

## Het panel

# Vrijheidsbeperkende interventies door verpleegkundigen

**Verpleegkundigen in alle sectoren van de zorg passen vrijwel allemaal met enige regelmaat een vrijheidsbeperkende interventie toe. Opvallend is dat zij niet al deze interventies ook zien als vrijheidsbeperking. Ook zijn zij in het algemeen niet op de hoogte van alternatieven en worden vrijheidsbeperkende maatregelen niet in alle sectoren in het zorgplan vermeld of besproken in cliëntbesprekingen. Vooral in ziekenhuizen en de thuiszorg zouden vrijheidsbeperkingen vaker 'op de agenda' kunnen staan.**

Verpleegkundigen voelen zich soms genoodzaakt de (bewegings)vrijheid van een cliënt te beperken. Ze gebruiken bijvoorbeeld een bedhek zodat een cliënt niet uit bed kan vallen, of een onrustige cliënt wordt in een diepe stoel geplaatst om te voorkomen dat hij gaat lopen en ten val komt. Het komt ook voor dat de voordeur op slot gedraaid wordt om te voorkomen dat een alleenwonende met dementie gaat zwerven. Ondanks de goede bedoelingen (bescherming) die eraan ten grondslag liggen, roept het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies op zichzelf weer nieuwe gevaren op. Dit kwam duidelijk naar voren uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het gebruik van Zweedse banden (2002). Eerder was al gebleken dat ook het gebruik van fixatiemateriaal en bedhekken de nodige risico's oplevert (IGZ, 2000). De cliënt kan bijvoorbeeld over het bedhek heen vallen en ook kan hij bekneld raken tussen het bedhek en de matras. Op basis van de rapporten en andere literatuur kan geconcludeerd worden dat er evidentie is dat de veiligheid van de cliënt soms meer geschaad dan bevorderd wordt door toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (Dielis-van Houts e.a., 2004).

### De praktijk

Omdat er steeds meer signalen kwamen dat vrijheidsbeperkende interventies in alle sectoren van de zorg worden toegepast, vroegen

we eind 2004 aan de leden van het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden van de AVVV, het LEVV en het NIVEL of zij in het dagelijks werk met vrijheidsbeperking te maken hebben en hoe zij er in praktijk mee omgaan.

De panelleden kregen een schriftelijke voorgestructureerde vragenlijst toegestuurd. 337 verpleegkundigen (respons 73%) vulden de vragenlijst in. Zij werken in verschillende sectoren van de zorg, te weten: algemene ziekenhuizen, de psychiatrie, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, en de thuiszorg.

### Interventies per sector

In de vragenlijst werden negen soorten vrijheidsbeperkende interventies onderscheiden (zie tabel 1) en bij elke soort werd gevraagd hoe vaak de verpleegkundige die toepaste. Vrijwel iedereen (82%) paste wel eens een vrijheidsbeperkende interventie toe (niet in tabel). Opmerkelijk was dat dit percentage in de algemene ziekenhuizen, de psychiatrie, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de thuiszorg van vergelijkbare omvang was. In tabel 1 is te zien dat 57 procent van alle verpleegkundigen uit het panel wel eens bedhekken heeft gebruikt. De groep verpleegkundigen die wel eens te maken heeft met het gedwongen toedienen van vocht of voedsel is het kleinst. Met welke interventies verpleegkundigen te maken krijgen, hangt sterk samen met de sector waarin zij werkzaam zijn (zie tabel 1).

Het percentage verpleegkundigen dat tenminste één keer per week een bepaalde vrijheidsbeperking toepast is veel lager (tabel 2). Hoewel bijvoorbeeld relatief veel verpleegkundigen te maken hebben met het gedwongen toedienen van kalmerende medicatie of het gecamoufleerd toedienen van medicatie (tabel 1), gebeurt dit niet vaak: negen procent doet dit wekelijks. In tabel 2 valt op dat vooral in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking het toepassen van bepaalde vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikelijk is. Verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen en in de thuiszorg gebruiken vooral bedhekken. In de psychiatrie is het percentage dat wekelijks een cliënt separaat het grootst.

### Vrijheidsbeperkend of niet?

Alle in de vragenlijst genoemde interventies vormen een inbreuk op iemands bewegingsvrijheid, maar dat wordt door de verpleegkundige niet altijd als zodanig beleefd. Over fixeren bestaat de meeste consensus: vrijwel iedereen vindt dit een vorm van vrijheidsbeperking (tabel 3). Het in een aparte ruimte zetten zonder de deur op slot te doen daarentegen vinden veel verpleegkundigen niet vrijheidsbeperkend. Over het algemeen onderkennen verpleegkundigen in de psychiatrie en (in mindere mate) verpleegkundigen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vaker het vrijheidsbeperkende karakter van de interventies.

