

**Zorg voor vrijheid: terugdringen van
vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet**

Den Haag, november 2008

Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Vrijheidsbeperkingen komen meer voor dan nodig is in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en voor mensen met dementie. Bovendien zijn vaak minder ingrijpende alternatieven beschikbaar dan de maatregelen die nu frequent toegepast worden. Deze conclusie trekt de inspectie in het rapport *Zorg voor vrijheid: terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet*. Patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg voor kwetsbare groepen - zoals mensen met dementie of een verstandelijke beperking - zijn een speerpunt van de inspectie voor de komende jaren.

In dat kader past dit onderzoek. De inspectie heeft 55 locaties voor psychogeriatric en 31 voor verstandelijk gehandicaptenzorg bezocht. Op basis van gesprekken, observaties en door inspectieteams ingevulde checklists is onderzocht welke vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen en welke factoren bijdragen aan toepassing van minder (ingrijpende) maatregelen. Om een goed beeld te krijgen van alle vrijheidsbeperkingen, is gekozen voor een brede definitie: alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Tevens zijn goede voorbeelden van preventieve en alternatieve maatregelen verzameld en als bijlage bij dit rapport opgenomen.

De inspectie wil het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen terugdringen. Ze kunnen leiden tot lichamelijke maar ook psychische schade. Hoe risicovol vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen zijn, blijkt onder andere uit de hoeveelheid calamiteiten met onrustbanden die bij de inspectie gemeld worden. Tussen juni 2007 en mei 2008 zijn zeven mensen overleden als direct of indirect gevolg van het gebruik van onrustbanden waarmee mensen aan bed of (rol)stoel vastgebonden waren. De inspectie heeft in september 2008 de circulaire *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden* uitgebracht waarin een scherper handhavingsbeleid is aangekondigd.

Nederland loopt achter bij andere westerse landen: steeds vaker zijn onrustbanden bij wet verboden. Het blijkt heel goed mogelijk om het gebruik van fixatiemiddelen verantwoord af te bouwen en te vervangen door minder ingrijpende maatregelen. Dit geldt ook voor andere vrijheidsbeperkende middelen. Gemiddeld de helft van de cliënten in de bezochte psychogeriatric locaties heeft een bed met bedhek. Gedragsbeïnvloedende medicatie wordt in beide sectoren veel gebruikt: gemiddeld 30 procent van de cliënten in de bezochte locaties krijgt dergelijke middelen. De inspectie stimuleert het toepassen van alternatieven, onder andere door dit onderzoek.

Het bewustzijn over welke maatregelen vrijheidsbeperkend zijn en welke risico's en consequenties deze hebben voor cliënten, is bij veel medewerkers nog onvoldoende aanwezig. Mede daardoor zijn zij minder alert op het toepassen van alternatieven en het afbouwen van beperkende maatregelen. Dit hangt ook samen met het op peil houden van de deskundigheid van medewerkers, wat in beide sectoren een groot knelpunt vormt.

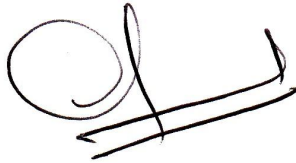
Locaties die in dit onderzoek over de hele linie goed beoordeeld zijn, passen aanzienlijk minder beperkende maatregelen toe en gebruiken vaker alternatieven. Zij scoren beter op criteria voor een adequaat preventiebeleid, deskundige medewerkers, goede accommodatie en een organisatie die ontwikkeling en toepassing van alternatieven faciliteert. Bij de meeste locaties waren zorgproces, communicatie en verantwoording wel goed op orde.

De inspectie heeft op basis van deze resultaten een handhavingsplan opgesteld. Een van de kernpunten hierin is dat in 2011 onrustbanden niet meer gebruikt worden en zijn vervangen door minder ingrijpende alternatieven. Ook het totaal aantal vrijheidsbeperkingen moet de komende jaren drastisch verminderen. Inspectie en het veld werken nauw samen om meetbare resultaten te realiseren. De inspectie maakt hierbij gebruik van advies, stimulans, drang of dwang.

Het handhavingsplan sluit aan bij het Richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen dat u aan de Tweede Kamer hebt aangeboden als bijlage bij het Verbeterplan kwaliteit gehandicaptenzorg van 26 maart 2008.

De inspectie hoopt dat deze maatregelen bijdragen aan een betere kwaliteit van leven voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking die in een zorginstelling wonen.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a small flourish at the end.

Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, november 2008

Samenvatting

Vrijheidsbeperkingen komen veel voor in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en voor mensen met dementie. Een toenemend aantal calamiteiten met onrustbanden waarbij mensen zijn overleden, was mede aanleiding voor de inspectie om meer inzicht te vergaren in de aard en het aantal vrijheidsbeperkingen, en in factoren die bijdragen aan vermindering hiervan. Uit eerder inspectieonderzoek^[1] en wetenschappelijke publicaties blijkt dat het aantal vrijheidsbeperkingen aanzienlijk teruggebracht kan worden of vervangen door minder ingrijpende alternatieven. Het onderzoek *Zorg voor vrijheid* heeft als doel te komen tot maatregelen om het aantal vrijheidsbeperkingen in beide sectoren terug te dringen en vaker gebruik te maken van minder ingrijpende alternatieven. Daartoe heeft de inspectie bezoeken gebracht aan 55 psychogeriatrische^[2] locaties en 31 locaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg. De locaties zijn geselecteerd op basis van hun scores op het onderwerp vrijheidsbeperking in het gefaseerd toezicht: een kwart scoorde goed, een kwart slecht, en de helft matig. Op basis van gesprekken, observaties en het voor dit onderzoek ontwikkelde toetsingskader is onderzocht welke vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen en welke factoren bijdragen aan toepassing van minder (ingrijpende) maatregelen. Tevens zijn goede voorbeelden van preventieve en alternatieve maatregelen verzameld; deze zijn als bijlage bij dit rapport opgenomen.

