



Universiteit Maastricht, juni 2009

## Feiten over vrijheidsbeperking in verpleeghuizen

### Wat is vrijheidsbeperking?

Bij een discussie over vrijheidsbeperking is het belangrijk vast te stellen wat we precies bedoelen.

In de klinische praktijk gaat het om alle (fysieke) maatregelen die de bewegingsvrijheid van mensen beperken, zoals de toepassing van bedhekken, heupgordels (zoals de Zweedse band), stoelplanken, rolstoelen op de rem, diepe stoelen en infrarood waarschuwingssystemen. Daarnaast kan soms ook kalmerende medicatie als een (niet fysieke) maatregel worden geïdentificeerd.

In de meeste discussies gaat het echter over het vastbinden van bewoners of patiënten met heupgordels (zoals Zweedse banden). Dit wordt gezien als een zeer restrictieve maatregel.

### Hoe vaak komt het voor?

Internationaal onderzoek laat zien dat de prevalentie van het toepassen van (alle) fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen ligt tussen 41 en 64% (o.a., Hamers & Huizing 2005); onderzoek in Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen laat eenzelfde beeld zien.

Kijken we specifiek naar het gebruik van heupgordels (zoals Zweedse banden) dan is de door instellingen gerapporteerde prevalentie in Nederland ongeveer 10% (o.a. LPZ 2007, 2008). De Inspectie voor de Gezondheidszorg rapporteerde eind 2008 een prevalentie van 14% (IGZ 2008a) banden in bed en stoel. Omgerekend gaat het dan om ongeveer 6000 bewoners in verpleeghuizen op jaarbasis.

### Wat verdient onze aandacht?

In principe verdienen alle maatregelen onze aandacht. Bedhekken worden bijvoorbeeld als routinemaatregel bij vrijwel iedere bewoner toegepast, terwijl daar vaak geen reden voor is. Aandacht voor het toepassen van de meest restrictieve maatregelen - het toepassen van heupgordels (zoals Zweedse banden) - verdient echter de eerste prioriteit.

### Waarom worden maatregelen toegepast?

In ongeveer 90% van de situaties wordt een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast om vallen te voorkomen (o.a. Capezuti 2004; LPZ 2007, 2008). In 10% zijn er andere redenen zoals het indammen van onrust, agressie, zwerfgedrag of ander gedrag zoals het smeren met ontlasting.

### Determinanten van vrijheidsbeperking

Onderzoek in het buitenland en Nederland toont ondubbelzinnig aan dat bewonerskenmerken de belangrijkste determinanten zijn voor de toepassing van vrijheidsbeperking. Een *slechte cognitieve status*, een *hoge mate van lichamelijke afhankelijkheid* en een *slechte mobiliteit* zijn de belangrijkste voorspellers voor de toepassing van vrijheidsbeperking (o.a. Capezuti 2004, Hamers et al. 2004).

Onderzoek laat verder zien dat kenmerken in het werk (zoals werkdruk, sociale steun van collega's en leiding, autonomie) of de organisatie (zoals ziekteverzuim en ratio medewerkers/bewoners) niet bepalen of voorspellen of maatregelen worden toegepast (o.a. Engberg et al. 2008; Huizing et al. 2007). Anders gezegd, hoge werkdruk leidt niet tot meer vrijheidsbeperking.



### **Zijn de maatregelen effectief?**

Vrijwel altijd worden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast om vallen (en letsels ten gevolge van de val) te voorkomen. Het toepassen van deze maatregelen, de heupgordels (zoals Zweedse banden) in de eerste plaats, is echter een niet gepaste actie om ten minste vier redenen:

1. Door het vastbinden van bewoners wordt het valrisico juist verhoogd (o.a., vanwege sterke afname van de spiermassa door niet gebruiken van spieren en verminderde balans door niet gebruiken van de loopfunctie) raken we in een vicieuze cirkel (een nieuwe val van de bewoner wordt immers gezien als bevestiging dat vastbinden adequaat is);
2. Uit onderzoek in de USA en Nederland blijkt dat het (zorgvuldig) verminderen van heupgordels niet leidt tot valpartijen met ernstig letsel (o.a. Capezuti et al. 2002; CBO 2004);
3. Het risico op ernstig letsel (zoals een heupfractuur; gevolg van 2-5% van alle valpartijen) wordt door hulpverleners overschat, waarbij dat risico bij frequente vallers (die groot risico lopen te worden vastgebonden) juist lager is dan bij bewoners die weinig vallen;
4. Er zijn veel humanere maatregelen om vallen te voorkomen. In Nederland en het buitenland is reeds veel onderzoek verricht op dit terrein (o.a. CBO, 2004; Neyens 2007).

### **Wat kunnen gevolgen voor bewoners zijn?**

Vastgesteld moet worden dat de toepassing van restrictieve vrijheidsbeperkende maatregelen veel *negatieve consequenties* heeft voor bewoners op zowel lichamelijk als psychologisch vlak. Negatieve gevolgen zijn bijvoorbeeld: het ontstaan van incontinentie, decubitus, contracturen, depressie, agressie en agitatie. Lichamelijke passiviteit leidt daarnaast tot forse achteruitgang van het denkvermogen, het slaap-waakritme en stemming van bewoners.

Verder is de toepassing van maatregelen *niet* per definitie *veilig*. Sommige bewoners proberen zich met alle macht te bevrijden uit hun fixatie. Jaarlijks ontstaan letsels (zoals blauwe plekken schaafwonden) door het gebruik van maatregelen en zijn er zelfs dodelijke ongevallen te betreuren door het gebruik van bedhekken en heupgordels (zoals Zweedse banden) (o.a., Evans et al 2003; IGZ 2008b; LPZ 2007, 2008).

### **Hoe kunnen we de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen terugdringen?**

Dit is een complexe vraag. Er is namelijk niet één specifiek alternatief om alle vrijheidsbeperkende maatregelen te vervangen. Anders gezegd, de toepassing van alle heupgordels in de Nederlandse verpleeghuizen kan niet worden vervangen door bijvoorbeeld infrarood waarschuwingssystemen. Per bewoner moet gekeken worden naar een geschikte alternatieve interventie. Daarbij kan geput worden uit talrijke alternatieven zoals lage bedden, een matras op de grond, heupbeschermers, elektronische waarschuwingssystemen, cameratoezicht, trainen van loopfunctie, bewegingsprogramma's, buitenlucht en licht, en aanbod van extra individuele activiteiten.

### Bijscholing en wetgeving

Het aantal maatregelen kan worden gereduceerd. In buitenlands onderzoek komt naar voren dat bijscholing van hulpverleners en de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen leidt tot vermindering van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (Evans et al. 1997; Testad et al. 2005). Als deze aanpak in Nederland wordt toegepast blijkt deze echter niet te werken. Recent praktijkgericht onderzoek heeft laten zien dat bijscholing in Nederland *niet* tot een reductie van maatregelen in verpleeghuizen leidt (Huizing et al., 2005, 2009a, 2009b). Vergelijkend onderzoek laat verder zien dat Nederlandse hulpverleners maatregelen als minder restrictief beoordelen dan



Duitse en Zwitserse collegae (Hamers et al. 2009). In Nederland is dus meer nodig dan alleen bijscholing om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen. In andere landen (o.a. USA, Denemarken) heeft strengere wetgeving geleid tot een sterke vermindering van bepaalde maatregelen (zoals heupgordels). Er zijn sterke aanwijzingen dat de positieve effecten van bijscholing in de USA zijn beïnvloed door de invoering van strengere wetgeving (o.a. Dunn 2001).