**TABEL 1. PERCENTAGE VERPLEEGKUNDIGEN DAT GENOEMDE VRIJHEIDSBEPERKINGEN WEL EENS UITVOERT, UITGESPLITST NAAR SECTOR (N=337)**

Type interventie	Algemene ziekenhuizen (n=83)	Psychiatrie (n=91)	Zorg voor mensen met verstandelijke beperking (n=93)	Thuiszorg (n=70)	Totaal (n=337)
Gebruik van beddekken	<b>83%</b>	26%	<b>53%</b>	<b>74%</b>	57%
Gedwongen toedienen van kalmerende medicatie of gecamoufleerd toedienen van medicatie	<b>66%</b>	<b>57%</b>	23%	26%	43%
Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes, Zweedse banden)	<b>72%</b>	26%	<b>50%</b>	-	38%
In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen	16%	<b>50%</b>	<b>54%</b>	-	32%
Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun of stoel tegen tafel plaatsen	47%	14%	27%	19%	27%
Deur van kamer van cliënt of huis op slot doen	3%	19%	<b>51%</b>	32%	26%
Separeren in aparte ruimte	14%	47%	17%	1%	21%
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	25%	17%	9%	7%	14%

**Vet gedrukt wil zeggen dat minimaal 50 procent betreffende handeling wel eens toepast**

**TABEL 2. PERCENTAGE VERPLEEGKUNDIGEN DAT GENOEMDE VRIJHEIDSBEPERKINGEN TENMINSTE ÉÉN KEER PER WEEK UITVOERT, UITGESPLITST NAAR SECTOR (N=337)**

Type interventie	Algemene ziekenhuizen (n=83)	Psychiatrie (n=91)	Zorg voor mensen met verstandelijke beperking (n=93)	Thuiszorg (n=70)	Totaal (n=337)
Gebruik van beddekken	<b>62%</b>	9%	<b>48%</b>	<b>34%</b>	38%
Gedwongen toedienen van kalmerende medicatie of gecamoufleerd toedienen van medicatie	8%	12%	15%	-	9%
Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes, Zweedse banden)	12%	8%	<b>36%</b>	-	15%
In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen	1%	18%	<b>36%</b>	-	15%
Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun of stoel tegen tafel plaatsen	9%	3%	<b>25%</b>	6%	11%
Deur van kamer van cliënt of huis op slot doen	-	11%	<b>45%</b>	7%	17%
Separeren in aparte ruimte	1%	<b>21%</b>	3%	1%	7%
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	4%	2%	7%	1%	4%

**Vet gedrukt wil zeggen dat minimaal 20 procent betreffende handeling tenminste wekelijks toepast**

**TABEL 3. PERCENTAGE VERPLEEGKUNDIGEN DAT GENOEMDE INTERVENTIE ALS VRIJHEIDSBEPERKEND BESCHOUWT (N=337)**

Type interventie	Totaal
Gebruik van beddekken	64%
Gedwongen toedienen kalmerende medicatie	77%
Gecamoufleerd toedienen van medicatie	60%
Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes, Zweedse banden)	94%
In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen	24%
Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun of stoel tegen tafel plaatsen	59%
Deur van kamer van cliënt of huis op slot doen	82%
Separeren in aparte ruimte	84%
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	66%

## BOPZ

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) regelt de juridische kaders waarbinnen zorgverleners mensen met psychiatrische problemen of met beperkte verstandelijk vermogens gedwongen mogen opnemen en hen vrijheidsbeperkende maatregelen op mogen leggen. In de wet zijn strikte voorwaarden opgenomen voor het inzetten van vrijheidsbeperkende interventies (in de wet aangeduid met de term middelen en maatregelen). De Bopz kent de volgende vormen van vrijheidsbeperking: fixatie, afzondering, gedwongen of gecamoufleerd toedienen van medicatie, gedwongen toedienen van voedsel en vocht, en separatie. Het gebruik van beddekken wordt niet vermeld. De wet Bopz geldt voor de intramuraal verblijvende mensen in de psychiatrie, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de psychogeriatrische afdelingen van verpleeg- en verzorgingshuizen.

Bij de invoering van de wet in 1997 is bepaald dat deze regelmatig geëvalueerd zou worden: drie jaar na de invoering en daarna om de vijf jaar.

