Jorijn C. Hoekstra

Morele dilemma's van zorgmedewerkers bij het toepassen van onvrijwillige zorg

Morele dilemma's van zorgmedewerkers bij het toepassen van onvrijwillige zorg

Naam: Jorijn C. Hoekstra
Opleiding: Master Advanced Nursing Practice .
Onderwijsinstelling: Hanze, Groningen
Werkgever: Alliade

Samenvatting

Inleiding: Het aantal kwetsbare ouderen met cognitieve achteruitgang neemt toe, waardoor de Wet zorg en dwang (Wzd) vaker van toepassing is. Hoewel de Wzd gericht is op het voorkomen van onvrijwillige zorg, komt deze in de praktijk nog steeds voor. Ondanks wetgeving en theorie maken zorgmedewerkers in de praktijk morele afwegingen die kunnen leiden tot het toepassen van onvrijwillige zorg. Hoe deze morele afwegingen tot stand komen en welke waarden daarbij een rol spelen, is onvoldoende bekend en vraagt om nader inzicht.

Methode: Voor dit onderzoek is een beschrijvend kwalitatief design gebruikt. Semigestructureerde interviews werden afgenomen met tien verzorgenden en verpleegkundigen. De transcripten werden geanalyseerd middels thematische analyse.

Resultaten: Zorgmedewerkers ervaren een spanningsveld tussen veiligheid en vrijheid, waarbij veiligheid bij risico's prioriteit krijgt. Dit leidt tot morele dilemma's, vooral bij onduidelijkheid over wilsbekwaamheid en de Wzd. Werkdruk, tijdgebrek en beperkte Wzd-kennis beïnvloeden morele afwegingen. Overleg met collega's biedt steun, maar de manier waarop verschilt per team. Daarnaast beschrijven zorgmedewerkers sinds de Wzd een verschuiving van routinematig naar bewuster handelen, waarbij scholing en praktische ondersteuning als noodzakelijk worden ervaren voor zorgvuldige morele afwegingen.

Conclusie en aanbeveling: Zorgmedewerkers maken morele afwegingen bij onvrijwillige zorg binnen een spanningsveld tussen veiligheid en vrijheid. Deze afwegingen worden beïnvloed door risicoperceptie, persoonlijke waarden en professioneel en persoonlijk ervaren verantwoordelijkheid. Daarnaast spelen contextuele factoren een rol, zoals werkdruk, kennis van de Wzd en teamcultuur en overlegstructuren. Zij ervaren behoefte aan praktijkgerichte scholing met casuïstiek, praktische hulpmiddelen en een veilige overlegcultuur voor het bespreken van morele vragen. Aanbevolen wordt structureel ruimte te creëren voor morele reflectie via casuïstiekbesprekingen.

Inleiding

Theoretisch kader

In Nederland wordt het aantal kwetsbare ouderen (≥65 jaar) geschat op 600.000 tot 700.000 (Verenso, z.d.). 'Kwetsbare ouderen' zijn ≥65 jaar met fysieke, functionele, sociale of psychische problemen (Van Asselt, 2020). In 2024 verbleven 122.691 kwetsbare ouderen in een verpleeghuis (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2024). Een onbekend deel heeft een psychogeriatrische (PG) indicatie, wat verwijst naar cognitieve achteruitgang door neurologische aandoeningen (CBS, 2025; Zorginstituut Nederland, 2024). Dit kan zich uiten in stoornissen in aandacht, taal, geheugen en executieve functies (Zorginstituut Nederland, 2024). Deze cognitieve stoornissen hebben directe gevolgen voor het dagelijks functioneren en de besluitvaardigheid van kwetsbare ouderen in de zorg (Amaral et al., 2021).

Besluitvaardigheid en wilsbekwaamheid vormen een essentieel uitgangspunt bij besluitvorming in de zorg en zijn bepalend voor de afweging tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg binnen de Wet zorg en dwang (Wzd) (*Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten,* 2018, artikel 2). 'Wilsbekwaamheid' is het vermogen om de aard en gevolgen van een beslissing te overzien en belangen af te wegen (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie [NVKG], 2024). Bij kwetsbare ouderen kan dit vermogen worden aangetast door blijvende cognitieve stoornissen, bijvoorbeeld als gevolg van dementie of een cerebrovasculair accident (Donnellan & Werring, 2020; Filler et al., 2024). Hierdoor kan iemand niet altijd meer aangeven wat hij of zij wil. Dit heeft directe gevolgen voor de gezamenlijke besluitvorming en zorgverlening (Cranley et al., 2020; NVKG, 2024).

Wanneer een cliënt door cognitieve stoornissen niet wilsbekwaam ter zake wordt geacht, treedt de Wzd in werking. De Wzd beschermt de rechten en belangen van de cliënt, en beoogt 'onvrijwillige zorg', zorg die tegen de wil van de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt verleend, zoveel mogelijk te voorkomen. Onvrijwillige zorg is hierin een breed begrip en omvat niet alleen vrijheidsbeperking, maar ook medische handelingen, toezicht en beperkingen in hoe het dagelijks leven wordt ingericht, zoals het ontvangen van bezoek. Vanwege de ingrijpende gevolgen stelt de wet strikte voorwaarden aan het uitzonderlijke gebruik ervan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-b; *Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten,* 2018, artikel 2).

Onvrijwillige zorg raakt aan waarden zoals autonomie en lichamelijke integriteit (Fernández-Costa et al., 2020). 'Autonomie' verwijst naar het vermogen en recht om, ook met ondersteuning, op basis van eigen waarden beslissingen te nemen over het eigen lichaam en leven (Hedman et al., 2019). Onvrijwillige zorg wordt geassocieerd met meer schade dan voordeel en roept ethische problemen op rond waardigheid, welzijn en mensenrechten, en kan lichamelijke en psychische gevolgen hebben (De Boer et al., 2019). Daarnaast kan dit de therapeutische relatie tussen cliënt en zorgverlener onder druk zetten (Montaguti et al., 2019). Ondanks het uitgangspunt 'nee, tenzij' wordt in de praktijk nog regelmatig onvrijwillige zorg toegepast, bijvoorbeeld door bedhekken omhoog te plaatsen of een geblokkeerde rolstoel (Alliade, persoonlijke communicatie, 2025; Willems et al., 2023).

Zorgmedewerkers vervullen een belangrijke rol in het toepassen en voorkomen van onvrijwillige zorg, maar ervaren belemmeringen in het naleven van de Wzd. Helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen worden in dit onderzoek gezamenlijk aangeduid als 'zorgmedewerkers' (Alliade, persoonlijke communicatie, 2024; Langenberg et al., 2023). Intern onderzoek laat zien dat

onvrijwillige zorg onder meer wordt toegepast door tijdsdruk en kennisgebrek. Daarnaast ervaren sommige zorgmedewerkers het invullen van het Wzd-formulier als complex (Alliade, persoonlijke communicatie, 2024). Scholing wordt vaak gezien als interventie om onvrijwillige zorg te verminderen, maar eenvoudige educatie blijkt hierin weinig effect te hebben (Möhler et al., 2023). Tegelijkertijd vergroot onvoldoende kennis van alternatieven en risico's het toepassen van onvrijwillige zorg (Wong & Bressington, 2022). Bovendien herkennen niet alle zorgmedewerkers maatregelen zoals bedhekken of een stoel met dienbladtafel als onvrijwillige zorg (Kong et al., 2017).

