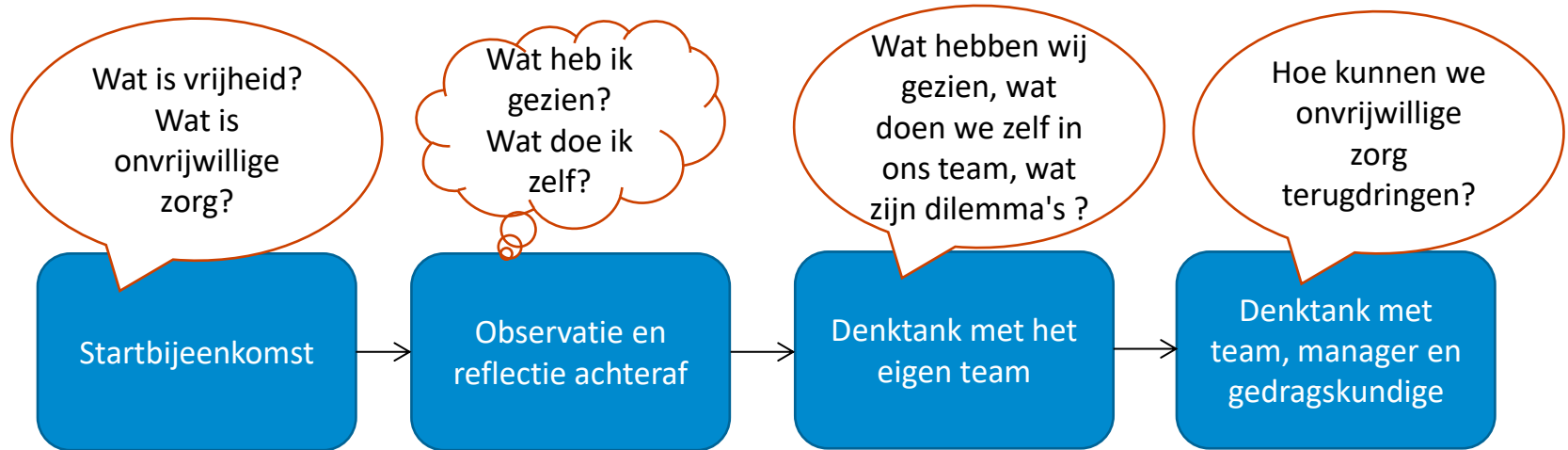
Met Andere Ogen-methode

*Begeleiders leren zelf over eigen regie en
onvrijwillige zorg met eigen zorgteam*



Methode “Met Andere Ogen”

(On)vrijwillige zorg observeren en ontdekken
Goede voorbeelden van vrijwillige zorg ontwikkelen



Resultaten: hoe ervaren begeleiders om zelf in actie te komen?

- 71% vond zijn houding ten opzichte van onvrijwillige zorg is veranderd
- 75% gaf aan dat aandacht voor afbouwen onvrijwillige zorg is toegenomen
- 9 op de 10 deelnemers geven aan dat hun observatievaardigheden ten aanzien van onvrijwillige zorg zijn verbeterd

Conclusie:

MAO heeft potentie om zorgprofessionals zelf te activeren bij het verminderen van onvrijwillige zorg

Questions



Project Vrijheid en Veiligheid (2019-2024)

- Samenwerking tussen twee Academische Werkplaatsen:
 - Academische Werkplaats Viveon (Vrije Universiteit/'s Heeren Loo)
 - Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (AWVB, Tilburg University)

- Onderzoeksteam

- Dr. Esther Bisschops (Viveon)
- Dr. Simone van der Plas (Viveon)
- Dr. Noud Frielink (AWVB)
- Dr. Clasien de Schipper (Viveon)
- Prof. dr. Carlo Schuengel (Viveon)
- Prof. dr. Petri Embregts (AWVB)