In 2003 kwam de Rekenkamer met een rapport over de werkbaarheid van de Wet Bopz in de praktijk van de psychogeriatric (Dementerenden en de Wet Bopz, juni 2003). Een knelpunt dat uit de evaluaties van het ministerie en het onderzoek van de Rekenkamer naar voren komt, is de grote kloof tussen de wet en de praktijk van de gehandicaptenzorg en de psychogeriatric. Staatssecretaris Ross schrijft hierover in een brief aan de Tweede Kamer: 'De huidige wet gaat er van uit dat voor de opgenomen cliënt een zorg- of behandelingsplan wordt opgesteld dat gericht is op het verbeteren of wegnemen van de stoornis zodanig, dat het gevaar wordt weggenomen. Voor de mensen waar het hier om gaat is evenwel geen sprake van het wegnemen of verbeteren van de stoornis.' Om die reden is volgens de staatssecretaris voor verstandelijk gehandicapten en dementerenden een andere behandeling en bejegening nodig dan voor psychiatrische patiënten. Alleen voorlichting over de wet, wat in eerste instantie de insteek was om de kloof te dichten, is volgens haar dan ook niet voldoende. Daarnaast speelt ook het probleem dat veel van deze mensen binnen een kleinschalige woonvorm of thuis worden verzorgd, waar de wet niet van toepassing is.

Momenteel bereidt het Ministerie van VWS een wetswijziging voor om vrijheidsbeperkende maatregelen bij dementerenden en mensen met een verstandelijke handicap te regelen, ook buiten de intramurale instelling. De beleidsvisie van de instelling op vrijheidsbeperkingen en het individuele zorgplan van de cliënt spelen daarin een belangrijke rol. Om deze maatregelen te kunnen toepassen moeten zorgaanbieders zich laten registreren. Cliënten van instellingen zonder een Bopz-aanmerking worden niet beschermd door de Bopz. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal het toezicht houden op de aanbieders met een Bopz-aanmerking. In het voorstel wordt het begrip vrijheidsbeperking uitgebreid met onder andere de voordeur op slot doen, niet-vrijwillige medicatie, en inbreuken op het recht op zelfbeschikking (als voorbeelden worden genoemd: verplicht dieet, verplicht douchen, financieel beheer, en verbod op relaties). Het definitieve wetsvoorstel zal medio 2006 worden ingediend, zo meldde het ministerie in oktober 2005 aan de tweede kamer. De gewijzigde wet moet in april 2007 in werking treden.

Bron: Ministerie van VWS, 2005 ([www.minvws.nl](http://www.minvws.nl))

de beddekken vaak gebruikt op verzoek van familie (60%). Daarbij speelt bescherming van de cliënt een grote rol (75%), maar minder dan in de algemene ziekenhuizen (99%), psychiatrie (92%) en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (98%). Driekwart van de verpleegkundigen (74%) weet niet hoe het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies beperkt zou kunnen worden.

## Communicatie

Van degenen die wel eens vrijheidsbeperkende interventies toepassen, zegt 64 procent dat er 'meestal' tot 'altijd' iets over in het zorgplan van de cliënt staat en 28 procent zegt 'soms'. Acht procent geeft aan dat er 'nooit' wat over in het zorgplan staat. Degenen die aangeven dat er 'nooit' iets over vrijheidsbeperking vermeld wordt in het zorgplan, werken nagenoeg allemaal in algemene ziekenhuizen of thuiszorginstellingen. Van de verpleegkundigen die wel eens vrijheidsbeperkende interventies in ziekenhuizen toepassen zegt 17 procent dat er nooit wat over in het zorgplan van de cliënt staat. In de thuiszorg geeft 24 procent van de verpleegkundigen die wel eens vrijheidsbeperkende interventies toepassen, aan dat daar in het zorgplan van de cliënt nooit iets over vermeld wordt. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking worden dergelijke interventies over het algemeen (90%) wel vermeld in het zorgplan.

Van degenen die wel eens vrijheidsbeperkende interventies toepassen, geeft 42 procent aan dat dit 'meestal' tot 'altijd' ter sprake komt tijdens cliëntbesprekingen. Negen procent zegt dat het nooit ter sprake komt of dat er geen cliëntbesprekingen zijn. Dat zijn vooral verpleegkundigen in thuiszorginstellingen: 28 procent van de verpleegkundigen die bij de cliënt thuis wel eens vrijheidsbeperkende interventies toepassen, geeft aan dat dit nooit besproken wordt.

## Tot slot

Dit onderzoek laat zien dat de meeste verpleegkundigen de vrijheid van een cliënt wel eens beperken, meestal om hem of haar te beschermen tegen gevaarlijke situaties. Dit is opmerkelijk omdat er voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen niet in alle gevallen een wettelijk kader is dat de cliënt beschermt tegen ongewilde vrijheidsbeperking. Er zijn wel voorstellen om de reikwijdte

## Redenen voor toepassen

De overwegingen die een rol spelen bij het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn divers. Ze variëren niet alleen per interventie (zie tabel 4), maar ook per sector. Bij alle interventies geldt dat bescherming van de cliënt het meest genoemde motief is. Het is het hoofdmotief bij fixeren (al dan niet met hulpmiddelen), de huisdeur (bij thuiswonenden) of kamerdeur op slot doen en gedwongen toedienen van vocht of voeding. Andere motieven, zoals een verzoek van de familie, spelen een relatief ondergeschikte

rol. Bij de andere interventies, zoals het gedwongen toedienen van kalmerende medicatie of de cliënt in een aparte ruimte zetten, spelen ook andere overwegingen mee, bijvoorbeeld het voorkomen van gevaar voor anderen.