Naast kennistekort spelen ook andere belemmeringen een rol. Zorgmedewerkers maken persoonlijke afwegingen en ervaren onduidelijkheid over verantwoordelijkheden (Willems et al., 2023). Ook organisatorische factoren zijn van invloed. Interventies gericht op het beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen leiden tot minder gebruik en kortere duur van onvrijwillige zorg (Möhler et al., 2023). Een gespannen teamklimaat hangt samen met vaker gebruik van onvrijwillige zorg (Doedens et al., 2020).

Ondanks genomen maatregelen blijft onvrijwillige zorg regelmatig voorkomen. Dit wijst erop dat zorgmedewerkers morele afwegingen maken die het gebruik in bepaalde situaties voor hen rechtvaardigen (Wong & Bressington, 2022). In dit onderzoek worden 'morele afwegingen' gedefinieerd als het geheel aan normen en waarden dat richting geeft aan het handelen van zorgmedewerkers (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, z.d.). Deze afwegingen lijken geworteld in zowel persoonlijke als professionele waarden (Goethals et al., 2011). Vanuit de holistische benadering van de verpleegkunde bestaat een ethische plicht om de integriteit en waardigheid van de cliënt te beschermen (Haahr et al., 2020). Tegelijkertijd kunnen verpleegkundigen geconfronteerd worden met dilemma's, zoals schade toebrengen versus goede zorg bieden (Haahr et al., 2020). Onderzoek binnen de intensive care (IC) en psychiatrie laat zien dat onvrijwillige zorg gepaard gaat met emotionele belasting bij verpleegkundigen, waaronder gevoelens van schuld, verdriet en rouw (Andersson et al., 2020; Salehi et al., 2020). Daarnaast beschrijft Fins onderzoek gevoelens van medelijden en aantasting van de persoonlijke integriteit en patiëntwaardigheid (Saarnio & Isola, 2010).

Bestaande literatuur richt zich voornamelijk op andere zorgcontexten, wetgeving en fysieke fixatie. Ondanks bestaande theorieën blijft onvrijwillige zorg, ook na invoering van de Wzd, in de praktijk voorkomen. Binnen de ouderenzorg is beperkt inzicht in de onderliggende oorzaken en de morele afwegingen van zorgmedewerkers, waardoor specifieke wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt.

Relevantie en probleemanalyse

De aanwezigheid van Wzd-functionarissen binnen Alliade laat zien dat de Wzd een onlosmakelijk onderdeel is van de dagelijkse zorgpraktijk (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-a). Omdat zorgmedewerkers voortdurend met deze wet te maken hebben, is het belangrijk te verkennen hoe zij hiermee zorgvuldig kunnen omgaan. De urgentie is groot, onvrijwillige zorg kan leiden tot lichamelijke en psychische gevolgen (De Boer et al., 2019). Het raakt daarbij aan waarden als autonomie, lichamelijke integriteit en keuzevrijheid, waardoor kan de eigen regie van cliënten onder druk kan komen te staan (Alliade, z.d.; De Boer, 2019; Fernández-Costa et al., 2020). Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de morele afwegingen van zorgmedewerkers, zodat zij beter ondersteund kunnen worden bij besluitvorming volgens de Wzd. De verpleegkundig specialist speelt hierin een belangrijke rol als onderzoeker en kwaliteitsbevorderaar en verbindt beleid en praktijk vanuit professionele normen en waarden. Deze rol wordt volgens het beroepsprofiel gekenmerkt

door ethisch bewust en zorgvuldig handelen (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, 2019).

Zoals eerder beschreven lopen zorgmedewerkers in de praktijk tegen belemmeringen aan, zoals tijdsdruk en kennistekort, waardoor onvrijwillige zorg nog steeds wordt toegepast (Alliade, persoonlijke communicatie, 2025; Willems et al., 2023; Wong & Bressington, 2022). De invoering van de Wzd en bijbehorende scholingen heeft dit niet volledig kunnen voorkomen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-b; Möhler et al., 2023). Omdat morele overwegingen hierbij een rol spelen (Wong & Bressington, 2022), is het belangrijk te achterhalen hoe deze afwegingen binnen de context van de Wzd ontstaan en welke waarden daarbij meewegen, om zo inzicht te krijgen in hoe onvrijwillige zorg binnen de ouderenzorg kan worden verminderd.

Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de morele afwegingen die leiden tot het toepassen van onvrijwillige zorg in verpleeghuizen. Het onderzoek richt zich op de besluitvormingsprocessen van zorgmedewerkers en de rol van morele afwegingen hierin. Daarnaast wordt onderzocht hoe zorgmedewerkers kunnen worden ondersteund bij het maken van alternatieve, moreel verantwoorde zorgkeuzes waarbij de autonomie van de cliënt gewaarborgd blijft. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag en deelvraag:

Hoofdvraag: Welke morele afwegingen maken zorgmedewerkers in verpleeghuizen bij het toepassen van onvrijwillige zorg?

Deelvraag: Aan welke ondersteuning hebben zorgmedewerkers behoefte bij het maken van morele afwegingen die de autonomie van de cliënt respecteren?

Voor taal- en grammaticacontrole is gebruikgemaakt van *Copilot* (Microsoft 365, 2026), de inhoud is volledig van de onderzoeker.

Methode

Onderzoeksdesign

Om te begrijpen hoe zorgmedewerkers morele afwegingen maken bij het toepassen van onvrijwillige zorg, is gekozen voor een beschrijvend kwalitatief design (Pope & Mays, 2020), waarbij de beleving van de zorgmedewerker centraal staat (Verhoeven, 2022). Deze kwalitatieve benadering sluit aan bij het doel van het onderzoek, omdat meningen en ervaringen van zorgmedewerkers met het werken volgens de Wzd niet goed in cijfers zijn te vangen en daarom vragen om verdiepend inzicht (Hennink et al., 2020). Zo kunnen ervaringen, overtuigingen en denkprocessen diepgaand worden verkend (Pope & Mays, 2020).

Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek is uitgevoerd onder zorgmedewerkers, waarbij de onderzoekspopulatie bestond uit verzorgenden en verpleegkundigen. Helpenden, stagiaires en invalkrachten werden niet meegenomen vanwege hun beperkte aantal en taken (Alliade, persoonlijke communicatie, 2025). Alle 35 verzorgenden en 16 verpleegkundigen van verpleeghuis Coornhertstate van Alliade werden door het clusterhoofd per e-mail geïnformeerd en uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Coornhertstate is een woon-zorglocatie waar ouderen wonen met uiteenlopende zorgbehoeften, een deel van de bewoners heeft milde tot matige cognitieve stoornissen (Alliade, persoonlijke communicatie, 2025). Een deel van de verpleegkundigen vervult de rol van zorgcoördinator, waarbij zij overstijgende verantwoordelijkheid dragen voor de coördinatie en continuïteit van zorg (Alliade, persoonlijke communicatie, 2026). Zorgmedewerkers meldden zich vrijwillig aan. Alle zorgmedewerkers die reageerden voldeden aan de in- en exclusiecriteria, zoals weergegeven in Tabel 1, waarna een willekeurige selectie werd gemaakt. De interviews werden ingepland op praktisch haalbare momenten en vonden plaats op locatie.

