

## Landelijke normen nodig

# Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis

**Vrijheidsbeperking met behulp van onrustbanden, polsbanden en verpleegdekens is een risicovolle handeling die zoveel mogelijk vermeden moet worden. Wanneer toch vrijheidsbeperkende interventies worden toegepast dient dit zo verantwoord en veilig mogelijk te gebeuren. Hoewel er een richtlijn voor vrijheidsbeperkende interventies is en ook voldoende literatuur over dit onderwerp, blijven de problemen in de praktijk tot op heden onderbelicht.**

Patiëntveiligheid staat hoog op de agenda binnen organisaties in de gezondheidszorg. Partijen in de zorg<sup>1</sup> hebben op 12 juni 2007 het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' gepresenteerd. Hiermee vergroten zij hun inzet om de patiëntveiligheid te verbeteren en schade voor de patiënt te voorkomen. Doel is om het aantal vermijdbare sterfgevallen en andere schades binnen 5 jaar te verminderen met 50 procent.

Eén van de tien thema's van het veiligheidsprogramma is: Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt. Daarbij gaat het specifiek om herkenning en preventie van delirium, verminderen van mobiliteitsverlies, voorkomen van ondervoeding en toepassen van valpreventie. Valpreventie blijkt, hoewel onterecht (CBO, 2004), de belangrijkste reden te zijn voor toepassing van vrijheidsbeperkende interventies. Onrustbanden, verpleegdekens en bedhekken verlagen het risico van vallen niet (Van Wesenbeeck e.a., 2002). De tweede belangrijkste reden voor vrijheidsbeperking is voortzetten van een medische behandeling (Hamers en Huijsing, 2005; Dielis-van Houts e.a., 2004).



Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis betreft vooral delirante (oudere) patiënten.

### Vrijheidsbeperking

In de CBO-richtlijn 'Vrijheidsbeperkende interventies in de zorg' (2001) zijn het beslissingsproces en de verantwoordelijkheden bij vrijheidsbeperking uitgewerkt voor zowel toepassing in noodsituaties als volgens behandelplan. Over de implementatie van de richtlijn, alternatieven voor vrijheidsbeperking en ethische vraagstukken is meer dan voldoende te vinden in de vakliteratuur. Toch zijn er nog vele problemen bij de uitvoering van de interventies.

Vrijheidsbeperking door middel van onrustbanden, verpleegdekens en polsbanden kan onder meer leiden tot toenemende afhankelijkheid, ondervoeding, vallen en mobiliteitsverlies. Al is het besluit tot vrijheidsbeperking nog zo weloverwogen genomen, als de interventie niet op verantwoorde en deskundige wijze wordt toegepast kan alsnog schade ontstaan voor de patiënt. Die schade kan variëren van angst en

huidbeschadiging tot afklemming en ophanging (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000).

Door wetenschappelijk onderzoek ontstaat er steeds meer inzicht in de prevalentie, de voorspellende factoren en de redenen van vrijheidsbeperking (Hamers & Van Achterberg, 2006). De praktische toepassing echter is niet gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, maar op persoonlijke ervaring, traditie en autoriteit. Daardoor kan er geen sprake zijn van eenduidig handelen.

Gezien het ingrijpende en risicovolle karakter van vrijheidsbeperking zijn organisaties op zoek naar manieren om de toepassing ervan beter te kunnen toetsen. Er zijn ziekenhuizen die elke vorm van toepassing registreren, richtlijnen ontwerpen en zorgen voor deskundigheidsbevordering. Sommige ziekenhuizen merken vrijheidsbeperking aan als risicovolle handeling, waarvoor voorschriften gelden ten aanzien van bevoegdheid en bekwaamheid van verpleegkundigen en verzorgenden (Jaspers en Mutschelknauss, 2005). De toetsing ervan gebeurt op eenzelfde wijze als bij een

### Wettelijk kader

In Nederland zijn vrijheid en autonomie van de burgers in verschillende wetten vastgelegd.

**Grondwet.** In de Grondwet is geregeld dat de vrijheid van elk individu gewaarborgd en gerespecteerd wordt. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) zijn de juridische grondslagen geformuleerd voor inbreuken op de vrijheid in de gezondheidszorg.