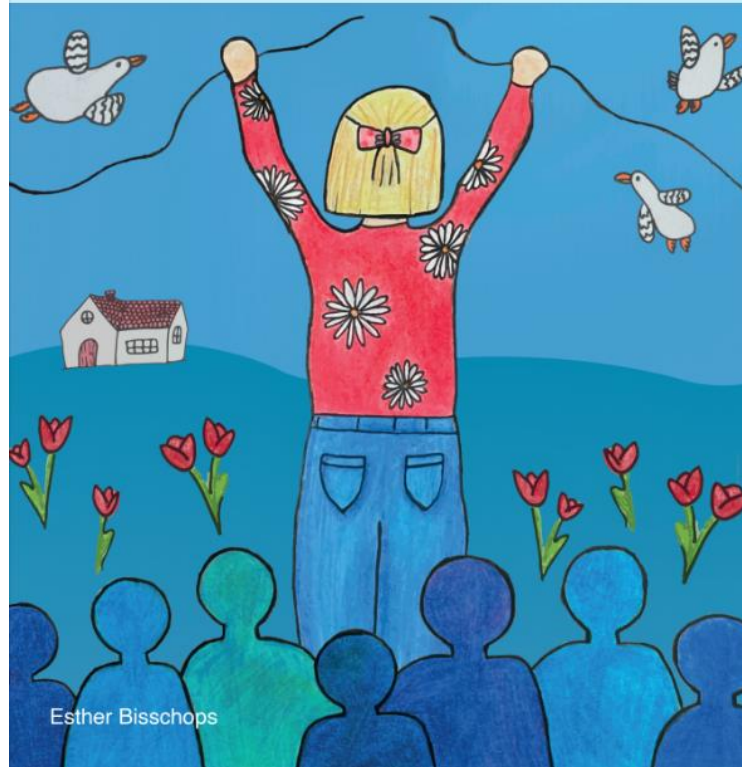
Project Vrijheid en Veiligheid (2019-2024)

Hoe implementeren we drie methoden rondom onvrijwillige zorg bij meerdere zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking?

- Implementatie-uitdagingen in de VG zorg?
- Ervaringen van zorgprofessionals met implementatie?
- Kunnen we effectief samenwerken bij implementatieprocessen?
- Wat gebeurt er met methoden als zorgorganisaties deze implementeren?

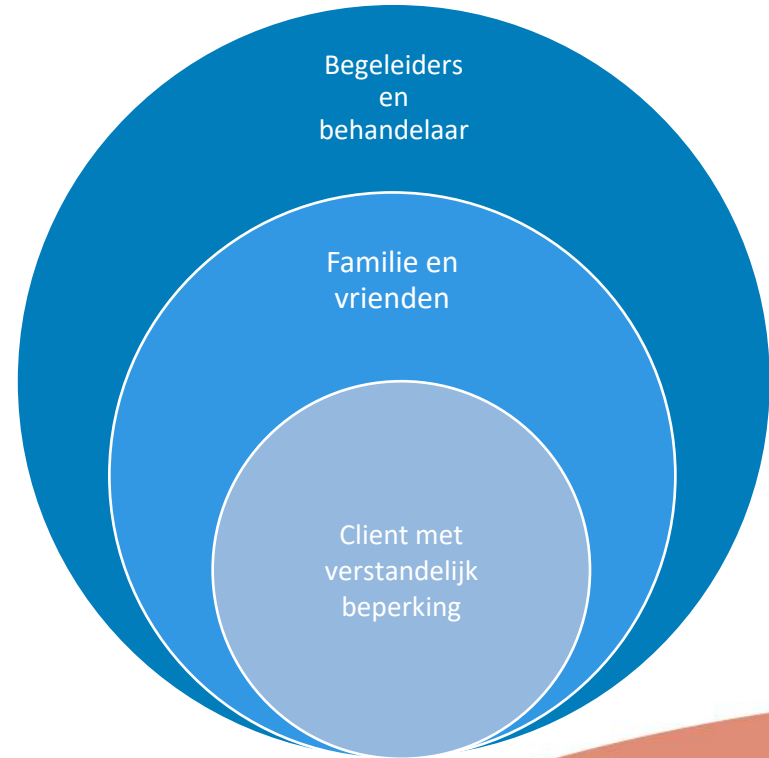
Implementing methods to reduce involuntary care

Studying normalisation processes in long-term care
for people with an intellectual disability



Esther Bisschops

Implementatie uitdagingen in de VG- zorg (t.o.v. reguliere zorg)



Communities of Practice (=leerwerkgemeenschap)

- Professionals en ervaringsdeskundigen **werken en leren samen**, over een onderwerp waarin ze geïnteresseerd zijn (Wenger et al., 1998, 2002)
- **Strategie om nieuwe methoden (over onvrijwillige zorg) te implementeren?** (Ranmuthugala et al., 2011)