Tabel 1

In- en exclusiecriteria

Inclusiecriterium	**Exclusiecriterium**
Werkzaam op afdeling in Coornhertstate.	Student verpleegkunde of verzorgende, tenzij vast in dienst en in vervolgopleiding.
Verzorgenden en verpleegkundigen.	
Minimaal 1 jaar werkzaam in Coornhertstate.	

Dataverzameling

De data zijn verzameld middels semigestructureerde interviews, omdat deze methode ruimte biedt voor persoonlijke ervaringen en tegelijkertijd voldoende structuur geeft om gericht antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag (Saunders et al., 2024). Door vooraf topics te kiezen kwamen alle kernonderwerpen aan bod, terwijl ruimte bleef om door te vragen wanneer nieuwe inzichten naar voren kwamen. Dit maakte het mogelijk ervaringen en onderliggende overwegingen van zorgmedewerkers diepgaand te verkennen (Hinton & Ryan, 2020; Saunders et al., 2024). De topiclijst werd besproken met een vakinhoudelijk expert, waarna de vragen inhoudelijk werden aangescherpt

(Baarda, 2020). Een verkorte versie met voorbeeldvragen is weergegeven in Tabel 2, waarbij per topic ook is gevraagd naar eventuele behoeften.

Tabel 2

Topiclijst

Topic*	**Voorbeeldvraag**
Kennis en ervaring met onvrijwillige zorg[a]	Wat versta je onder onvrijwillige zorg?
Scholing en beleid[a,b]	Heb je scholing gevolgd over onvrijwillige zorg? Zo ja, werd tijdens de scholing aandacht besteed aan morele dilemma's?
Kennis van alternatieven en ondersteuning[a,b]	Welke alternatieven voor onvrijwillige zorg zijn bij jou bekend?
Morele overwegingen[c,d]	Welke afwegingen maak je voordat je besluit om onvrijwillige zorg toe te passen?
Gevoelens en emotionele impact[d,e]	Kun je aangeven wat je voelt na het toepassen van onvrijwillige zorg?
Invloed van team, sfeer en organisatie[c,f]	Wordt dit onderwerp wel eens in het team besproken? Zo ja, hoe ervaar je dat?

Opmerking.*Bij elk topic zijn de behoeften uitgevraagd. [a]Möhler et al. (2023). [b]Wong & Bressington (2022). [c]Goethals et al. (2011). [d]Haahr et al. (2020). [e]Salehi et al. (2020). [f]Doedens et al. (2020).

Vooraf werd een proefinterview afgenomen om te beoordelen of de vragen voldoende aansloten bij de onderzoeksvraag en helder waren geformuleerd. Dit proefinterview werd via peer review getoetst op duidelijkheid en volledigheid, waarmee de kwaliteit van de interviews werd versterkt. De interviews werden individueel afgenomen, zodat zorgmedewerkers vrij konden spreken over hun perspectieven en ervaringen zonder beïnvloeding van collega's (Hennink et al., 2020). Na de eerste interviews werden enkele vervolgvragen aangescherpt om beter aan te sluiten bij terugkerende onderwerpen, passend binnen een iteratieve werkwijze (Baarda et al., 2021).

Dataverwerking en analyse

Van de interviews werden geluidsopnamen gemaakt. De audiobestanden werden na afloop volledig en woordelijk getranscribeerd (Baarda et al., 2021). Een interpretatie van de transcripties werd ter controle als membercheck voorgelegd aan de deelnemers (Baarda et al., 2021). De zorgmedewerkers bevestigden dat deze samenvatting overeenkwam en maakten geen gebruik van de geluidsopnamen, waarna de audiobestanden werden verwijderd (Baarda et al., 2021). Om bij te dragen aan de kwaliteit en betrouwbaarheid van de dataverzameling, maakte de onderzoeker na elk interview notities context en eerste indrukken vast te leggen (Baarda et al., 2021).

De interviewtranscripten werden geanalyseerd volgens de stappen van thematische analyse (Braun & Clarke, 2012). Ter ondersteuning werd gebruikgemaakt van *ATLAS.ti* (2025), versie 25.0.1. De analyse verliep iteratief. Tijdens de eerste stap raakte de onderzoeker vertrouwd met de data door de transcripties herhaaldelijk te lezen. Vervolgens werden mogelijk betekenisvolle fragmenten gecodeerd die relevant waren voor de onderzoeksvraag (Braun & Clarke, 2012). Tijdens de derde stap werden voorlopige thema's gevormd door codes te vergelijken en te groeperen op basis van

onderlinge samenhang in relatie tot de onderzoeksvraag. Tijdens de vierde fase werden de voorlopige thema's beoordeeld door ze te toetsen aan de gecodeerde data en de volledige dataset, waarbij thema's zo nodig werden aangepast, samengevoegd of verworpen. In stap vijf werden de definitieve thema's vastgesteld en benoemd, waarbij per thema werd bepaald wat het thema kenmerkt en hoe het bijdraagt aan de beantwoording van de onderzoeksvraag. Tot slot werden de thema's uitgewerkt en beschreven in de resultaten (Braun & Clarke, 2012).

Na elk tweede interview werden nieuwe transcripties geanalyseerd en vergeleken met eerder gecodeerde data. Ter versterking van de betrouwbaarheid werden de transcripties van elk tweede interview onafhankelijk gecodeerd door een senior onderzoeker. Verschillen in interpretatie werden gezamenlijk besproken totdat overeenstemming werd bereikt over de codes en thema's (Saunders et al., 2024). Datasaturatie werd bereikt na acht interviews, vastgesteld door de onderzoeker en bevestigd door een onafhankelijke senior onderzoeker. Vervolgens werden nog twee aanvullende controle-interviews afgenomen onder verzorgenden en verpleegkundigen om te bevestigen dat in beide groepen geen nieuwe inzichten meer werden verkregen (Hennink et al., 2020; Hennink & Kaiser, 2022).

Kwaliteitscriteria

Voor gedegen conclusies en aanbevelingen is een correct en zorgvuldig uitgevoerd onderzoek essentieel. De 'dependability' werd verhoogd door peer debriefing, waarbij een senior onderzoeker kritische feedback gaf op de analyse, en door het bijhouden van een logboek waarin het onderzoeksproces systematisch en transparant werd vastgelegd (Nowell et al., 2017). Daarnaast werd intercodeerbetrouwbaarheid toegepast door interviewtranscripten onafhankelijk dubbel te coderen (Hennink et al., 2020). De 'transferability' van de resultaten werd bevorderd door het gebruik van het logboek en het bereiken van datasaturatie. Member checking door zorgmedewerkers van de interpretatieve samenvattingen droeg bij aan de correctheid en verhoogde de 'credibility'. Tevens werd dit verhoogd door peer debriefing door een onafhankelijke senior onderzoeker. 'Confirmability' werd nagestreefd door waarnemersbias te beperken (Nowell et al., 2017). Onafhankelijke codering en gezamenlijke bespreking van transcripten beperkten waarnemingsfouten en subjectieve interpretaties (Saunders et al., 2024).