**WGBO.** In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst is vastgelegd dat de patiënt voor iedere behandeling toestemming moet geven. Het betreft geneeskundige en verpleegkundige behandelingen die nodig zijn om de geneeskundige behandeling mogelijk te maken. Deze wet geldt voor alle patiënten in de gezondheidszorg. Zij bevat ook bepalingen die gaan over (vervangende) toestemming. (Hamers en Van Wijmen, 2003)

**BOPZ.** In de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen worden onvrijwillige opname en onvrijwillige behandeling in de psychiatrie en de rechtspositie van de patiënt in BOPZ-instellingen geregeld. (Megens e.a., 2006)

**BIG.** De Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) waarborgt de professionele beroepsuitoefening wat betreft deskundigheid, bekwaamheid en verantwoordelijkheid bij het uitvoeren van risicovolle handelingen (Mol, 2002).

voorbehouden handeling, maar dan zonder wettelijk kader.

### Besluitvorming

Binnen organisaties en in de literatuur lopen nog steeds de meningen uiteen over wie verantwoordelijk is voor het besluit tot en de uitvoering van vrijheidsbeperkende interventies. Is dat de medicus of de verpleegkundige? Vrijheidsbeperking, ofwel het beschermen van patiënten, is eerder zorg dan behandeling, stellen Hamers en van Wijmen (2003). Besluitvorming op dit gebied en het toepassen van interventies behoren volgens hen tot het verpleegkundig domein. In ziekenhuizen heeft de reden van toepassing een medische achtergrond en daarom wordt daar de arts als verantwoordelijke gezien.

In de CBO-richtlijn (2001) wordt gesteld dat vrijheidsbeperking alleen verantwoord is op basis van multidisciplinair overleg en overeenstemming. Besluitvorming is dan altijd een gezamenlijke multidisciplinaire verantwoordelijkheid. Het juist toepassen van vrijheidsbeperking en ook het gebruik van de juiste materialen, vallen onder de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. De toepassing van vrijheidsbeperkende interventies moet wel continu multidisciplinair geëvalueerd worden met het oog op de wenselijkheid van voortzetting. Toetsing en evaluatie van het gebruik gebeurt in multidisciplinair verband kritischer. Alternatieven voor vrijheidsbeperking kunnen zo ook meer aan bod komen (Dielis-

van Houts e.a., 2003). Besluitvorming en het toepassen van vrijheidsbeperking dienen zorgvuldig te worden geregistreerd in het patiëntendossier. Een registratieformulier helpt het beslissingsproces helder te krijgen. De vereiste toestemming (buiten noodsituatie) van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger kan in het registratieformulier worden opgenomen.

### Uitvoering

In de CBO-richtlijn staat het veilig en deskundig toepassen van vrijheidsbeperking door verpleegkundigen en verzorgenden benoemd. In de praktijk is niet eenduidig wat een juiste en veilige uitvoering inhoudt. Er blijken grote verschillen te bestaan in uitvoering van de interventie en keuze van de materialen voor vrijheidsbeperking. Elke organisatie gebruikt eigen, soms niet passende, materialen. Soms zijn deze verouderd, ontbreken sloten of zijn er verschillende typen polsbanden verkrijgbaar. Ook wordt de keuze voor het te gebruiken materiaal nogal eens overgelaten aan de verpleegkundige op het moment dat zij over moet gaan tot vrijheidsbeperking. Ziekenhuizen hebben verschillende typen bedden in gebruik. Regelmatig worden bedsystemen gehuurd om patiënten met obesitas of decubitus te verplegen. Bevestigingspunten voor bijvoorbeeld onrustbanden of polsbanden zijn niet altijd voorhanden. Jaspers en Mutschelknauss (2005) geven in een foto-instructie het plaatsingspunt aan van polsban-

den. Dit goede voorbeeld laat een bevestiging zien van het materiaal aan de bedbodem, echter dit type polsband kan niet bij elk soort bed volgens de instructie worden toegepast. Verder geven beddenfabrikanten tegenstrijdige adviezen over de plaats van bevestiging van onrustbanden aan het bed. Zij verwijzen naar de meegeleverde handleiding en veiligheidsinstructies. Daarin kan de afbeelding van het plaatsingspunt ('frame' genoemd) nogal eens op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Firma's die vrijheidsbeperkende materialen leveren geven daarbij vaak ook geen eenduidige instructie. Angst voor juridische consequenties zou hieraan ten grondslag kunnen liggen. Omdat er diverse typen bedden en materialen en daardoor ook verschillende manieren van toepassen zijn, bestaan er geen algemene of landelijke normen.