Deelnemers van 4 verschillende organisaties in de VG-sector:

- Psychologen/ Orthopedagogen
- Begeleiders
- Beleidsmedewerkers
- Ervaringsdeskundigen (LVB)
- Managers
- Onderzoekers

Wenger, E. (1998). Communities of practice : learning, meaning, and identity. Cambridge University Press. <http://catdir.loc.gov/catdir/toc/cam026/98202423.html>

Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). Cultivating communities of practice : a guide to managing knowledge. Harvard Business School Press.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=79094>

Ranmuthugala, G., Cunningham, F. C., Plumb, J. J., Long, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). A realist evaluation of the role of communities of practice in changing healthcare practice. Implementation science : IS, 6, 49. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-49>

Ervaringen met implementatie en wat leren we hiervan?

Data analyse van bijeenkomsten van:

- Community of Practice



- Community of Practice



Bisschops et al., 2023: Communities of Practice for implementing methods to reduce involuntary care in intellectual disability care: Insights from tacit and experiential knowledge exchange <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13668250.2023.2275225>

Ervaringen met Implementatie

Aarzeling, angst, weerstand bij begeleiders

“Want het brengt ook angst met zich mee: als we iemand die me net met een mes heeft bedreigd niet meer mogen schorsen, waar sta ik dan? Dus je hebt personeel dat het eng vindt. En je kunt niet zeggen dat we het daar niet over hebben, want dit is nu de nieuwe wet”

Inzicht: als je “iets” wilt implementeren, onderzoek dan wat gevolgen en moeilijkheden kunnen zijn voor zorgprofessionals en praat daar over

Ervaringen met Implementatie

Kwaliteit van zorg dilemma



Support staff feel responsible for sustainable quality of care and feel the urge to implement



Support staff experience ambivalent feelings:

Implementation takes a lot of time and effort which is not provided for



Carrying-on implementing might decrease short-term quality-of-care for residents

Inzicht: Heb aandacht voor het dilemma van zorgprofessionals over hoe zij hun tijd het beste kunnen verdelen. Leg clienten uit wat zorgprofessionals gaan doen als ze tijd besteden aan implementatie.

Ervaringen met Implementatie

Implementatie plannen en strategieën

- Zijn er vaak niet, of begeleiders kennen de inhoud van het plan niet
- Het doel van de implementatie van een methode is vaak onduidelijk

Ideeën/inzichten:

- Implementatie plan
- Een toolbox met verschillende implementatie-interventies: manieren om een methode te promoten
- Implementatie interventies op maat maken



Kunnen we effectief samenwerken bij implementatie?

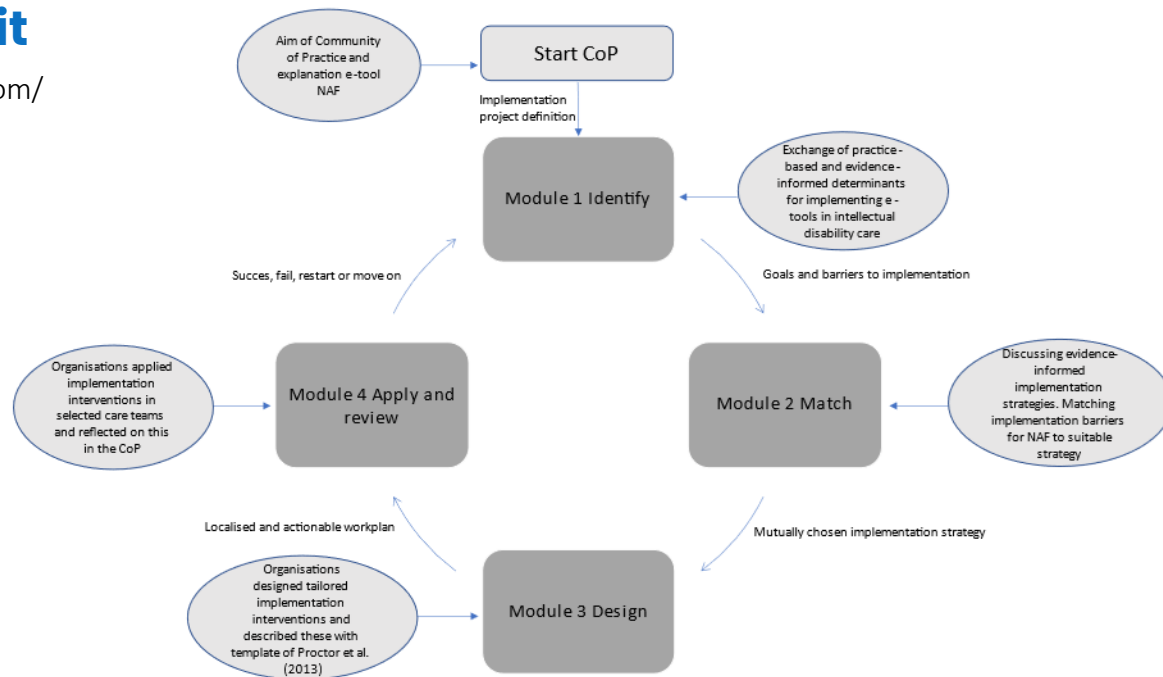
Draagt *samenwerken in een Community of Practice (CoP)* bij aan het ontwikkelen van *implementatie plannen* in VG-organisaties en wordt het *Wegingskader* dan *effectief* geïmplementeerd?