Het onderzoek omvat alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken – van fysieke vrijheidsbeperking, tot gedragsbeïnvloedende medicatie, van individuele afspraken over bijvoorbeeld alcoholgebruik tot vrijheidsbeperkingen voor een hele groep of afdeling. De scope van het rapport is hiermee breder dan de vrijheidsbeperkingen in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), waar het gaat over de meest ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking en dwang. Maatregelen als fixeren, separeren of onder dwang medicatie toedienen, worden in deze wet als een ‘ultimum remedium’ beschouwd.

De belangrijkste conclusie bevestigt het beeld uit eerder onderzoek: vrijheidsbeperkingen worden vaker toegepast dan noodzakelijk is. Met name fysieke beperkingen worden vaak toegepast bij mensen met dementie. In de verstandelijk gehandicaptenzorg komen vrijheidsbeperkingen op basis van individuele afspraken het meest voor. Het gebruik van gedragsbeïnvloedende medicatie is aanzienlijk: in de bezochte locaties in beide sectoren krijgen gemiddeld 30 procent van de cliënten psychofarmaca.

Locaties die over de hele linie goed beoordeeld worden, passen minder vrijheidsbeperkingen toe dan andere locaties. De belangrijkste verschillen met locaties die veel vrijheidsbeperkingen toepassen is dat zij beschikken over deskundige medewerkers, een goed preventiebeleid en een ruime en moderne accommodatie. Het op peil houden van de deskundigheid is het grootste knelpunt in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Met name in de psychogeriatric is te weinig aandacht voor preventiebeleid en kan men iets leren van de signaleringsplannen die in de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn ingeburgerd. Ongeveer de helft van de bezochte locaties heeft een verouderde accommodatie die het verminderen van vrijheidsbeperking niet

[1] *De zorg voor de uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht.* (IGZ, 2004).

[2] Onder psychogeriatric wordt in dit rapport verstaan de verpleeg- en verzorgingshuizen die zorg verlenen aan cliënten met psychogeriatric problematiek.

bevordert. Bij de meeste bezochte locaties waren het zorgproces, de communicatie en de verantwoording van de vrijheidsbeperking voldoende op orde.

Een belangrijke conclusie is ook dat het bewustzijn bij veel medewerkers tekortschiet over wat vrijheidsbeperking is en welke risico's en consequenties dit heeft voor cliënten. Sommige maatregelen zijn zo ingeburgerd of worden al zo lang bij een cliënt toegepast, dat men niet meer nadenkt over alternatieven en afbouwschema's. Scholing kan een belangrijke bijdrage leveren aan meer bewustwording en kennis over alternatieven. Daarnaast is een goede verantwoording van vrijheidsbeperking in de individuele zorgplannen erg belangrijk. Hierin moet onder meer een risicotaxatie van de cliënt zijn vastgelegd. Een goed zorgplan omvat daarnaast in elk geval ook de afweging van alternatieven en hoe de vrijheidsbeperking weer wordt afgebouwd.

De inspectie heeft op basis van deze resultaten een handhavingsplan op hoofdlijnen opgesteld. In nauwe samenwerking met het veld wordt gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkingen. De inspectie wil hierbij een actieve en stimulerende rol spelen. Een van de doelen in het handhavingsplan is dat in 2011 het gebruik van onrustbanden op een verantwoorde wijze is afgebouwd. Ook het totaal aantal vrijheidsbeperkende maatregelen moet aanzienlijk en meetbaar verminderd zijn.