De vragen die dit alles bij verpleegkundigen in de praktijk oproept zijn: Moet een band nu aan een vast punt worden vastgemaakt of mag dat ook aan een bewegend deel, en wat als het bed alleen bewegende of vaste onderdelen heeft? Hoe strak moet een onrustband worden aangebracht en moeten (anti)rolgordels nu wel of niet worden gebruikt? Is een verpleegdeken veilig genoeg, en voor wie is ze mogelijk niet veilig? Waar maak ik pols- en enkelbanden vast en mag ik die gebruiken zonder dat de patiënt een onrustband om heeft? Welke slotjes moet ik gebruiken? Wat doe ik met de afstandbediening van het bed? Een hoe zit het met de band voor de (rol)stoel? De praktische en veilige uitvoering wordt nu meestal vastgelegd in een richtlijn met protocollen die toegespitst zijn op de eigen organisatie. Veelal ontbreekt een goede instructie van het bevestigingspunt van onrustbanden en polsbanden. In het geval dat dit wel omschreven staat kan de informatie vaak op meerdere manieren worden uitgelegd. Ook op andere vragen is het antwoord niet altijd te vinden. Dit vergroot de kans op een onjuiste uitvoering en dus op schade voor de patiënt. Zie de kaders Voorbeeld 1 en Voorbeeld 2 voor respectievelijk een onjuiste en een juiste uitvoering van een vrijheidsbeperkende interventie.

### Juiste handelwijze

Op de vraag welke handelwijze de juiste is, is geen eenvoudig, eenduidig antwoord mogelijk. Aanwijzingen voor het goed aanbrengen van onrustbanden, pols- of enkelbanden en verpleegdekens kunnen alleen gegeven

worden in samenhang met het type bed en de beschikbare materialen in de instelling. Een juiste handelwijze dient vastgelegd te worden in een richtlijn met protocollen. In het algemeen is er een aantal stappen te onderscheiden bij de beslissing tot en de uitvoering van vrijheidsbeperking met onrustbanden, verpleegdekens en pols/enkelbanden.

### Beslissen

1 Kies voor de minst ingrijpende maatregel. Neem de beslissing tot vrijheidsbeperking in overleg met de arts en collega-verpleegkundigen. Collega's hebben misschien nog ideeën over alternatieve interventies die ingezet kunnen worden (zie kader Alternatieve interventies op p. 46). Controleer als uitvoerende ook altijd of de beslissing tot vrijheidsbeperking zorgvuldig is genomen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering hiervan ligt bij de uitvoerende verpleegkundige. Raadpleeg de richtlijnen van de instelling.

2 Controleer of de juiste vorm van vrijheidsbeperking is gekozen. Onrustige agressieve patiënten horen niet in een verpleegdeken: het risico dat zij hierin verstrikt raken is groot. Controleer ook of het aanwezige materiaal in een goede staat verkeert. Raadpleeg hiervoor de protocollen van de instelling.

3 Vraag altijd toestemming aan de patiënt en, bij wilsonbekwaamheid, aan de wettelijke vertegenwoordiger. In een noodsituatie is dit meestal niet mogelijk, dan moet er gehandeld worden.

4 Leg de verkregen toestemming, het gebruikte materiaal, de datum en het tijdstip van ingaan en beëindigen van de vrijheidsbeperking vast. Als er geen registratieformulier beschikbaar is vermeld dan de gegevens in het patiëntendossier. Evalueer continu maar ten minste dagelijks, of de beperking kan worden opgeheven.

Raadpleeg altijd eerst de richtlijn en de protocollen van de instelling. Draag binnen de instelling medeverantwoordelijkheid voor eenduidigheid, bijvoorbeeld over de bevestiging van de materialen aan de bedden. Eenduidigheid kan bereikt worden door de juiste werkwijze in foto's weer te geven.