Ethische verantwoording

Aangezien dit onderzoek binnen het verpleegkundig-/medisch-wetenschappelijk domein valt, is op grond van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) beoordeeld of het WMO-plichtig is. Omdat deelnemers geen gedragsregels of handelingen werden opgelegd, was geen toetsing bij een Medisch Ethische Toetsingscommissie vereist (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek [CCMO], z.d.-c). Binnen Alliade vond interne validatie plaats via afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, die beoordeelde of het onderzoek als niet WMO-plichtig kon worden uitgevoerd. Deelnemers werden vooraf geïnformeerd en gaven toestemming, zij konden zich te allen tijde terugtrekken (Saunders et al., 2024). De ondertekende toestemmingsformulieren werden veilig opgeslagen.

De privacy van deelnemers werd geborgd volgens de wet Algemene verordening persoonsgegevens ("Verordening (EU) 2016/679", 2016, Artikel 5, lid 1). Gegevens waren uitsluitend toegankelijk voor de onderzoeker en opgeslagen in een afgeschermde map binnen het interne netwerk van Alliade. De

data werden eerst gepseudonimiseerd en na goedkeuring van de interpretatieve samenvatting geanonimiseerd, daarna werd de geluidsopname verwijderd (CCMO, z.d.-a). Alle gegevens blijven eigendom van Alliade en worden overeenkomstig de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek-richtlijnen vijftien jaar bewaard (CCMO, z.d.-b). Gedurende alle fasen van het onderzoek werd gehandeld volgens de vijf principes voor ethisch verantwoord onderzoek: zorgvuldigheid, transparantie, verantwoordelijkheid, onafhankelijkheid en eerlijkheid (Saunders et al., 2024). Door het toepassen van memberchecks, peer-debriefing, het bijhouden van een logboek en het gebruik van *ATLAS.ti* (2025) werden zorgvuldigheid, eerlijkheid en transparantie gewaarborgd. Het iteratieve proces ondersteunde voortdurende reflectie en verantwoordelijkheid van de onderzoeker. Omdat geen belangen speelden, werd onafhankelijkheid eveneens geborgd (Saunders et al., 2024).

Resultaten

In totaal namen tien zorgmedewerkers deel aan het onderzoek, zes verzorgenden en vier verpleegkundigen, van wie twee tevens de functie van zorgcoördinator vervulden. De onderzoeksperiode liep van november 2025 tot februari 2026. In Tabel 3 worden eigenschappen van de zorgmedewerkers weergegeven. Vanwege mogelijke herleidbaarheid zijn het geslacht en de rol van zorgcoördinator niet per zorgmedewerker afzonderlijk beschreven. In totaal namen negen vrouwen en één man deel aan het onderzoek.

Tabel 3

Eigenschappen zorgmedewerkers

Zorgmedewerker	Leeftijdscategorie (jaren)	Werkervaring (jaren)	Functie
1	40-50	5-10	Verzorgende
2	40-50	>10	Verzorgende
3	60-65	>10	Verzorgende
4	40-50	>10	Verpleegkundige
5	50-60	>10	Verzorgende
6	20-30	<5	Verpleegkundige
7	20-30	<5	Verpleegkundige
8	40-50	>10	Verpleegkundige
9	50-60	>10	Verzorgende
10	50-60	>10	Verzorgende

Uit de gegevensanalyse zijn vier thema's afgeleid. Om de samenhang tussen de thema's en de bijbehorende codes inzichtelijk te maken, geeft Tabel 4 per thema voorbeeldcodes en een citaat.

Tabel 4

Thema's en codes

Thema	***Codes***	***Citaat***
Veiligheid versus vrijheid	Waarden; Innerlijk conflict; Afwegen veiligheid.	*"Dan denk je maar, dan doe ik allebei maar omhoog. Want dat is misschien veiliger." (Zorgmedewerker 2)*
Morele contextfactoren	Onduidelijkheid rond Wzd; Onoverzichtelijke woonleefplannen; Scholing.	*"Je kunt niet overal tegelijk zijn."(Zorgmedewerker 1)*
Teamcultuur en besluitvorming	Overleg met familie/vertegenwoordigers; Gezamenlijke afweging; Aanspreekcultuur.	*"Dan wordt er wel op gewezen, hé, weet je wel dat dit onvrijwillige zorg is?"(Zorgmedewerker 8)*
Van automatisme naar	Routinematig handelen;	*"Je staat er ook niet altijd bij stil dat*

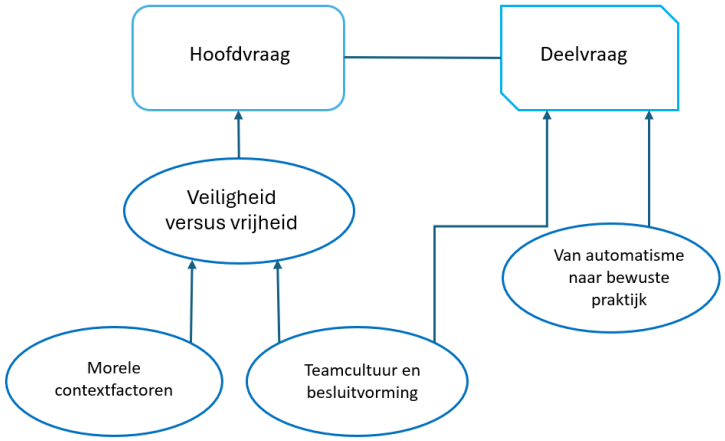
bewuste praktijk	Gewoontes uit verleden; bewustwording door Wzd.	*het onvrijwillig is."(Zorgmedewerker5)*

Wzd: Wet zorg en dwang.

Figuur 1 laat zien dat *veiligheid versus vrijheid* als thema direct de hoofdvraag beantwoordt. Dit thema wordt beïnvloed door *morele contextfactoren* en *teamcultuur en gezamenlijke besluitvorming*, waarbij *teamcultuur en gezamenlijke besluitvorming* en *van automatisme naar bewuste praktijk* samenhangen met de deelvraag over ondersteuningsbehoefte.