Inhoudsopgave

Samenvatting 5

1 Inleiding 9

1.1 Aanleiding en belang van het onderzoek 9

1.2 Doel- en vraagstelling 10

1.3 Methode van onderzoek 11

2 Conclusies, maatregelen en handhavingsplan 13

2.1 Algemene conclusie: vrijheidsbeperkingen vaker dan noodzakelijk toegepast 13

2.2 Vormen van vrijheidsbeperking: bewustzijn van risico's en effecten vrijheidsbeperking moet nog sterk groeien 13

2.2.1 Bewustwording van vrijheidsbeperking is onvoldoende 13

2.2.2 Fysieke vrijheidsbeperking: afbouwen gebruik fixatiebanden noodzakelijk 14

2.2.3 Gedragsbeïnvloedende medicatie erg veel gebruikt 14

2.2.4 Domotica in opkomst 14

2.2.5 Individuele maatregelen: verschil per sector 14

2.3 Stimuleren van minder vrijheidsbeperkingen en gebruik alternatieven 15

2.3.1 Samenhangend beleid meest effectief 15

2.3.2 Signalerings- en zorgplannen beter benutten 15

2.3.3 Veel goede voorbeelden van preventie en minder ingrijpende alternatieven 15

2.4 Maatregelen door zorgaanbieders en beroepsorganisaties (V&VN en Sting) 16

2.5 Handhavingsplan van de inspectie: een forse vermindering van vrijheidsbeperking in 2011 17

2.5.1 Uitgangspunten voor de handhaving 17

2.5.2 Stimulerende acties van de inspectie en het veld 18

2.5.3 Beoogde resultaten tot en met 2011 18

3 Resultaten 20

3.1 Geen enkele locatie zonder vrijheidsbeperking 20

3.2 Gedragsbeïnvloedende medicatie nog niet overal beschouwd als vrijheidsbeperking 25

3.3 Meer vrijheidsbeperkingen in verstandelijk gehandicaptenzorg met een Bopz-aanmerking 26

3.4 Deskundigheid en accommodatie scoren het slechtst, evenals in de psychogeriatric preventiebeleid 29

3.5 Zorg als proces: afbouwschema's ontbreken vaak 32

3.6 Communicatie onvoldoende vastgelegd 32

3.7 Verantwoording veelal goed op orde 33

3.8 Deskundigheid vooral in de psychogeriatric nauwelijks op peil gehouden 34

3.9 Preventiebeleid in de verstandelijk gehandicaptenzorg beter ontwikkeld dan in de psychogeriatric 35

3.10 Randvoorwaarden niet overal vervuld 36

3.11 Accommodatie van te veel locaties ongeschikt 37

3.12 Verstandelijk gehandicaptenzorg: locaties zonder Bopz-aanmerking relatief beter op orde dan locaties met Bopz-aanmerking 38

- 4 Goede voorbeelden van preventie en minder ingrijpende vrijheidsbeperking 40**
- 4.1 Meer dan helft bezochte locaties heeft goede voorbeelden 40
- 4.2 Goede voorbeelden: preventiebeleid 41
- 4.3 Goede voorbeelden: accommodatie en inrichting 41
- 4.4 Goede voorbeelden: begeleiding en organisatie 42

5 Summary 43

Literatuuroverzicht 45

Bijlagen

- 1 De onderzoeksmethode 47
- 2 Goede voorbeelden van terugdringing vrijheidsbeperkingen 50

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang van het onderzoek

Vrijheidsbeperking komt veel voor

In de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatricatie komt vrijheidsbeperking frequent voor. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) biedt de mogelijkheid om patiënten met een psychiatrische stoornis, verstandelijke beperking of dementie in hun vrijheid te beperken of onder dwang te behandelen als zij een gevaar vormen voor zichzelf of anderen. Vrijheidsbeperking en dwang worden door de wet als een 'ultimum remedium' beschouwd: deze maatregelen zijn pas aan de orde als alternatieven geen uitkomst bieden.^[3] Bij voorkeur heeft de maatregel ook een positief effect op de kwaliteit van leven van de cliënt. In verpleeg- en verzorgingshuizen wordt tussen de 50 en 70 procent van de cliënten in hun vrijheid beperkt (Dielis-Van Houts et al 2004 en Huizing 2008). In de intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg gebeurt dit bij een op de zes cliënten (Arends et al 2002, Frederiks 2004).

Het werkelijk aantal toepassingen van vrijheidsbeperking ligt veel hoger, onder meer omdat vrijheidsbeperking niet alleen in intramurale settings voorkomt. Daarnaast zijn er vele maatregelen die niet binnen het kader van de Wet Bopz vallen, maar wel de vrijheid van cliënten beperken. Naast fixatiemiddelen komen onder meer gedragsbeïnvloedende medicatie en de toepassing van elektronische hulpmiddelen (domotica) veel voor. Domotica worden vaak ingezet als minder ingrijpende maatregel om toezicht op cliënten te houden, bijvoorbeeld door gebruik van camera's, uitluistersystemen of chips in schoenen. Ook deze maatregelen beperken de vrijheid en privacy van cliënten.

Er is nog weinig inzicht in de aard, vermijdbaarheid en frequentie waarin maatregelen worden toegepast die niet binnen de Wet Bopz vallen. Dat is een van de redenen voor de inspectie om een onderzoek uit te voeren naar *alle vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen*.

Bewustzijn over vrijheidsbeperkend handelen is onvoldoende

Waarom is het aantal vrijheidsbeperkingen nog zo hoog? Een van de redenen is dat hulpverleners zich onvoldoende bewust zijn dat hun handelen vrijheidsbeperkend is (Abma et al, 2006). Het gecamoufleerd geven van gedragsbeïnvloedende medicatie, het gebruik van bedhekken en diverse individuele of voor alle bewoners geldende beperkingen die al jarenlang in een woning of locatie worden toegepast, worden door hulpverleners vaak niet als vrijheidsbeperking gezien.

Terugdringen risico's: Nederland loopt achter

Vrijheidsbeperking is niet zonder risico. Bij de inspectie zijn tussen juni 2007 en mei 2008 acht calamiteiten gemeld die betrekking hadden op het gebruik van onrustbanden; zeven mensen zijn hierdoor (direct of indirect) overleden.^[4] Het aantal meldingen van dodelijke ongelukken met een onrustband is toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren. Naar aanleiding hiervan scherpt de inspectie haar handhavingsbeleid aan; directies

[3] Een toepassing van vrijheidsbeperking of dwang moet voldoen aan de criteria subsidiariteit (er zijn geen minder ingrijpende alternatieven), proportionaliteit (de maatregel staat in verhouding tot het doel) en doeltreffendheid (het beoogde doel wordt ermee bereikt).

[4] Het betreft vier mensen in de ouderenzorg, een in de verstandelijk gehandicaptenzorg en twee in een ziekenhuis.

en Raden van Bestuur hebben hierover een circulaire ontvangen (2008-06-IGZ, 15 september 2008).