### Uitvoeren

Voordat de patiënt in zijn vrijheid wordt beperkt, moet aan hem of haar uitgelegd worden wat er gaat gebeuren en waarom. Zorg er voor dat de patiënt eerst naar het toilet

kan gaan of gebruik kan maken van een urinaal of po. Zet het bed altijd in de laagste stand. Als het bed hoog staat is bij een val uit het bed de kans op ernstig letsel groter. Zet de beddekken omhoog bij het gebruik van een verpleegdeken of onrustband. Dit om bij omrollen een val uit het bed te voorkomen. Patiënten in een verpleegdeken of onrustband kunnen zichzelf letsel toebrengen als zij het bed zelf in een andere positie zetten. Leg de bedbediening buiten handbereik van de patiënt of schakel de afstandsbediening uit. Zorg dat de sleutels van het materiaal in de buurt (lieft op een vaste plek), maar buiten handbereik van de patiënt zijn. Ga zeer regelmatig kijken bij patiënten in een onrustband

of verpleegdekens, want de patiënt is, in tegenstelling tot wat over het algemeen gedacht wordt, niet veilig. Observeer hoe de patiënt reageert op de vrijheidsbeperking. Sommige patiënten hebben traumatische levens(oorlogs)-ervaringen. Soms zijn die ervaringen bekend, soms niet. Vrijheidsbeperking kan voor hen zeer angstwekkend zijn. Overleg in dergelijke gevallen direct met de arts/collega's over alternatieven.

Zorg voor regelmatige bijscholing over het gebruiken van en beslissen over vrijheidsbeperkende interventies. Bevorderen van vrijheid, wetgeving, toestemming en wils-(on)bekwaamheid dienen onderdeel van deze scholing te zijn.

#### Voorbeeld 1

Stefan treft dhr. X in bed aan in een onrustband die schuin over de borst en hals van dhr. X zit. Deze heeft het zichtbaar benauwd, is zeer onrustig en probeert zich uit alle macht uit de band te bevrijden. Stefan drukt op de noodbel. Hierbij heeft hij direct hulp nodig! Hij spreekt op rustige toon tegen dhr. X en probeert ondertussen met zijn handen wat ruimte te creëren bij de borstkas van dhr. X om de ademhaling te vergemakkelijken. Het slotje van de band is nergens te bekennen. Dat moet eerst nog worden gezocht door Stefan's collega's. Wanneer dhr. X bevrijd is uit zijn benarde en gevaarlijke positie wordt de balans opgemaakt van wat er niet goed is gegaan:

- De uiteinden van de plaatsingsbanden waren bevestigd aan het onderste frame van het beddek, waardoor ze heen en weer konden schuiven. Aan de bedbodem was geen voorziening om de banden vast te maken.
- De band zelf zat te los om de buik van dhr. X waardoor hij kans zag er deels uit te schuiven met alle risico's van dien, zoals ophanging, verstikking of verwonding.
- Het slotje was niet bij de hand om de band te openen.
- De afdeling was niet in het bezit van het veiligheidsmes dat in de geschetste noodsituatie het veiligheidsmiddel voor bevrijding van de patiënt is.

#### Voorbeeld 2

Lies gaat aan het begin van haar avonddienst als eerste naar haar hoogerisicopatiënt mw. Y bij wie vandaag een vrijheidsbeperkende interventie is toegepast. Voorafgaande alternatieve interventies bleken niet afdoende om het risico op letsel vanwege aanhoudende motorische onrust te verkleinen. Gelukkig is wel duidelijk geworden wat mogelijk de onderliggende oorzaak is van het delier van mw.: ze heeft een pneumonie, waarvoor inmiddels behandeling in gang is gezet. Lies treft mw. Y aan met twee familieleden die opmerken dat ze rustiger is en beter op hen reageert dan vanmorgen. Lies checkt de toestand van mw. Y en ervaart haar niet als hypermotorisch. Ze ligt in een onrustband en Lies constateert dat de interventie goed is toegepast. De onderlaag van de band is goed strak getrokken over de matras en bevestigd aan een vast plaatsingspunt van de bedbodem waardoor verschuiven niet mogelijk is. De zijbanden aan de rolband zijn aan de onderlaag bevestigd en zorgen ervoor dat mw. Y niet alle kanten op kan draaien. Het slotje hangt achter het bed aan het prikbord, zoals afgesproken op de afdeling.

In overleg met patiënte, familie en een collega wordt besloten de vrijheidsbeperkende interventie gedurende het bezoek op te heffen omdat er nu geen direct gevaar is. Lies vraagt de familie te bellen als de situatie verandert en wanneer zij overwegen weg te gaan.