Figuur 1

Samenhang thema's



Veiligheid versus vrijheid

Zorgmedewerkers ervaren dat hun morele afwegingen worden bepaald door het afwegen van veiligheid tegenover 'vrijheid', waaronder in dit onderzoek ook autonomie, zelfredzaamheid en welzijn vallen. Zij beschrijven dat hun eigen risicoperceptie hierbij een belangrijke rol speelt, met name bij valgevaar of nachtelijke onrust. In dergelijke situaties verschuift de aandacht volgens zorgmedewerkers naar het waarborgen van veiligheid. Tegelijkertijd geven zij aan veel waarde te hechten aan de vrijheid van bewoners, bijvoorbeeld door medicatieweigering te accepteren of bewoners te betrekken bij keuzes. Volgens zorgmedewerkers ontstaat hierdoor regelmatig een moreel dilemma, vooral wanneer veiligheid waarborgen botst met wat wettelijk is toegestaan. Zij ervaren dat in de praktijk vaak geen eenduidige of ideale keuze bestaat.

"Het voelde alsof elke keuze fout was, tenzij je het zwaar verantwoordde…hebben we de bedhekken naar beneden gelaten."(Zorgmedewerker 10)

Zorgmedewerkers benoemen dat deze morele dilemma's verschillende emotionele reacties kunnen oproepen. Een deel noemt schuld of medelijden, of geeft aan geraakt te worden wanneer iets misgaat. Anderen geven aan vooral te handelen vanuit plichtsbesef en professionele verantwoordelijkheid, zonder specifieke emoties te ervaren. Deze verschillen hangen samen met risicoperceptie, eerdere ervaringen en de vertrouwdheid met de Wzd. Dit komt tot uiting in de

keuzes die zij maken. In vergelijkbare situaties gaat de ene zorgmedewerker sneller over tot onvrijwillige zorg, terwijl een ander langer wacht of eerst alternatieven probeert.

"…We hebben nu ook een cliënt, voorkomen dat hij valt kun je niet, maar ik hoop altijd maar dat ik hem niet vind."(Zorgmedewerker 5)

Zorgmedewerkers geven aan dat de spanning tussen veiligheid en vrijheid wordt versterkt door de verantwoordelijkheid die zij, zowel persoonlijk als professioneel ervaren. De meeste zorgmedewerkers beschrijven dat morele dilemma's in de praktijk vooral ontstaan wanneer het wettelijke kader als onduidelijk wordt ervaren of wanneer waarden vrijheid en veiligheid botsen. In deze situaties ervaren zij moeite met het inschatten van risico's en het afwegen van vrijheid tegen veiligheid. Daarnaast beschrijven zij dat het in de praktijk geregeld lastig is om te bepalen of een cliënt wilsbekwaam is en daadwerkelijk instemt.

"Sommigen kunnen het goed verbloemen, dan kan je het toch niet altijd weten?"(Zorgmedewerker 6)

Morele contextfactoren

Veel zorgmedewerkers ervaren dat hun morele afwegingen mede worden beïnvloed door structurele en organisatorische omstandigheden. Onbekendheid met Wzd-regels, onduidelijke of uitgebreide zorgleefplannen, of verschillen in bedhekken leiden bij het merendeel tot onzekerheid over wat precies is toegestaan.

"Je hebt niet altijd tijd om een groot zorgleefplan helemaal door te lezen op wat wel of niet mag."(Zorgmedewerker 4)

Daarnaast geven zorgmedewerkers aan dat werkdruk en tijdgebrek zorgvuldige morele afwegingen bemoeilijken. Zij beschrijven dat zij in de praktijk niet altijd ruimte ervaren om alternatieven voor onvrijwillige zorg te onderzoeken of toe te passen. Hoewel zij sterke verantwoordelijkheid voelen, ervaren zij dat de dagelijkse context dit soms ondermijnt. Het merendeel van de zorgmedewerkers geeft aan onvoldoende kennis te hebben van de Wzd. Eén medewerker gaf aan voldoende kennis ervan te hebben. Bij inwerkingtreding van de wet werd vanuit de organisatie een e-learning aangeboden, aanvullende scholing werd daarna niet geboden.

Teamcultuur en besluitvorming

Zorgmedewerkers geven aan dat morele afwegingen rondom onvrijwillige zorg als complex worden ervaren. In deze situaties zoeken zij steun in gezamenlijke besluitvorming, bijvoorbeeld door overleg met collega's, vertegenwoordigers of tijdens multidisciplinair overleg. Het gezamenlijk bespreken van dilemma's wordt door zorgmedewerkers benoemd als belangrijk hulpmiddel om verantwoordelijkheid te delen bij morele afwegingen.

Binnen teams beschrijven zorgmedewerkers kleine verschillen in aanspreekcultuur. De meeste geven aan dat zij zich vrij voelen om twijfels te uiten en situaties bespreekbaar te maken. Enkele geven echter aan dat het aanspreken van collega's soms als persoonlijk wordt opgevat, wat het delen van morele afwegingen kan bemoeilijken.

"Het hoort laagdrempelig te zijn… maar niet alle collega's staan daar zo in."(Zorgmedewerker 3)

Daarnaast geven zorgmedewerkers aan dat flexkrachten minder bekend zijn met gemaakte afspraken, wat samenwerking en het aanspreken op het toepassen van onvrijwillige zorg bemoeilijkt. Ook wordt genoemd dat incidenten niet in elk team structureel worden nabesproken, terwijl zij dit wel als waardevol ervaren. Zorgmedewerkers geven aan behoefte te hebben aan een veilige aanspreekcultuur waarin morele vragen zonder terughoudendheid gedeeld kunnen worden. Vaste overlegmomenten, zoals casusbesprekingen, worden daarbij genoemd als ondersteuning.

Van automatisme naar bewuste praktijk

Hoewel dit geen afzonderlijk topic was, kwam dit thema herhaaldelijk naar voren. Zorgmedewerkers ervaren een verschuiving van routinematig naar bewuster handelen. Handelingen die vroeger vanzelfsprekend waren, zoals bedhekken omhoog plaatsen, worden nu vaker zorgvuldig overwogen.

“Vroeger ging het bedhek gewoon omhoog, daar dacht je niet eens over na.”(Zorgmedewerker 9)

Zorgmedewerkers geven aan zich ook bewuster te zijn van minder zichtbare vormen van beperking, zoals het niet vragen naar voorkeuren voor broodbeleg of het aandringen op medicatie-inname. Zorgmedewerkers geven aan dat de Wzd ertoe heeft geleid dat kritische overwegingen vaker een onderdeel zijn van het werkproces, mede doordat keuzes moeten worden besproken en verantwoord.

Daarnaast worden teamgesprekken en praktijkervaringen genoemd als bronnen van deze bewustwording. Zorgmedewerkers geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij het herkennen en herzien van automatische handelingen en het maken van morele afwegingen. Zij noemen hierbij scholing met praktijkgerichte casuïstiek, visuele reminders en korte checklists als ondersteunende middelen.

“Nee, ik wil meer, zoals een casusbespreking. Dat vind ik heel belangrijk.”(Zorgmedewerker 7)

Discussie

Dit onderzoek bracht in kaart welke morele afwegingen zorgmedewerkers in verpleeghuizen maken bij het toepassen van onvrijwillige zorg en aan welke ondersteuning zij behoefte hebben bij het maken van morele afwegingen die de autonomie van de cliënt respecteren. Vier thema's kwamen naar voren: veiligheid versus vrijheid, morele contextfactoren, teamcultuur en besluitvorming, en van automatisme naar bewuste praktijk. Gezamenlijk bieden deze thema's inzicht in hoe morele afwegingen van zorgmedewerkers tot stand komen.