Er is alle reden om uiterst zorgvuldig met vrijheidsbeperkende middelen om te gaan. Naast het risico op lichamelijk letsel, kan vrijheidsbeperking ook tot psychische schade leiden. Nederland loopt op dit punt achter bij landen als Denemarken, Zwitserland en de Verenigde Staten. Daar zijn onrustbanden verboden^[5] en wordt gebruikgemaakt van minder ingrijpende alternatieven. De inspectie concludeerde in 2004 (*De uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht*) dat het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie aanzienlijk teruggedrongen kan worden. Uit dit onderzoek bleek dat de randvoorwaarden daarvoor onder andere zijn: deskundig personeel, goede afstemming van de zorg op de behoeften van individuele cliënten, een rustige en veilige leefomgeving en gevarieerde dagbesteding.

1.2 Doel- en vraagstelling

Doelstelling van het onderzoek

De inspectie vindt het noodzakelijk dat het aantal vrijheidsbeperkingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric teruggedrongen wordt. Dit onderzoek draagt daar op twee manieren aan bij. In de eerste plaats is het onderzoek een inventarisatie van de soorten vrijheidsbeperkende middelen en de mate waarin deze worden ingezet. Dit vormt de basis voor een handavingsplan. In de tweede plaats wil de inspectie instellingen en medewerkers stimuleren meer gebruik te maken van maatregelen om vrijheidsbeperking te voorkomen, en minder ingrijpende maatregelen toe te passen als vrijheidsbeperking echt noodzakelijk is.

Dit onderzoek past in het meerjarenbeleidsplan 2008-2011 van de inspectie. Een van de doelen hierin is een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg, zodat de zorgconsument met minder risico's en schade te maken krijgt. Daarbij wordt vooral ingezet op het thema patiëntveiligheid met speciale aandacht voor effectieve preventie en goede voorbeelden. Kwetsbare groepen – waar verstandelijk gehandicapten en dementerenden toe behoren – zijn in dit beleidsplan een belangrijk speerpunt.

Onderzoeksvragen

De centrale vraag van het onderzoek luidt: welke maatregelen zijn nodig om het aantal vrijheidsbeperkingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric op verantwoorde wijze te verminderen of te vervangen door minder ingrijpende alternatieven?

Deelvragen in dit onderzoek zijn:

- 1 Welke vormen van vrijheidsbeperking komen voor in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric en in welke mate worden ze toegepast?
- 2 Welke factoren dragen ertoe bij om vrijheidsbeperking terug te dringen dan wel te voorkomen in beide sectoren?
- 3 Welke goede alternatieven voor (minder ingrijpende) vrijheidsbeperking worden nu in deze sectoren gebruikt?

Deelvragen 1 en 2 worden beantwoord in hoofdstuk 3. De goede voorbeelden zijn beschreven in hoofdstuk 4 en in bijlage 2.

[5] In de VS zijn onrustbanden in uitzonderingsgevallen toegestaan, maar komt gebruik ervan heel weinig voor.

1.3 Methode van onderzoek

Locatiebezoeken

Selectie van bezochte locaties

Voor dit onderzoek zijn 31 locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg bezocht, evenals 55 locaties in de psychogeriatric.^[6] Dit zijn zowel locaties met als locaties zonder Bopz-aanmerking. Deze locaties zijn geselecteerd op basis van de resultaten over vrijheidsbeperking van het gefaseerd toezicht uit 2005 en 2006. Er is een steekproef getrokken met de volgende verhoudingen: 25 procent scoorde goed, 50 procent scoorde matig, 25 procent scoorde slecht. Bijlage 1 bevat een uitgebreidere verantwoording van de methode.

Twee locatiebezoeken

Elke geselecteerde locatie is twee keer bezocht door een inspectieteam bestaande uit een inspecteur en een toezichtmedewerker. Het eerste bezoek vond onaangekondigd plaats, zodat het inspectieteam kon zien welke vrijheidsbeperkende maatregelen daadwerkelijk toegepast werden. De maatregelen zijn in de volgende categorieën onderverdeeld:

- Fysieke vrijheidsbeperking (onder andere onrustbanden, blad voor de rolstoel, armkokers).
- Gedragsbeïnvloedende medicatie (al of niet gecamoufleerd toegediend).
- Domotica: elektronische hulpmiddelen (uitluistersysteem, bewegingssensoren).
- Individuele afspraken met de cliënt (bijvoorbeeld over beperking bewegingsvrijheid, alcohol en roken, telefoon en internet, vaste dagstructuur).
- Vrijheidsbeperkende maatregelen voor alle bewoners (buitendeur op slot, huisregels).

Tijdens het tweede bezoek – wel op afspraak – zijn de resultaten van het eerste bezoek besproken met artsen en leidinggevenden. De bevindingen zijn waar nodig getoetst aan de hand van cliëntendossiers.

Rapportage

Na afloop heeft elke locatie een rapportage ontvangen met de resultaten en aanbevelingen. De meeste instellingen hebben een plan van aanpak moeten opstellen met verbetermaatregelen. De inspectie heeft deze instellingen aangeraden om zich aan te sluiten bij het verbetertraject 'Maatregelen op Maat' van Zorg voor Beter (Vilans)^[7], of bij het Netwerk Verantwoorde Zorg van ActiZ^[8] (alleen psychogeriatric).