De motieven verschillen ook per sector. Zo geeft 18 procent van de verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen die beddekken gebruiken, als reden aan dat het gebruikelijk is in het ziekenhuis. De verpleegkundigen in de andere sectoren hanteren dit argument nauwelijks. In de thuiszorg daarentegen worden

**TABEL 4. MEEST GENOEMDE MOTIEVEN\* VOOR HET TOEPASSEN VAN EEN VRIJHEIDSBEPERKENDE INTERVENTIE**

Type interventie	Reden	%
Gebruik van beddekken	Bescherming van cliënt	91%
	Op verzoek van cliënt	42%
Gedwongen toedienen kalmerende medicatie of gecamoufleerd toedienen van medicatie	Bescherming van cliënt	88%
	Anders is cliënt niet te handhaven	56%
	Voorkomen van gevaar voor anderen	44%
Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes, Zweedse banden)	Bescherming van cliënt	94%
In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen	Bescherming van cliënt	61%
	Voorkomen van gevaar voor anderen	56%
	Anders is cliënt niet te handhaven	51%
Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelseun of stoel tegen tafel plaatsen	Bescherming van cliënt	89%
Deur van kamer van cliënt of huis op slot doen	Bescherming van cliënt	82%
Separeren in aparte ruimte	Bescherming van cliënt	91%
	Voorkomen van gevaar voor anderen	89%
	Voorkomen van schade aan materialen	66%
	Anders is cliënt niet te handhaven	63%
	Op verzoek van cliënt	41%
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	Bescherming van cliënt	79%

\* **Motieven die door meer dan 40 procent van de verpleegkundigen die de betreffende interventie toepassen, genoemd worden**

van de Wet Bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen met dit doel uit te breiden (zie kader BOPZ).

Een andere opmerkelijke bevinding is dat verpleegkundigen over het algemeen niet weten hoe ze een gevaar zouden kunnen afwenden, anders dan door een vrijheidsbeperkende interventie. Zij zien geen alternatieven en kunnen dus ook de bijbehorende afwegingen niet maken. Omdat er aanwijzingen zijn dat toepassing van vrijheidsbeperking specifieke gevaren met zich meebrengt, is meer aandacht voor alternatieven wenselijk. Opmerkelijk is ook dat er in sommige sectoren weinig gesproken wordt over vrijheidsbeperkende interventies. Reflectie hierover kan helpen bij het ontwikkelen van een beleid over vrijheidsbeperkende interventies. In dit kader wordt door Abma e.a. (2005) en Reinders e.a. (2005) gepleit voor een zorgethisch perspectief op vrijheidsbeperkende interventies (in aanvulling op een juridisch perspectief). In een zorgethisch perspectief is veel ruimte voor reflectie en communicatie. Dielis-van Houts en Schuurmans (2005) beschrijven een scholingsprogramma voor het nemen van besluiten over vrijheidsbeperkingen bij ouderen in ziekenhuizen. In dit programma wordt niet alleen kennis overgedragen (bijvoorbeeld over

alternatieven), maar is er ook aandacht voor persoonlijke attitudes ten aanzien van vrijheidsbeperking. ■

#### Literatuur

- Abma, T.A., Frederiks, B.J.M., Hooren, R.H. van, Widdershoven, G.A.M., Wijmen, F.C.B. van, L.M.G. Curfs. Verantwoorde vrijheidsbeperking: communicatie als kwaliteitscriterium. *NTZ*, 2005, p. 147-160.
- Dielis-van Houts, A., Lendemeijer, B., J. Hamers. Veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking bij ouderen. *TvZ*, 2004, nr. 11, p. 40-43.
- Dielis-van Houts, A., M. Schuurmans. Risicogedrag, vrijheidsbeperking en alternatieven bij ouderen in het ziekenhuis. *TvZ*, 2005, nr. 6, p. 32-35.
- IGZ. *Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, beddekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen*. IGZ, Den Haag, 2000.
- IGZ. *Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg*. IGZ, Den Haag, 2002.
- Ministerie van VWS. *Vrijheidsbeperking en vrijheidsbenaming bij mensen met dementie of een verstandelijke handicap: contouren van een wetswijziging*. Ministerie van VWS, Den Haag, 2005.
- Reinders, O., Widdershoven, G., H. van der Bruggen. Vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychogeriatric. Een exploratief onderzoek naar overwegingen van zorgverleners. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek*, 2005, nr. 2, p. 29-43.