De resultaten laten zien dat morele dilemma's vooral ontstaan rondom de veiligheid van de cliënt, wat overeenkomt met eerder onderzoek (Goethals et al., 2011). Het toepassen van onvrijwillige zorg leidt daarbij regelmatig tot morele conflicten (Haahr et al., 2020; Wong & Bressington, 2022). Hierbij komen autonomie, vrijheid, zelfredzaamheid en welzijn in het geding. In IC-literatuur worden autonomie en vrijheid wel beschreven, maar de waarden zelfredzaamheid en welzijn niet (Salehi et al., 2020). Uit de bevindingen blijkt dat slechts een klein aantal zorgmedewerkers schuldgevoelens ervaart, in tegenstelling tot de psychiatrie, waar dit vaker voorkomt (Saarnio & Isola, 2010; Wong & Bressington, 2022). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de woonzorgsetting verschilt van de psychiatrische zorgcontext, zowel in zorgsituaties als wettelijke kaders. En dat onvrijwillige zorg als noodzakelijk voor de veiligheid wordt gezien (Doedens et al., 2020; Lejman et al., 2013). Zorgmedewerkers verschillen daarnaast in hoe zij morele verantwoordelijkheid beleven. Sommigen richten zich op risicobeperking, anderen op het respecteren van keuzes, ook bij veiligheidsrisico's. Deze persoonlijke afweging komt overeen met de literatuur (Goethals et al., 2011). Dergelijke verschillen in morele afwegingen bepalen mede hoe handelingen in de praktijk worden vormgegeven.

Uit de bevindingen blijkt dat morele afwegingen rond onvrijwillige zorg worden beïnvloed door organisatorische en contextuele factoren, zoals beleid, procedures, personele bezetting en werkdruk. Dit komt overeen met onderzoek waaruit blijkt dat het effectief inzetten van alternatieven voor onvrijwillige zorg afhangt van de mate waarin medewerkers zijn toegerust (Wong & Bressington, 2022). Factoren zoals beschikbare tijd, voldoende personele bezetting en medewerkers met de juiste kennis en vaardigheden bepalen in belangrijke mate of passende keuzes kunnen worden gemaakt (Gjerberg et al., 2013). Hoewel scholing beperkt effect heeft op het terugdringen van onvrijwillige zorg (Möhler et al., 2023), laat onderzoek zien dat kennis over wet- en regelgeving en alternatieven wél bijdraagt aan bewuster handelen (Wong & Bressington, 2022). De bevindingen suggereren bovendien dat zorgmedewerkers onvoldoende zijn geschoold, wat kan leiden tot onduidelijkheid over de Wzd. Dit sluit aan bij onderzoek dat laat zien dat scholing kan bijdragen aan het verminderen van toepassing van onvrijwillige zorg (Testad et al., 2016). Ook ander onderzoek wijst op het belang van contextfactoren bij morele besluitvorming (Sun et al., 2026). Dit benadrukt dat morele afwegingen niet alleen een individuele verantwoordelijkheid zijn, maar ook organisatorische ondersteuning vereisen.

De bevindingen laten zien dat teamgesprekken en praktijkervaringen de bewustwording versterken en dat morele besluitvorming in de praktijk niet alleen een individuele activiteit is. Teamcultuur, overlegstructuren en laagdrempelig aanspreken beïnvloeden hoe medewerkers tot keuzes komen. Om doordachte beslissingen te kunnen, hebben zorgmedewerkers een werkomgeving nodig die morele ondersteuning biedt en ruimte geeft voor reflectie. Dit is lijn met literatuur onder

verpleegkundigen (Björk et al., 2025; Goethals et al., 2011; Haahr et al., 2020). In een dergelijke omgeving kunnen zij wensen, vragen en twijfels bespreken. Door gezamenlijk situaties te bespreken en ervaringen uit te wisselen, verdiepen zorgmedewerkers hun inzicht en hun vermogen om verschillende opties zorgvuldig te wegen. Dit ondersteund professioneel leiderschap en morele sensitiviteit binnen het team (Goethals et al., 2011). Een goede werksfeer is hierbij belangrijk, zodat medewerkers zich veilig voelen om vragen en twijfels te bespreken (Doedens et al., 2020). Deze bevindingen onderstrepen het belang van ondersteuning die gezamenlijke morele afwegingen binnen teams mogelijk maakt.

Tot slot wijzen de resultaten erop dat meerdere dagelijkse handelingen voortkomen uit ingesleten routines, wat overeenkomt met de literatuur (Willems et al., 2023). Tegelijk laten de bevindingen zien dat de Wzd bijdraagt aan een verschuiving van routinematig naar meer bewuste en zorgvuldige morele afwegingen en handelen. Zorgmedewerkers interpreteren de wet verschillend. Sommigen ervaren steun, anderen onvoldoende richting bij complexe situaties. Dit kan verklaren waarom vergelijkbare situaties, zoals het gebruik van bedhekken, verschillend worden beoordeeld. En waarom het herkennen onvrijwillige zorg, vooral bij subtielere vormen, lastig blijft. Hiermee wordt duidelijk dat zorgmedewerkers ondersteuning nodig hebben om dergelijke situaties beter te duiden in de praktijk. Dit sluit aan bij de behoefte aan scholing met casuïstiek en eerdere bevindingen (Björk et al., 2025). Gezamenlijk maken deze bevindingen duidelijk dat ondersteuning nodig is bij het interpreteren en toepassen van de Wzd in uiteenlopende praktijksituaties.

De bevindingen uit dit onderzoek zijn relevant omdat zij inzicht geven in hoe zorgmedewerkers beter kunnen worden ondersteund bij morele afwegingen rond onvrijwillige zorg. De resultaten laten zien dat scholing, duidelijke richtlijnen en morele ondersteuning bijdragen aan het omgaan met situaties waarin veiligheid en vrijheid botsen. Dit vergroot hun handelingszekerheid en ondersteund bewuster en zorgvuldiger handelen en professioneel leiderschap. Hierdoor staan zorgmedewerkers sterker in hun morele afwegingen. Dit verbetert niet alleen de kwaliteit van zorg, maar draagt ook bij aan werkplezier en het behoud van personeel (Goedhart et al., 2017).

Voor zover bekend is dit het eerste Nederlandse onderzoek dat na de invoering van de Wzd in 2020 de morele afwegingen van zorgmedewerkers in verpleeghuizen onderzoekt. Hoewel enkele bevindingen overeenkomen met bestaande literatuur, betreft dit andere contexten en onvrijwillige zorg van voor de invoering van de Wzd. Daarmee biedt dit onderzoek mogelijk aanvullende inzichten. De gekozen kwalitatieve onderzoeksopzet hielp te begrijpen welke waarden, overwegingen en factoren een rol spelen bij het toepassen van onvrijwillige zorg. Tijdens het iteratieve proces kwamen geen nieuwe thema’s meer naar voren, wat erop wijst dat de belangrijkste onderwerpen volledig waren verkend. Zoals in de methode beschreven, werd de bereikte datasaturatie bevestigd door de senior onderzoeker, waarna nog controle-interviews werden afgenomen ter verificatie. Deze werkwijze onderstreept de betrouwbaarheid en zorgvuldigheid van de onderzoeksresultaten.