Toetsingskader

Voor het onderzoek is het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg en Verpleeghuis- en Verzorgingshuiszorg' samengesteld.^[9] Dit toetsingskader is gebaseerd op wetgeving, richtlijnen, wetenschappelijk onderzoek, het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg verpleging, verzorging en zorg thuis en de veldnormen die ontwikkeld zijn rond vrijheidsbeperking.

[6] Deze verdeling is gerelateerd aan de landelijke verdeling van de aantallen locaties van beide sectoren.

[7] Zie www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/vrijheidsbeperkende-maatregelen.

[8] Zie www.netwerkverantwoordezorg.nl.

[9] Zie www.igz.nl, in het vervolg van dit rapport ook aangeduid als Toetsingskader 'Zorg voor vrijheid'.

De definitie van *vrijheidsbeperking* in dit onderzoek luidt: alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken.

Op basis van het toetsingskader zijn checklists opgesteld die tijdens de bezoeken zijn ingevuld. De gegevens van het onderzoek zijn zowel kwantitatief als kwalitatief verwerkt. In de checklists zijn vragen opgenomen over de volgende thema's:

- *Zorg als proces*. Onder andere besluitvorming over (continuering van) vrijheidsbeperking, nadenken over alternatieven en het afbouwen van beperkende maatregelen.
- *Communicatie*. Onder andere bespreking vrijheidsbeperking en alternatieven met betrokkenen (teamleden, deskundigen, cliënten en hun vertegenwoordigers). Observeren cliënt en interpreteren verzet als dat aan de orde is.
- *Verantwoording*. Onder andere vrijheidsbeperking vastgelegd in zorgplan/dossier; verantwoording dat maatregelen voldoen aan criteria, cultuur waarin collega's elkaar hierop aanspreken.
- *Deskundigheid*. Onder andere bekwaam en bevoegd personeel, op peil houden deskundigheid en ervaring. Regelmatige intervisie en reflectie op vrijheidsbeperking (alternatieven, bejegening).
- *Preventiebeleid*. Onder andere visie op vrijheidsbeperking, signaleringsplannen, risicotaxatie, leren van incidenten.
- *Randvoorwaarden voor goede zorg*. Onder andere personele bezetting, omgeving cliënt gericht op terugdringen vrijheidsbeperking, faciliteren personeel in genoemde onderwerpen
- *Accommodatie*. Onder andere invloed bouwkundige omgeving op het aantal vrijheidsbeperkingen: ruime verblijven, voldoende ruimte om te lopen, buitenruimte.

2 Conclusies, maatregelen en handhavingplan

Dit hoofdstuk start met de hoofdconclusie van dit rapport (2.1). Paragraaf 2.2 geeft de belangrijkste conclusies over de inventarisatie van vrijheidsbeperkende maatregelen (deelvraag 1). Conclusies over factoren die de vrijheidsbeperking beïnvloeden (deelvraag 2) en over goede alternatieven (deelvraag 3) staan in 2.3.

Maatregelen voor zorgaanbieders en beroepsorganisaties zijn opgenomen in 2.4. Het handhavingplan van de inspectie (2.5) beschrijft welke handhavings- inclusief stimuleringsacties de inspectie de komende jaren uitvoert en welke resultaten tot en met 2011 bereikt moeten worden.

2.1 Algemene conclusie: vrijheidsbeperkingen vaker dan noodzakelijk toegepast

Vrijheidsbeperkingen komen veel vaker voor dan noodzakelijk is. Dat is de belangrijkste conclusie van dit onderzoek. Alle bezochte locaties passen vrijheidsbeperkingen toe. In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn er gemiddeld ruim drie maatregelen per cliënt; in de psychogeriatricie gemiddeld twee. In deze rekensom zijn alle vormen van vrijheidsbeperking meegenomen, dus ook de minder ingrijpende alternatieven.

De resultaten laten zien dat het mogelijk is een aanzienlijke reductie in aantal en ingrijpendheid van vrijheidsbeperkende maatregelen te realiseren. Locaties die over de hele linie goed scoren op de vragen uit de checklist, passen minder beperkende maatregelen toe en gebruiken vaker alternatieven. Zo worden in de slechtst scorende psychogeriatricische locaties ruim drie keer zoveel vrijheidsbeperkingen toegepast als in de best scorende locaties. Medewerkers van de goed scorende locaties zijn zich meer bewust van de risico's van vrijheidsbeperkingen. Met een goed preventiebeleid, deskundige medewerkers en een organisatie die ontwikkeling en toepassing van alternatieven faciliteert, is veel winst te behalen. Ook een ruime, moderne accommodatie kan positieve effecten hebben op het aantal vrijheidsbeperkingen.

Opvallend is dat locaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg met een Bopz-aanmerking op alle onderwerpen van de checklist gemiddeld minder goed scoren dan locaties zonder Bopz-aanmerking. In 2007 constateerde de inspectie in haar rapport *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk* dat semi-murale locaties (bijvoorbeeld gezinsvervangende tehuizen) het voorafgaande anderhalf jaar een grote inhaalslag hadden gemaakt met diagnostiek en signalering. Het huidige onderzoek is een indicatie dat deze verbetering ook geleid heeft tot het terugdringen van vrijheidsbeperkingen.