Implementatieplannen maken

ItFits-toolkit

<https://itfits-toolkit.com/>



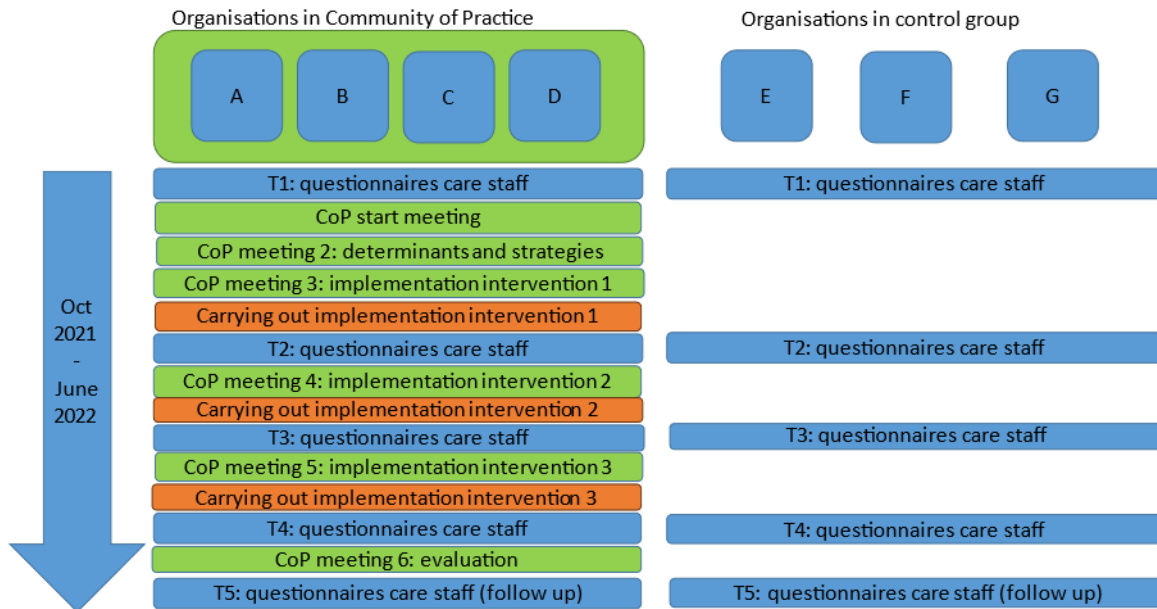
<https://itfits-toolkit.com/>

Vis, C., Schuurmans, J., Aouizerate, B., Atipei Craggs, M., Batterham, P., Bührmann, L., Caelear, A., Cerga Pashoja, A., Christensen, H., Dozeman, E., Duedal Pedersen, C., Ebert, D. D., Etzelmueller, A., Fanaj, N., Finch, T. L., Hanssen, D., Hegerl, U., Hoogendoorn, A., Mathiasen, K., . . . Riper, H. (2023). Effectiveness of Self-guided Tailored Implementation Strategies in Integrating and Embedding Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Mental Health Care: Results of a Multicenter Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial. *Journal of medical Internet research*, 25, e41532. <https://doi.org/10.2196/41532>