Het onderzoek kent ook beperkingen. De bekendheid van de onderzoeker binnen de organisatie kan hebben bijgedragen aan respondentbias, doordat zorgmedewerkers mogelijk sociaal wenselijke antwoorden gaven (Saunders et al., 2022). Daarnaast bestond het risico op confirmation bias bij de interpretatie van de data, waarbij bestaande aannames onbewust hebben kunnen doorwerken (Saunders et al., 2022). Deze risico’s zijn beperkt door het toepassen van peer debriefing en member checks. Daarnaast nam slechts één man deel aan het onderzoek, waardoor mogelijke genderverschillen beperkt zijn meegenomen. Eerdere studies tonen echter geen consistent effect

van gender op het gebruik van onvrijwillige zorg (Doedens et al., 2020). Daarnaast sluit deze verdeling aan bij de samenstelling van het personeel binnen de onderzochte zorgsetting (Alliade, persoonlijke communicatie, 2026). Tot slot is het onderzoek uitgevoerd binnen een verpleeghuis met een woonzorgfunctie, waar een deel van de bewoners lichte tot matige cognitieve stoornissen heeft. In andere zorgcontexten, zoals de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) of bij cliënten met ernstige PG, kunnen andere overwegingen er rol spelen. De bevindingen dragen daarom bij aan begrip van morele afwegingen binnen vergelijkbare woonzorgsettings.

Conclusie

In dit onderzoek is onderzocht welke morele afwegingen zorgmedewerkers maken bij het toepassen van onvrijwillige zorg. Geconcludeerd kan worden dat deze afwegingen worden gevormd door de voortdurende spanning tussen het waarborgen van veiligheid en het respecteren van vrijheid. Zorgmedewerkers beoordelen situaties op basis van risicoperceptie persoonlijke waarden en een gevoel van persoonlijke en professionele verantwoordelijkheid voor de vrijheid van cliënten. Deze morele afwegingen staan niet los van de context waarin zij plaatsvinden. Teamcultuur, overlegstructuren, routines en organisatorische factoren beïnvloeden de wijze waarop beslissingen over het toepassen van onvrijwillige zorg tot stand komen. Daarnaast is onderzocht welke ondersteuning zorgmedewerkers nodig hebben om morele afwegingen te maken die de autonomie van cliënten respecteren. Zorgmedewerkers geven aan behoefte hebben aan praktijkgerichte scholing met casuïstiek en ondersteunende middelen, zoals visuele reminders en korte checklists. Daarnaast blijkt een veilige aanspreekcultuur van belang, waarin zorgmedewerkers behoefte hebben aan vaste overlegmomenten, zoals casusbesprekingen, om morele vragen gezamenlijk te bespreken.

Op basis van de bevindingen wordt aanbevolen om binnen verpleeghuizen structureel ruimte te creëren voor morele reflectie, bijvoorbeeld casuïstiekbesprekingen. Het bespreken van praktijkvoorbeelden blijkt waardevol, omdat medewerkers zo morele dilemma's concreet kunnen verkennen en alternatieven beter leren toepassen. Daarnaast wordt aanbevolen gerichte scholing te bieden over de Wzd, inclusief mogelijkheden om onvrijwillige zorg te voorkomen (Gjerberg et al., 2013; Kong et al., 2017). Verder is het wenselijk een open overlegcultuur en heldere procedures te stimuleren, zodat morele vragen veilig gedeeld kunnen worden en zorgvuldige afwegingen beter worden ondersteund (Goethals et al., 2011; Haahr et al., 2020). Tot slot wordt aanbevolen de bevindingen verder te verdiepen en te verbreden. Toekomstig onderzoek kan zich richten op meerdere verpleeghuizen en zorgsettingen, zoals de VG en PG, om te onderzoeken in hoeverre de bevindingen herkenbaar zijn. Daarbij kan ook worden verkend hoe scholing, casuïstiekbesprekingen en morele ondersteuning het best vorm kunnen krijgen, zodat organisaties zorgmedewerkers effectiever kunnen ondersteunen bij zorgverlening die zowel vrijheid als veiligheid van ouderen versterkt.

Literatuurlijst

Alliade. (z.d.). *Missie en visie van Alliade*. Geraadpleegd op 3 mei 2025, van https://www.alliade.nl/over-alliade/missie-en-visie

Amaral, A. S., Afonso, R. M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2022). Decision-Making Capacity in Healthcare: Instruments Review and Reflections About its Assessment in the Elderly with Cognitive Impairment and Dementia. *The Psychiatric quarterly*, *93*(1), 35–53. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09867-7

Andersson, U., Fathollahi, J., &Gustin, L. W. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nursing ethics*, *27*(3), 741–753. https://doi.org/10.1177/0969733019884604

ATLAS.ti. (2025). *ATLAS.ti* (Versie 25.0.1) [Computerprogramma]. Scientific Software Development.

Baarda, B. (2020). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Noordhoff Uitgevers

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, F., Julsing, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek kwalitatief onderzoek – Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Noordhoff Uitgevers

Björk, J., Juth, N., & Godskesen, T. (2025). Ethical reflections of healthcare staff on 'consentless measures' in somatic care: A qualitative study. *Nursing ethics*, *32*(7), 2227–2240. https://doi.org/10.1177/09697330251328649

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/13620-004

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024, 19 juli). *Personen in institutionele huishoudens; geslacht en leeftijd, 1 januari*. Geraadpleegd op 23 maart 2025, van https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/82887NED?q=verpleeghuis

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025, 10 januari). *Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp*. Geraadpleegd op 23 maart 2025, van https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84529NED

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.-a). *Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)*. Geraadpleegd op 21 april 2025, van https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/wetten/algemene-verordening-gegevensbescherming-avg

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.-b). *Bewaartermijnen gegevens medisch-wetenschappelijk onderzoek*. Geraadpleegd op 8 maart 2026, van https://www.ccmo.nl/onderzoekers/bewaartermijnen-gegevens-medisch-wetenschappelijk-onderzoek

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.-c). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Geraadpleegd 20 april 2025, van https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet

Cranley, L. A., Slaughter, S. E., Caspar, S., Heisey, M., Huang, M., Killackey, T., & McGilton, K. S. (2020). Strategies to facilitate shared decision-making in long-term care. *International journal of older people nursing, 15*(3), e12314. https://doi.org/10.1111/opn.12314

De Boer, M. E., Depla, M. F. I. A., Frederiks, B. J. M., Negenman, A. A., Habraken, J. M., van Randeraad-van der Zee, C. H., Embregts, P. J. C. M., & Hertogh, C. M. P. M. (2019). Involuntary care – capturing the experience of people with dementia in nursing homes. A concept mapping study. *Aging & mental health*, *23*(4), 498–506. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1428934