2.2 Vormen van vrijheidsbeperking: bewustzijn van risico's en effecten vrijheidsbeperking moet nog sterk groeien

2.2.1 Bewustwording van vrijheidsbeperking is onvoldoende

Binnen veel locaties leeft het idee dat zij alleen de hoogst noodzakelijke vrijheidsbeperkingen toepassen en dat het personeel uitstekend in staat is om alternatieven te gebruiken. Veel maatregelen zijn echter zo ingeburgerd dat medewerkers en leidinggevendenden er helemaal niet bij stil staan dat ze de vrijheid van cliënten beperken. Dit geldt zeker voor regels die voor de hele afdeling of locatie gelden, zoals het afsluiten

van deuren of het hanteren van een vast dagschema. Het bewustzijn over de risico's en consequenties voor cliënten van vrijheidsbeperkende maatregelen moet nog sterk groeien.

2.2.2 Fysieke vrijheidsbeperking: afbouwen gebruik fixatiebanden noodzakelijk

Gemiddeld 12 procent van de bewoners van de bezochte locaties wordt met onrustbanden in bed of aan de (rol)stoel vastgebonden. Dit komt in beide sectoren evenveel voor. Een positieve ontwikkeling is dat steeds meer instellingen een non-fixatiebeleid voeren en geen onrustbanden meer gebruiken. Deze vorm van vrijheidsbeperking heeft dermate grote risico's dat steeds meer landen het gebruik van onrustbanden verbieden. De meest voorkomende fysieke vrijheidsbeperking in de psychogeriatric is het gebruik van beddekken: gemiddeld de helft van de cliënten per locatie. In de verstandelijk gehandicaptenzorg is de meest voorkomende fysieke maatregel het afzonderen van een cliënt in de eigen kamer (20 procent).

2.2.3 Gedragsbeïnvloedende medicatie erg veel gebruikt

In de psychogeriatric en in de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt veelvuldig gebruik gemaakt van gedragsbeïnvloedende medicatie. Van elke 100 cliënten krijgen er 30 medicatie toegediend, al dan niet verstoep in het eten of drinken. De inspectie heeft tijdens de locatiebezoeken de indruk gekregen dat op sommige locaties onrustige bewoners eerder medicijnen krijgen dan dat medewerkers op zoek gaan naar de oorzaken van het onrustige gedrag en naar alternatieven. Bovendien zijn veel medewerkers zich nog onvoldoende bewust van de bijwerkingen en risico's van medicatie.

2.2.4 Domotica in opkomst

Elektronische hulpmiddelen worden steeds vaker ingezet als alternatief voor fysieke vormen van vrijheidsbeperking in de psychogeriatric. Onder andere infrarood-sensoren, een code om deuren te openen en belmatjes worden veel gebruikt. In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn uitluistersystemen ingeburgerd: ze worden gemiddeld bij 40 procent van de cliënten per locatie toegepast. De toepassing van domotica is vaak minder ingrijpend dan andere maatregelen, maar niet per definitie voor elke cliënt de beste oplossing. Een risicotaxatie per cliënt is noodzakelijk.^[10]

2.2.5 Individuele maatregelen: verschil per sector

In de verstandelijk gehandicaptenzorg komen individuele afspraken het meest voor van alle vrijheidsbeperkingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om afspraken over het beperken van de bewegingsvrijheid of het drinken van alcohol. Dergelijke maatregelen komen veel minder voor in de psychogeriatric.

[10] In de Staat van de Gezondheidszorg 2008 *Risico's van medische technologie onderschat* wordt aandacht besteed aan de risico's van domotica. Vaak ontbreekt een risicoanalyse voor de aanschaf en zijn instellingen zich onvoldoende bewust van de faalbaarheid van technologie: welke risico's loopt een cliënt als de apparatuur het begeeft of de stroom uitvalt?

2.3 Stimuleren van minder vrijheidsbeperkingen en gebruik alternatieven

2.3.1 Samenhangend beleid meest effectief

Uit dit onderzoek blijkt dat de onderwerpen die in de checklist zijn bevraagd, alle in samenhang van belang zijn. Locaties die over de hele linie goed scoren, passen minder vrijheidsbeperkende maatregelen toe. In het algemeen waren communicatie, verantwoording en het zorgproces goed op orde.

De meeste verbetering is nodig op de volgende thema's:

- *Deskundigheid* van medewerkers is cruciaal voor het terugdringen van vrijheidsbeperking, maar vormt in beide sectoren het grootste knelpunt. Slechts een kwart van de bezochte psychogeriatrische locaties en de helft van de locaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg heeft de deskundigheid goed geborgd. Zo is er vaak geen verplicht bijscholingsprogramma rond preventie en alternatieven, en risicotaxaties worden niet standaard uitgevoerd.
- *Accommodatie*. Een punt van zorg is, dat slechts de helft van de bezochte locaties beschikt over een accommodatie die op positieve wijze bij kan dragen aan het terugdringen van vrijheidsbeperking. Dit zijn vaak de relatief nieuwe locaties met ruime en overzichtelijk opgezette afdelingen of woningen en voldoende mogelijkheden om – ook buiten - rond te lopen.
- *Preventiebeleid* is in de psychogeriatricie nog onvoldoende ontwikkeld. Er is bijvoorbeeld onvoldoende aandacht voor maatregelen die probleemgedrag kunnen voorkomen.

2.3.2 Signalerings- en zorgplannen beter benutten

Het signaleringsplan is in de verstandelijk gehandicaptenzorg een onmisbaar instrument dat een positieve bijdrage kan leveren aan het terugdringen van vrijheidsbeperking voor individuele cliënten. De psychogeriatricie kan van deze ervaringen profiteren.