### • Verpleegdeken

Het doel van het gebruik van een verpleegdeken is het voorkomen van lichamelijk letsel door te verhinderen dat de patiënt zijn benen door de motorische onrust over de bedhekkende doet of ze beschadigt aan de bedhekkende of dat de patiënt een drain, katheter en dergelijke verwijdert. Verpleegdekens zijn ongeschikt voor patiënten die zeer onrustig zijn, wisselgig nodig hebben, voor patiënten die zich agressief gedragen en de neiging hebben zaken kapot te maken en voor patiënten die suïcidaal zijn. Mogelijke complicaties kunnen zijn: verstrikt raken in de nek van de verpleegdeken, stikken en ophanging. Ook kunnen veranderingen in vitale functies gemist worden doordat de patiënt in de deken



Foto: DL\*

*Bij de onrustband is een zijlus verplicht.*



Foto: DL\*

*De onrustband zit te hoog.*



Foto: AS\*

*Pols- en enkelbanden vastmaken aan de bevestigingspunten op de bedbodem.*

\* AS is Albert Schweitzer ziekenhuis, DL is Diaconessenhuis Leiden

minder zichtbaar is. Let vooral op bij anti-decubitus luchtsystemen. De verpleegdeken is bij die systemen eenvoudig en met weinig kracht los te trekken. En... een handige patiënt ritst zelf de deken open of haalt de deken onder de matras vandaan. Wat ook letsel kan veroorzaken.

### • Polsbanden/enkelbanden

Pols- en enkelbanden worden gebruikt om lichamelijk letsel te voorkomen dat kan ontstaan als de patiënt drain, katheter, infuuslijn(en) en dergelijke verwijdert. Het verwijderen van die medische hulpmiddelen kan leiden tot complicaties en/of een levensbedreigende situatie. Polsbanden worden alleen gebruikt in combinatie met een onrustband



Foto: DL\*

*De zijlus verhindert 'rollen'.*



Foto: DL\*

*De onrustband zit op de juiste plaats.*



Foto: AS\*

*De bedbediening buiten handbereik van de patiënt leggen of uitschakelen.*

en de bedhekkende worden daarbij in de hoogste stand gezet. Patiënten die alleen polsbanden aangelegd krijgen zonder onrustband en bedhekkende, breken bij uit bed vallen schouder en/of armen. Bij patiënten die zeer ernstig onrustig zijn en met de benen of voeten medische hulpmiddelen verwijderen kunnen enkelbanden worden gebruikt. Besef dat dit een zeer zwaar middel is: de patiënt kan zich in het geheel niet meer bewegen en kan daar zeer angstig van worden. Overleg altijd met de arts over farmacotherapeutische of minder ingrijpende interventies om het gedrag van de patiënt te beïnvloeden. Gebruik géén pols- of enkelbanden bij patiënten met kwetsuren, botmetastasen, osteoporose, verminderde circulatie of verminderde sensibiliteit bij de pols of enkel, en ook niet bij patiënten met traumatische ervaringen. Bevestig pols- en enkelbanden nooit aan de bedhekkende. De pols- of enkelband kan heen en weer schuiven over het bedhek, waardoor de patiënt zichzelf schade kan toebrengen. Bevestig pols- en enkelbanden aan bevestigingspunten aan de bedbodem. Evalueer meermaals per dienst of deze banden nog moeten worden ingezet.

### • Onrustband

Het doel van het aanbrengen van een onrustband is voorkomen van lichamelijk letsel bij de patiënt of bij medepatiënten door te verhinderen dat de patiënt onverwacht uit bed stapt. Er zijn meerdere typen onrustbanden verkrijgbaar. De meest gangbare is een brede rolband (met de tegenwoordig verplichte zijlussen die het 'rollen' verhinderen), die verkrijgbaar is in de maten S, M en L. Kies de juiste maat band. Een te grote of te kleine band levert gevaar op voor de patiënt. Ook de sloten die gebruikt worden kunnen verschillen. Controleer altijd of het slot ook goed werkt door het te sluiten en met wat kracht zelf te proberen of het misschien losgaat. Leg de sleutel op een voor de verpleegkundige goed bereikbare plaats, buiten handbereik van de patiënt. Controleer of het veiligheidsmes (voor het bevrijden van de patiënt bij calamiteiten) zich op de afgesproken plaats bevindt. Bij patiënten met een lichamelijke aandoening ter hoogte van de plaats waar de band komt kan geen onrustband gebruikt worden. Bevestig de onrustband aan een niet bewegend deel van de bedbodem aan de daarvoor bestemde ringen. Doe de band om de taille