Studie design

Multi-methods study:

- **Kwalitatieve analyse** van de bijeenkomsten van de CoP: hoe werden 3 implementatie interventies gekozen, op maat gemaakt voor organisaties, en uitgevoerd?
- **Kwantitatieve analyse:** Wat voor effect had dit op de begeleiders (n=149) in de zorgteams?
 - 54 begeleiders (37 experimentele groep, 17 in controle groep)



Resultaten kwalitatieve analyse

	Informatieve interventie	Motiverende interventie	Educatieve interventie
Organisatie A	Teambijeenkomst waarin de e-tool WK wordt uitgelegd aan zorgteams. Oefenen met WK door het bespreken van een voorbeeld van onvrijwillige zorg.	Zorgmedewerkers uitnodigen om de website WK te bezoeken en aandacht te besteden aan centrale thema's als gedrag, weerstand en perspectief van de cliënt.	Herhaaldelijk gebruik van WK in teamvergaderingen. Het doel is dat het team begrijpt hoe de tool werkt, zodat ze hem zelfstandig kunnen gebruiken.
Organisatie B	Implementeerders organiseren een bijeenkomst om de ondersteuningsdriehoeken (teamcoördinator, manager en gedragsspecialisten die zorgteams ondersteunen) te informeren over WK.	Implementeerders leggen de e-tool WK uit aan Wzd-coaches. Deze coaches gebruiken WK in zorgteams. Het doel is om zorgteams de meerwaarde van het gebruik van WK te laten ontdekken.	CCA-coaches bespreken hoe WK in de toekomst gebruikt kan worden in zorgteams. Ze nemen ook contact op met teamleiders om te vragen wat zij nodig hebben om het bewustzijn van (on)vrijwillige zorg te vergroten.
Organisatie C	De implementeerder schrijft een informatieve e-mail over WK en stuurt deze naar persoonlijke e-mail van zorgmedewerkers.	De implementeerder belt met zorgmedewerkers en gedragsspecialisten om hen te motiveren voor WK. Inspirerende voorbeelden worden samengevoegd in een e-mail met als doel zorgmedewerkers nog meer te motiveren.	De implementeerder neemt deel aan een online teambijeenkomst om WK toe te lichten. Een voorbeeld kan helpen om WK te gebruiken.
Organisatie D	De uitvoerder schrijft een informatieve e-mail over WK en stuurt deze naar persoonlijke e-mail van zorgmedewerkers.	De uitvoerder belt teamleiders die verantwoordelijk zijn voor de implementatie van WK in hun zorgteam. Door te vertellen waarom de organisatie behoefte heeft aan ervaringen met WK, kunnen teams gemotiveerd worden om WK uit te proberen.	Feedback verzamelen over het gebruik van WK van zorgmedewerkers en gedragsspecialisten. Welke meerwaarde zien zij in het werken met WK? Hoe zou WK toegepast kunnen worden binnen de organisatie?

Resultaten kwalitatieve analyse

- Implementeerders waardeerden het samen nadenken over
 - doelen voor implementatie van Het Wegingskader
 - implementatie belemmeringen in organisaties
 - implementatie strategieën
 - op maat maken van implementatie interventies
- nieuwe ideeën
- inzicht te krijgen in implementatieprocessen
- bijeenkomsten waren 'stok achter de deur'
- ItFits toolkit als werk routine geeft duidelijke structuur



Resultaten kwantitatieve analyse (vragenlijsten bij begeleiders)

Level of implementation: Normalisation Measurement Development (NoMAD)

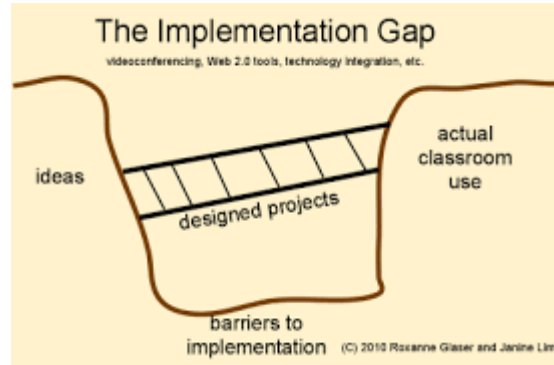
	Experimental condition		Control condition	
	TP-0	TP-1	TP-0	TP-1
Coherence	3.84 (0.48)	3.72 (0.69)	3.68 (0.40)	3.77 (0.80)
Cognitive Participation	4.12 (0.61)	3.79 (0.62)	4.09 (0.73)	3.82 (0.69)
Collective Action	3.41 (0.36)	3.41 (0.44)	3.58 (0.53)	3.36 (0.59)
Reflexive Monitoring	3.70 (0.57)	3.69 (0.58)	3.76 (0.58)	3.35 (0.82)