Een belangrijke conclusie is dat afspraken over vrijheidsbeperking zorgvuldiger in de individuele zorgplannen vastgelegd moeten worden. Risicotaxaties voor elke cliënt horen hierin ook thuis. Het werken met afbouwschema's voor vrijheidsbeperkingen kan een grote verbetering in het zorgproces betekenen – ook dit hoort in het zorgplan opgenomen te zijn.

2.3.3 Veel goede voorbeelden van preventie en minder ingrijpende alternatieven

Er zijn veel goede voorbeelden aangetroffen tijdens de locatiebezoeken die minder vrijheidsbeperking nodig maken of een minder ingrijpend alternatief zijn. In hoofdstuk 4 en bijlage 2 zijn deze bijeengebracht. Afdelingen en woningen vanuit diverse instellingen en locaties in dit traject werken intensief met elkaar samen.

Niet alle genoemde voorbeelden zijn onder alle omstandigheden voor alle cliënten een goed alternatief – zorgvuldige afweging door middel van een risicotaxatie blijft noodzakelijk. De opgenomen voorbeelden zijn zeer divers van aard. Soms gaat het om technische innovaties, zoals een bed dat kan zakken tot vlak boven de grond zodat iemand met een valrisico niet meer in bed gefixeerd hoeft te worden. Soms om heel praktische oplossingen voor een individuele cliënt of afdeling, bijvoorbeeld om een prikkelarme omgeving te creëren.

De inspectie hoopt dat deze voorbeelden locaties stimuleren om na te denken over toepassingsmogelijkheden of zelf passende alternatieven te ontwikkelen. Hierbij is het uitwisselen van ervaringen tussen instellingen, maar ook tussen sectoren bijzonder zinvol. Een verbetertraject als 'Maatregelen op Maat' van Zorg voor Beter biedt deze mogelijkheid bij uitstek, omdat locaties van diverse instellingen hierin intensief samenwerken.

2.4 Maatregelen door zorgaanbieders en beroepsorganisaties (V&VN en Sting)

Maatregelen voor zorgaanbieders

Instellingen in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg moeten in 2009 een beleid ontwikkelen voor het verantwoord terugdringen van vrijheidsbeperkingen en het gebruik van minder ingrijpende alternatieven. Hierin moeten in elk geval doelen en maatregelen zijn geformuleerd voor de volgende onderwerpen:

- Preventiebeleid (onder andere visie op vrijheidsbeperking, afbouwen gebruik onrustbanden, inzet van preventieve instrumenten zoals risicotaxaties en signaleringsplan, stimuleren van en kennisuitwisseling over alternatieve maatregelen).
- Structurele scholing rond vrijheidsbeperking en alternatieven.
- Zorgplan in samenspraak met cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger (onder andere individuele risicotaxatie, multidisciplinaire besluitvorming over vrijheidsbeperking, afweging van alternatieven, afbouwschema voor vrijheidsbeperkende maatregelen).
- Faciliteren medewerkers om preventiebeleid goed uit te kunnen voeren (deelname Zorg voor Beter-traject 'Maatregelen op Maat', personele bezetting).
- Indien aan de orde: bij nieuwbouw of verbouwingsplannen randvoorwaarden stellen aan ontwerp zodat locatie minder vrijheidsbeperking hoeft op te leggen.

Instellingen in beide sectoren moeten in de eerste helft van 2009 de registratie van vrijheidsbeperkingen op orde hebben. Van iedere cliënt wordt iedere vrijheidsbeperkende maatregel geregistreerd: aard van de maatregel, frequentie en duur.

Maatregel voor beroepsorganisaties van verpleeghuisartsen (NVVA) en artsen verstandelijk gehandicaptenzorg (NVAVG)

Beroepsorganisaties van artsen in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg moeten in 2009 gezamenlijke richtlijnen opstellen voor het gebruik van gedragsbeïnvloedende medicatie.

Voorkomen moet worden dat met het afschaffen van de onrustband het aantal vrijheidsbeperkingen met psychofarmaca toeneemt. De inspectie vraagt deze beroepsorganisaties onderzoek te doen naar de consequenties van het minder gebruiken van onrustbanden.

2.5 Handhavingsplan van de inspectie: een forse vermindering van vrijheidsbeperking in 2011

In haar streven naar minder vrijheidsbeperkingen in beide sectoren maakt de inspectie vanuit haar handhavingsrol de komende 3 jaar proportioneel gebruik van advies, stimulans, drang of dwang. De inspectie ziet erop toe dat vrijheidsbeperking verantwoord wordt toegepast en dat instellingen beleid ontwikkelen en uitvoeren om het aantal vrijheidsbeperkingen terug te dringen.

2.5.1 Uitgangspunten voor de handhaving

De inspectie gebruikt voor haar handhavingstaak de volgende vier uitgangspunten.

- 1 De inspectie baseert zich bij haar handhavingstaak op de wettelijke voorschriften van de Wet Bopz, de Wet BIG, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WGBO. De Wet Bopz zal binnen afzienbare termijn worden vervangen door de Wet zorg en dwang. Deze nieuwe wet sluit beter aan bij het karakter van de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric. In het richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen dat vooruitlopend op deze wet is ontwikkeld, zijn preventie en het zoeken naar alternatieven in een zo breed mogelijk verband twee speerpunten. Zo mogen vrijheidsbeperkende maatregelen alleen worden toegepast als ze in een multidisciplinair overleg tot stand zijn gekomen en er geen andere alternatieven voorhanden zijn om ernstig gevaar voor een cliënt of zijn omgeving te voorkomen of af te wenden. Alle ingezette maatregelen zijn opgenomen in het zorgplan, dat besproken is met cliënt of diens (wettelijk) vertegenwoordiger.
- 2 De inspectie zal de resultaten van dit rapport samen met het richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen gebruiken voor de manier waarop zij in de komende jaren haar toezicht ontwikkelt.
- 3 De inspectie maakt gebruik van de veldnormen die ontwikkeld zijn door de koepelorganisaties en de beroepsgroepen, zoals de richtlijnen, kwaliteitskaders, handreikingen en veiligheidsplannen.
- 4 De inspectie sluit aan bij de voornemens die de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer kenbaar heeft gemaakt rond de onderwerpen veiligheid en vrijheidsbeperking^[11].