## Alternatieve interventies

- Ga altijd eerst na wat de oorzaak is van het risicovolle gedrag. Deze kan zowel op verpleegkundig (bijvoorbeeld aandrang tot plassen of defaeceren, urineretentie, obstipatie, pijn) als op medisch gebied (bijvoorbeeld infectie, alcoholonttrekking) liggen
- Beperk het risico en bepaal met elkaar of je het risico accepteert. Bespreek of een bepaald behandelbeleid nodig blijft. Misschien kunnen de antibiotica oraal gegeven worden in plaats van intraveneus, waardoor het risico van het verwijderen van de lijnen niet meer bestaat en polsbanden mogelijk niet meer nodig zijn. Misschien kunnen de infuuslijnen onder het pyjamajasje gelegd worden.
- Pas je benadering aan. Neem een rustige houding aan, probeer de patiënt gerust te stellen en geef uitleg.
- Creëer een veilige omgeving. Help de patiënt bij de oriëntatie, zet het bed zo laag mogelijk of tegen de muur, leg eventueel een matras op de grond, plak of dek infuus- en andere lijnen af, vermijd teveel omgevingsprikkels, hanteer vaste toiletijden.
- Betrek de familie. Geef hen de gelegenheid te participeren buiten de bezoektijden of maak rooming-in mogelijk.
- Bied activiteiten aan. Zorg voor dagstructuur en afleiding.
- Overleg met de arts over de medicatie.

Er zijn meer acties te bedenken, wees hierin creatief en ga altijd na wat de meest passende en patiëntvriendelijke interventie is.

van de patiënt. Niet te hoog om de borstkas. Doe hem zo strak dat er nog twee vingers tussen kunnen. Zet de beddekken in de hoogste stand en het bed in de laagste stand. Bij patiënten die met een onrustband worden gefixeerd kunnen bedcomplicaties en afsnoering van de buik ontstaan. De patiënt kan zeer angstig worden en onrustig. Het risico van strangulatie is altijd aanwezig, ook als een patiënt geheel volgens protocol in een onrustband verpleegd wordt. Ga er dus bij gebruik van een onrustband van uit dat de patiënt zich in een onveilige situatie bevindt, waarbij frequente verpleegkundige controle nodig is.

Onrustbanden zijn niet gemaakt voor het gebruik in (rol)stoelen. Er zijn geen voorbeelden voorhanden van hoe dit, indien nodig, op een veilige manier zou moeten gebeuren.

## Landelijke discussie

Patiëntveiligheid staat hoog op ieders agenda. Dat zou ook het geval moeten zijn met het op een juiste wijze uitvoeren van vrijheidsbeperking. Veilig(er) maken van de zorg bij vrijheidsbeperking is geen simpele kwestie van afstemming binnen één enkele organisatie. De discussie over veilige materialen en beveiligingspunten bij diverse typen bedden zou op landelijk niveau moeten worden gevoerd -door V&VN en haar onderafdelingen geriatrie en ziekenhuispsychiatrie, experts met specifieke deskundigheid op dit gebied, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en patiënten- en

consumentenverenigingen. Landelijke normen maken de keuze voor veilige materialen en een veilig gebruik eenvoudiger. Verder zal nader onderzoek nodig zijn om de 'best available evidence' vast te stellen.

Totdat er landelijke goed onderbouwde normen zijn, is het van belang om binnen de eigen organisatie met inhoudsdeskundigen en andere betrokken partijen kritisch te kijken naar de beschikbare bedden en aanwezige materialen. Bepaal samen wat in de organisatie als voorlopige 'best practice oplossing' wordt gekozen. Aanbevolen wordt verpleegkundigen en verzorgenden te scholen in het veilig en verantwoord fixeren van patiënten en een registratiesysteem op te zetten, zodat duidelijk wordt hoeveel patiënten in hun vrijheid worden beperkt en met welke materialen dat gebeurt.

De richtlijn valpreventie bij ouderen (CBO, 2004) biedt voldoende handvatten om iets te doen aan valpreventie zonder vrijheidsbeperking. Maar als vrijheidsbeperking toch noodzakelijk is, doe het dan zo goed mogelijk! ■

## Nawoord

Arja Mourik is nurse practitioner ouderengeneeskunde i.o. in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht. Corry knijnenburg MScN is verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde in het Diaconessenhuis te Leiden. Drs. Liesbeth van Gemert is verpleegkundig specialist Ouderengeneeskunde in het AMC te Amsterdam. Marieke van Piere is nurse practitioner ziekenhuispsychiatrie in het Diaconessenhuis te Leiden, namens GGZ Rivierduinen Leiden e.o.