Degree of awareness of clients' perspectives on involuntary care

	Experimental condition		Control condition	
	TP-0	TP-1	TP-0	TP-1
Attitude	3.85 (0.29)	3.78 (0.33)	3.84 (0.35)	3.77 (0.31)

- Geen significante verschillen tussen de experimentele groep en controle groep
- Geen significante verschillen tussen de voor- en nameting in beide groepen

Discussie: de implementatiekloof



- Niet de juiste mensen in implementatieteam?
- Implementatie interventies op maat voor zorgteams ipv op maat voor organisatie
- Belemmerende factoren en wees bereid om aan te passen

MDET implementeren

Studie naar adaptaties en effectiviteit

Kwalitatief:

Wat gebeurt er met de methode MDET wanneer 4 zorgorganisaties dit implementeren op een manier die past bij de structuur, cultuur en werkrountines van hun organisatie?

Kwantitatief:

Is MDET dan nog effectief?

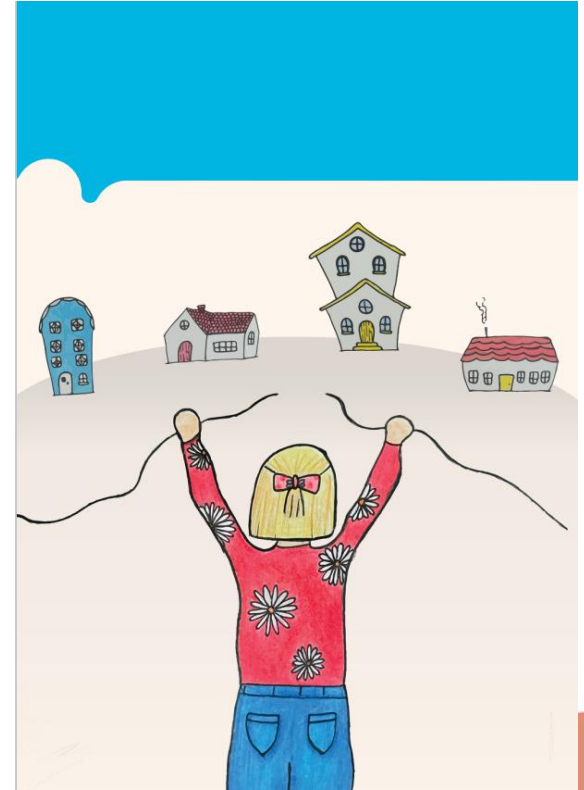


Kwalitatieve resultaten

Vier organisaties → 4 verschillende versies

Adaptaties:

- Geen onafhankelijk MDET expertiseteam
- Onvoldoende aandacht voor registratie
- Consensusprocessen over onvrijwillige zorg alleen met zorgcoördinator en gedragswetenschapper



Is de aangepaste MDET effectief?

Kwantitatief resultaat: **geen** significante resultaten in afbouw onvrijwillige zorg
(reminder: in onderzoek van Schippers 40,4% afbouw tegenover 20,3 CAU)

Discussie:

- Heeft dit met de aanpassingen methode te maken?
- Het onderzoeksdesign?
- Beperkte updates in registratie module onvrijwillige zorg?

Take home message: drie methoden onvrijwillige zorg

Het Wegingskader
Clïëntperspectief
In de langdurige zorg



Multidisciplinair Expertise Team (MDET)

Een effectieve methode voor het afbouwen
van onvrijwillige zorg in de verstandelijk
gehandicapte sector



Take home message: Implementatie



Meer informatie: e.h.bisschops@vu.nl

www.hetwegingskader.nl

<https://www.sheerenloo.nl/kennis/multidisciplinair-expertiseteam-mdet>

<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/met-andere-ogen-actieonderzoek-vrijheidsbeperking>

www.viveon.nl