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. Lou, Latour, C., & De Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,27* (4), 446–459. https://doi.org/10.1111/jpm.12586

Donnellan, C., & Werring, D. (2020). Cognitive impairment before and after intracerebral haemorrhage: a systematic review. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, *41*(3), 509–527. https://doi.org/10.1007/s10072-019-04150-5

Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B., &García-Iglesias, J. J. (2020). Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *Journal of clinical medicine*, *9*(9), 2791. https://doi.org/10.3390/jcm9092791

Filler, J., Georgakis, M. K., & Dichgans, M. (2024). Risk factors for cognitive impairment and dementia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Healthy longevity*, *5*(1), e31–e44. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00217-9

Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study. *Nursing ethics*, *20*(6), 632–644. https://doi.org/10.1177/0969733012473012

Goedhart, N. S., van Oostveen, C. J., & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *Journal of nursing management*, *25*(3), 194–206. https://doi.org/10.1111/jonm.12455

Goethals, S., Dierckx De Casterlé, B., Gastmans, C., & Associate, R. (2011). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(6), 1198–1210. https://doi-org.nlhhg.idm.oclc.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., &Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, *27(*1), 258–272. https://doi.org/10.1177/0969733019832941

Hedman, M., Häggström, E., Mamhidir, A.-G., Pöder, U. (2019). Caring in nursing homes to promote autonomy and participation. *Nursing Ethics*, *26*(1), 280-292. https://doi-org.nlhhg.idm.oclc.org/10.1177/0969733017703698

Hennink, M., Hutter, I., &Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods* (2nd edition). SAGE Publications.

Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social science & medicine (1982)*, *292*, 114523. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523

Hinton, L., & Ryan, S. (2020). Interviews. In C. Pope & N. Mays (Eds.), *Qualitative Research in Health Care* (4th edition, pp. 43–55). Wiley-Blackwell.

Kong, E. H., Choi, H., & Evans, L. K. (2017). Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(1-2), 49–60. https://doi.org/10.1111/jocn.13418

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (z.d.). *Moraal*. KNMG. Geraadpleegd op 15 juni 2025, van https://www.knmg.nl/ik-ben-geneeskundestudent-1/ethische-toolkit/dilemmas-begrippen/moraal-1#:~:text=Moraal%20is%20het%20geheel%20van,uit%20morele%20waarden%20en%20normen

Langenberg, H., Melser, C., & Peters, M. J. (2023, 21 november). *Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn in 2022: 3. Zorgmedewerkers*. Centraal Bureau Voor de Statistiek. Geraadpleegd op 18 juni 2025, van https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn-in-2022/3-zorgmedewerkers

Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing ethics*, *20*(3), 248–262. https://doi.org/10.1177/0969733012463721

Microsoft. (2026). *Copilot*. [Generatieve AI]. https://www.microsoft.com/copilot

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d-a). *Professionals*. Dwang in de Zorg. Geraadpleegd op 18 juni 2025, van https://www.dwangindezorg.nl/wzd/professionals

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-b). *Wet zorg en dwang (Wzd)*. Geraadpleegd op 27 april 2026, van https://www.dwangindezorg.nl/wzd

Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2023). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2023*(7). https://doi.org/10.1002/14651858.CD007546.pub3

Montaguti, E., Schürmann, J., Wetterauer, C., Picozzi, M., & Reiter-Theil, S. (2019). Reflecting on the Reasons Pros and Cons Coercive Measures for Patients in Psychiatric and Somatic Care: The Role of Clinical Ethics Consultation. A Pilot Study. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 441. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00441

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2024). *Dementie*. Richtlijnendatabase. Geraadpleegd op 23 maart 2025, van https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dementie/startpagina_-_dementie_.html

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., &Moules, N. J. (2017). Thematic analysis. *International Journal of Qualitative Methods, 16*(1). https://doi.org/10.1177/1609406917733847

Pope, C., & Mays, N. (2020). *Qualitative Research in Health Care* (4th edition). Wiley-Blackwell.

Saarnio, R., & Isola, A. (2010). Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(21–22), 3197–3207. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03232.x

Salehi, Z., Najafi Ghezeljeh, T., Hajibabaee, F., & Joolaee, S. (2020). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nursing Ethics*, *27*(2), 598–608. https://doi.org/10.1177/0969733019858711

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2024). *Methodieken en technieken van onderzoek (*M. Arnoldy, F. De Jong & S. Beltman, Nederlandstalige bew.; P. Smitt, & I. Smeets, Vert.; 9e editie). Pearson Benelux. (Origineel werk gepubliceerd in 2023)

Sun, M., Jin, X., & Wang, Z. (2026). Factors influencing ethical decision-making in nursing: A mixed-methods systematic review. *Nursing ethics*, *33*(1), 287–300. https://doi.org/10.1177/09697330251374398

Testad, I., Mekki, T. E., Førland, O., Øye, C., Tveit, E. M., Jacobsen, F., & Kirkevold, Ø. (2016). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)--training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, *31*(1), 24–32. https://doi.org/10.1002/gps.4285

Van Asselt, D. Z. D. (2020). Volledig geriatrisch onderzoek bij kwetsbare oudere patiënten. In M. Visser, A. A. L. Kok, P. E. Spies, B. M. Buurman (Red.), *Inleiding in de gerontologie en geriatrie* (pp. 29-34). Bohn Stafleu van Loghum.

Verenso. (z.d.). *Kwetsbare patiënten en hun behoefte aan medische zorg*. Geraadpleegd op 28 februari 2025, van https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde/kwetsbare-patienten#:~:text=In%20Nederland%20zijn%20naar%20schatting,in%20een%20verzorgingshuis%20of%20verpleeghuis

Verhoeven, N. (2022). Wat is onderzoek? (7e druk). Boom Uitgevers.

Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming). (2016, 4 mei). *Publicatieblad van de Europese Unie*, (L 119/1). Geraadpleegd op 21 april 2026, van https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=celex%3A32016R0679

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. (2019). *Beroepsprofiel: Verpleegkundig Specialist.* V&VN. Geraadpleegd op 3 mei 2025, van https://www.venvn.nl/media/sopp4ccx/4_profiel-verpleegkundig-specialist_def.pdf

Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. (2018, 24 januari). Overheid.nl. Geraadpleegd op 21 april 2026 van, https://wetten.overheid.nl/BWBR0040632/2025-07-01

Willems, J., Passos, V. L., Hamers, J. P. H., & Bleijlevens, M. H. C. (2023). Professional caregivers' perceived barriers hindering the prevention and reduction of involuntary treatment among older persons

receiving long-term care: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(19–20), 7175–7192. https://doi.org/10.1111/jocn.16796

Wong, W. K., & Bressington, D.T. (2022). Nurses' attitudes towards the use of physical restraint in psychiatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing29*(5), 659–675. https://doi.org/10.1111/jpm.12838

Zorginstituut Nederland. (2024, januari 24). *Toegang tot Wlz-zorg*. Geraadpleegd op 6 april 2025, van https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/toegang-tot-wlz-zorg