## Noot

1 Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (Orde), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

## Literatuur

- Dielis-van Houts, A.M., Lendemeijer, B.H.G.M. & Hamers, J.P.H. (2004). *Op zoek naar een balans tussen veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking*. www.levv.nl, zoekterm vrijheidsbeperking, sota, hoofdstuk 4.1, 31-47. Opgehaald 23-11-2007.
- Dielis-van Houts, A., Schuurmans, M. & Lendemeijer, B. (2003). Vrijheidsbeperking in de zorg: een multidisciplinaire verantwoordelijkheid. *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen* 113 (7), 25-26.
- Hamers, J.P.H. & Achterberg, T. van (2006). De noodzaak van wetenschappelijke evidentie in de verpleegkundige zorgverlening. *Verpleegkunde* (1), 26-35.
- Hamers, J.P.H. & Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Z. Gerontol Geriat* (38), 19-25.
- Hamers, J.P.H. & Wijmen, F.C.B. van (2003). Vrijheidsbeperking in de zorg: een verpleegkundige beslissing. *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen* 113 (3), 30-33.
- Hamers, J.P.H. & Wijmen, F.C.B. van (2003). Multidisciplinaire verantwoordelijkheid is een onding. *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen* 113 (7), 26-27.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000). *Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, beddekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen*. Den Haag: IGZ.
- Jaspers, M. & Mutschelknauss, M. (2005). Als vrijheid en veiligheid botsen. *Nursing* (10), 32-35.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad (2001). *Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg: een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving*. Utrecht: CBO.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad (2004). *De preventie van valincidenten bij ouderen*. Utrecht: CBO.
- Megens, Y., Grypdonck, M. & Lendemeijer, B. (2006). Vrijheidsbeperking met een bijzonder karakter. *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen* 116 (4), 40-45.
- Mol, R. (2002). Vrijheidsbeperking in de zorg: Nieuwe richtlijn voor verantwoorde aanpak. *Nursing* (2), 28-31.
- Wesenbeeck, A. van (2002). *Het gebruik van fixatiemiddelen bij ouderen*. In: Koen Milisen (red.): *Verpleegkundige Zorgaspecten bij ouderen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, p. 373-384.

# ‘Vrijheidsbeperking brengt grote verantwoordelijkheid met zich mee’

**Op 14 mei 2008 verscheen in het dagblad *Trouw* het bericht dat het Openbaar Ministerie onderzoek doet naar de dood van twee patiënten in het Limburgse Atrium Medisch Centrum Parkstad. Een 88-jarige man uit Hoensbroek en een 80-jarige vrouw uit Hulsberg stierven in dezelfde week, vermoedelijk door het gebruik van de onrustband ofwel Zweedse band. Het ziekenhuis meldde het overlijden van de patiënten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deze stelt een onderzoek in.**

Het gebruik van de Zweedse band is al jaren omstreden. Elk jaar zijn er calamiteiten te melden als gevolg van het onjuist toepassen van de band en andere fixatiematerialen. Deze meldingen betreffen zowel patiënten die ernstig letsel oplopen als patiënten die overlijden als gevolg van verstikking of verhangning. Meerdere keren deed de inspectie onderzoek en de uitkomst was steeds hetzelfde: personeel is zich onvoldoende bewust van de risico's, er wordt te weinig nagedacht over alternatieve methoden en er is onvoldoende aandacht voor richtlijnen, gebruiksaanwijzingen en vaardigheidstraining. In 2002 bracht de IGZ een themarapport uit over het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg. Veel van de problemen die in het artikel van Van Mourik en haar collega's worden verwoord, werden ook in dat rapport gesignaleerd. Zo ontbreekt vaak een goede gebruiksaanwijzing en zijn richtlijnen en protocollen niet gedetailleerd genoeg om de techniek van het toepassen van de band goed uit te voeren. Men is er vaak niet van op de hoogte dat fixatie met de Zweedse band altijd gecombineerd moet worden met het gebruik van bedhekken en dat onrustige patiënten continu geobserveerd moeten worden.