De wetgeving in Nederland laat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen toe als deze zorgvuldig zijn afgewogen, besproken en gerapporteerd. Het praktische probleem is echter dat hulpverleners (verpleegkundigen, verzorgenden en artsen) altijd vinden (en beargumenteren) dat de maatregel bij hun bewoners adequaat is toegepast (o.a. Hamers et al. 2009). De huidige wetgeving zal daarom niet bijdragen aan minder vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. Daarvoor is een duidelijkere stellingname (zoals een verbod op het gebruik van banden voor valpreventie) noodzakelijk.

Eind 2008 heeft de staatssecretaris van VWS (VWS 2008) in een schrijven aan de kamer gemeld dat een wetswijziging aanstaande is. Daarin is opgenomen dat de toepassing van onrustbanden alleen nog is toegestaan als alle alternatieven zijn uitgeput en er ernstig nadeel dreigt voor de bewoner. Valgevaar zal expliciet worden uitgesloten van de definitie van ernstig nadeel. Anders gezegd, onrustbanden zijn dan niet meer toegestaan als maatregel tegen valpreventie.

#### Succesvolle Nederlandse interventie

In Nederland doet de Universiteit Maastricht (programma 'innovaties in de zorg voor ouderen') al jaren onderzoek naar de toepassing en reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen. In samenwerking met verpleeghuizen lijkt recent een succesvolle interventie te zijn ontwikkeld die heeft geleid tot het verwijderen van vrijwel alle heupgordels uit een psychogeriatrisch verpleeghuis. Een jaar na invoering heeft deze interventie niet geleid tot valpartijen met ernstig letsel of een toename van kalmerende medicatie. Verder bleek ook het gebruik van andere vrijheidsbeperkende maatregelen gedaald.

De kernonderdelen van die interventie (genoemd EXBELT) zijn:

1. een 'verbod' op het gebruik van de heupgordels;
2. een bijscholingsprogramma voor hulpverleners (artsen, paramedici, verpleegkundigen verzorgenden)
3. de beschikbaarheid van alternatieve interventies (zoals een laag bed, een infraroodsysteem, cameratoezicht, buitenlucht, extra activiteiten, fysiotherapie en balansoefeningen) gericht op de individuele bewoner;
4. een goede communicatie met familieleden en vertegenwoordigers van bewoners, en medewerkers;
5. een gespecialiseerde verpleegkundige als consultant voor specifieke casussen.

Het verbod is uitgevaardigd door de directie van de instelling, waarbij hulpverleners twee maanden de tijd kregen om alternatieve maatregelen uit te proberen en toe te passen en de banden veilig uit te bannen. De alternatieve interventies dienen op individueel niveau beschikbaar te zijn (ter illustratie: er hoeft dus geen laag bed te worden aangeschaft voor alle bewoners).

EXBELT wordt in 2009 uitgetest (o.l.v. prof. dr. JPH Hamers, Universiteit Maastricht) op 26 afdelingen van verschillende verpleeghuizen in Nederland; op deze afdelingen wonen ruim 700 bewoners.



### Goede voorbeelden

In Nederland voeren steeds meer verpleeghuizen een non-fixatiebeleid. Daarmee bedoelen zij dat ze geen heupgordels (zoals Zweedse banden), pols- en enkelbandjes gebruiken, maar passen zij wel andere maatregelen toe zoals beddekken.

Deze instellingen kunnen worden aangeduid als goede voorbeelden omdat zij dagelijks bewijzen dat veilige verpleeghuiszorg mogelijk is zonder gebruik van heupgordels. Een overzicht van deze instellingen kan worden gevonden op [www.innovatiekringdementie.nl](http://www.innovatiekringdementie.nl) en [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl). Deze instellingen zijn meestal graag bereid collega's uit andere instellingen te informeren over de succesvolle aanpak en hen rond te leiden in verpleeghuizen.