## ‘Nee, tenzij’

Vrijheidsbeperkende maatregelen vormen nog steeds een belangrijk thema voor de IGZ, zegt Hoofdinspecteur Verpleging en Chronische zorg mw. drs. Jenneke van Veen. Vorig jaar heeft de inspectie 90 onaangekondigde bezoeken gebracht aan instellingen in de sector verpleging & verzorging en in de gehandicaptenzorg. Daarbij werd gekeken naar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder ook Zweedse banden. Dos-

siers werden ingezien en nagegaan werd hoe men in de betreffende instelling handelt bij het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen, met name qua besluitvorming en veiligheid. Na zo'n bezoek werd een afspraak met de locatiemanager gemaakt om de bevindingen te bespreken.

Van Veen: ‘Binnenkort zal de inspectie een brief laten uitgaan naar instellingen in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ziekenhuizen, om te waarschuwen voor onveilige toepassing van Zweedse banden. De inspectie kan het gebruik van de Zweedse band niet verbieden, het al dan niet gebruiken ervan is een verantwoordelijkheid van de behandelaar. Ons standpunt is “nee, tenzij” en “als het dan moet, doe het dan veilig”.’

‘In Amerika is de Zweedse band verboden, zowel in ziekenhuizen als in verpleeghuizen. In de ziekenhuizen moet een verpleegkundig specialist geraadpleegd worden en als deze helemaal geen alternatieven heeft, wordt soms een uitzondering gemaakt, waarbij een strak protocol nageleefd wordt. In de VS is het nemen van een dergelijke maatregel overigens een verpleegkundige beslissing, daar zit geen behandelaar tussen.’

## Ziekenhuizen

‘In de ziekenhuizen is in de loop van de jaren een andere, oudere, populatie gekomen. Als verpleegkundige moet je nadenken over de gevolgen daarvan voor de zorg die je verleent. In ziekenhuizen wordt vrijheidsbeperking veelal toegepast om vallen of lostrekken van infusen of katheters te voorkomen. Het besef dat er ook alternatieven zijn is er over het algemeen nog onvoldoende doorgedrongen. Als mensen onrustig of verward zijn is het belang-

rijk meer contact met hen te hebben. Om uit bed vallen te voorkomen kun je bijvoorbeeld lage bedden gebruiken en daar matrassen voor leggen, of belmatjes neerleggen die een signaal afgeven als iemand erop gaat staan. In de VS heb ik gezien dat op iemands kamerdeur een kaartje hangt met daarop “fall prevention”. Als je die kamer dan binnen gaat weet je waar je op moet letten. Patiënten worden daar ook standaard gescreend op het risico van vallen.’

‘Ik denk dat we ook moeten weten hoe vaak vrijheidsbeperking met een Zweedse band voorkomt in het ziekenhuis. Ik zou de ziekenhuizen willen oproepen om zelf na te gaan wat er op het gebied van vrijheidsbeperking in hun instelling gebeurt: hoe vaak en in welke vormen het voorkomt, wat er gedaan wordt om het te voorkomen, en of het ook geëvalueerd wordt.’

‘Vrijheidsbeperking is zo'n zware maatregel en brengt zo'n grote verantwoordelijkheid met zich mee, dat je heel goed moet nadenken voor je ertoe over gaat. De samenleving mag van verpleegkundige professionals verlangen dat zij goede argumenten hebben voor het nemen van die maatregel bij een patiënt en dat zij vooral eerst nagaan welke alternatieven er zijn. Formeel is het nemen van deze maatregel een verantwoordelijkheid van de behandelaar, maar verpleegkundigen hebben zo'n grote invloed dat zij vrijheidsbeperking als een belangrijk item in hun eigen beroepsuitoefening zouden moeten zien. Ze moeten hun verantwoordelijkheid op dit punt zo serieus nemen dat ze via hun Verpleegkundige Adviesraad (VAR) starten met onderzoek naar de frequentie van de toepassing van vrijheidsbeperkingen. De VAR kan ook bewerkstelligen dat in de eigen instelling onderzoek gedaan wordt naar bruikbare alternatieven.’

*Tonny van de Pasch*

**Op 18 november organiseert de inspectie een congres waar goede praktijken gedeeld worden met de sector om te zorgen dat men zich meer bewust wordt van de ernst van de maatregelen, de noodzaak van een goede toepassing en het gebruik van alternatieven.**