### Intentieverklaring

Op 18 november 2008 hebben onder andere de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC-LPR), de beroepsverenigingen V&VN, Sting, NIP en NVVA, vereniging voor zorgondernemers Actiz, Zorgverzekeraars Nederland en de IGZ een intentieverklaring getekend waarin zij aangeven te streven naar 'bandenloze zorg' in Nederlandse verpleeghuizen in 2011 (Zie: [www.igz.nl](http://www.igz.nl)).

### **Conclusie**

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen komt veel voor. Sommige maatregelen, zoals de toepassing van heupgordels (Zweedse banden) zijn zeer restrictief. Daarnaast heeft toepassing van deze maatregelen veel negatieve gevolgen voor bewoners. De toepassing van maatregelen in verpleeghuizen moet daarom sterk worden gereduceerd en het gebruik van sommige maatregelen, zoals de heupgordels, moet worden uitgebannen. De verantwoordelijkheid bij de keuze van alternatieve interventies ligt bij zorgverleners. Voorwaarden zijn de beschikbaarheid van alternatieve maatregelen (geen financiële beperkingen) en adequate opleiding (en bijscholing) van medewerkers. Verder moet er veel nadruk zijn voor de goede voorbeelden in de verpleeghuiszorg. Daarnaast moeten bewoners beschermd worden via wetgeving en moeten ook zorgverleners zich door de wetgever gesteund voelen. Het valt daarom sterk te overwegen om het toepassen van heupgordels ter preventie van vallen te verbieden. In de praktijk komen steeds meer goede voorbeelden beschikbaar. Wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om veelbelovende interventies, gericht op reductie van vrijheidsbeperking, verder te ontwikkelen, te evalueren en beschikbaar te stellen voor nationale implementatie.

### **Referenties**

- Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., Evans, L.K. 2002. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 50, 90-96.
- Capezuti, E. 2004. Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nursing Clinics of North America* 39, 625-647.
- CBO 2004. Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht, CBO.
- Dunn, K.S. 2001. The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *Journal of Gerontological Nursing* 27, 40-48.
- Engberg, J., Castle, N.G., McCaffrey, D. 2008. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *The Gerontologist* 48, 442-452.
- Evans, L.K., Strumpf, N.E., Allen-Taylor, S.L., Capezuti, E., Maislin, G., Jacobsen, B. 1997. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, 675-681.
- Evans D, Wood, J, Lambert L (2003) Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs* 41:274-282
- Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M., Strik, W. 2004. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing* 45, 246-251.
- Hamers J.P.H., Huizing A.R. 2005. Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 19-25.



- Hamers, J.P.H., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann R., Groven, R., Huizing, A.R. 2009. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards restraint use in nursing home residents. *International Journal of Nursing Studies* 46, 248-255.
- Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M., Berger, M.P.F. 2006. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics* 6,17.
- Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Candel, M., De Jonge, J., Berger, M.P.F. 2007. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Social Science and Medicine* 65: 924-933.
- Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M., Berger, M.P.F. 2009a. Preventing the use of physical restraints with residents newly admitted to psychogeriatric nursing home wards: a cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies* 46, 459-469.
- Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M., Berger, M.P.F. 2009b. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02309.x
- IGZ 2008a. Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet. Den Haag, IGZ.
- IGZ 2008b. Circulaire 2000-11, maatregelen bij ongelukken door het gebruik van de Zweedse band. Den Haag, IGZ.
- LPZ 2007. Landelijke prevalentie meting zorgproblemen, rapportage 2007. Maastricht, Universiteit Maastricht.
- LPZ 2008. Landelijke prevalentie meting zorgproblemen, rapportage 2008. Maastricht, Universiteit Maastricht.
- Neyens, J 2007. Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents. Maastricht, Universiteit Maastricht (academisch proefschrift).
- Testad, I., Aasland, A.M., Aarsland, D. 2005. The effect of staff training on the use of restraints in dementia: a single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Geriatrics and Psychiatry* 20, 587-590.
- VWS 2008. Brief 30 september 2008 (CZ/CGG-2881610) , 31 700 XVI, nr. 4