Op basis van deze uitgangspunten ontwikkelt de inspectie momenteel een toetsingsinstrument voor vrijheidsbeperking. De inspectie zal dit instrument de komende jaren gebruiken, zowel voor het gefaseerd toezicht als voor thematisch toezicht. In het toezicht zullen ook de instellingen die tijdens het onderzoek verbeterpunten hadden, worden meegenomen. Instellingen die geen aantoonbare verbeteringen laten zien in het terugdringen van vrijheidsbeperkingen, zullen dringend worden verzocht deel te nemen aan het verbetertraject van Zorg voor Beter 'Maatregelen op Maat'.

Daarnaast zullen calamiteiten met vrijheidsbeperkende maatregelen reden van toezicht zijn. Daarbij zal de inspectie toezien op de uitvoering van de maatregelen die beschreven staan in de circulaire *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden*^[12].

[11] *Fixatie en separatie*. VWS (30 september 2008, kenmerk (CZ/CGG-2881610).

[12] *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden*. IGZ, 15 september 2008, circulaire 2008-06-IGZ.

2.5.2 Stimulerende acties van de inspectie en het veld

De inspectie zal beide brancheorganisaties, VGN en ActiZ stimuleren een plan te maken hoe tot 1 januari 2012 het aantal toepassingen van vrijheidsbeperking fors gereduceerd kan worden. In deze afspraken worden ook beroepsgroepen en cliëntenorganisaties betrokken. De verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatricus kunnen van elkaar leren, bijvoorbeeld door gezamenlijke ontwikkelingsprojecten rond signaleringsplannen, belevingsgerichte zorg, non-fixatiebeleid en domotica.

De inspectie zal stimuleren dat initiatieven die momenteel lopen, zoals het Zorg voor Beter verbetertraject 'Maatregelen op Maat' en de campagne 'Ik ~~bind~~ hou vast!' van de Innovatiekring Dementie, breed worden uitgedragen in het veld en dat medewerkers op de werkvloer en het management hiervan gebruik kunnen maken voor het terugdringen van vrijheidsbeperking.

De inspectie zal een aanjagende rol vervullen in het verspreiden van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De inspectie onderschrijft het belang van wetenschappelijk onderzoek. Uitkomsten van recent onderzoek kunnen helpen ingenomen standpunten over het toepassen van vrijheidsbeperking te weerleggen, zoals het risicodenken rond valgevaar en de relatie tussen werkdruk en vrijheidsbeperking.

De inspectie zal bestaande alternatieven die door het veld en het bedrijfsleven zijn ontwikkeld en die in dit rapport zijn opgenomen, onder de aandacht van het veld brengen.

2.5.3 Beoogde resultaten tot en met 2011

2008

Samen met het veld heeft de inspectie een agenda voor 2009–2011 opgesteld voor het fors terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

2009

Maatregelen in 2009:

- De instellingen in beide sectoren hebben beleid gemaakt voor de periode 2009–2011 voor het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen, zowel voor de individuele cliënten als vrijheidsbeperkingen met een collectief karakter zoals onder andere huisregels. Eén van de kernpunten van dit beleid is het maximaal uitbannen van het gebruik van onrustbanden.
- Om de vooruitgang te volgen is het van belang dat instellingen in de eerste helft van 2009 de registratie van vrijheidsbeperkingen op orde hebben. De registratiegegevens uit 2009 zullen door de inspectie gebruikt worden als nulmeting. In de jaren daarna zal de inspectie aan de hand van de gegevens de afname van het aantal vrijheidsbeperkingen volgen.

2010

Beoogde resultaten in 2010 zijn:

- De instellingen in beide sectoren hebben in 2010 het gebruik van onrustbanden ten opzichte van 2009 met 50 procent verminderd.

- De instellingen in beide sectoren hebben het aantal langlopende vrijheidsbeperkingen^[13] ten opzichte van 2009 met 25 procent verminderd. Bij langlopende vrijheidsbeperking moet ook gedacht worden aan gedragsbeïnvloedende medicatie.
- De instellingen in beide sectoren hebben het aantal meervoudige toepassingen van vrijheidsbeperking, bijvoorbeeld medicatie in combinatie met fixatie, ten opzichte van 2009 met 50 procent gereduceerd.
- De instellingen in beide sectoren hebben het aantal vrijheidsbeperkingen met een collectief karakter ten opzichte van 2009 met 25 procent teruggebracht.
- De instellingen in de gehandicaptenzorg leggen geen afzondering bij kinderen op zonder de fysieke aanwezigheid van een begeleider.

2011

Beoogde resultaten in 2011 zijn:

- In beide sectoren worden geen onrustbanden meer gebruikt. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk deze nog toe te passen als voldaan is aan strikte kwaliteitseisen en extra toezicht. Deze kwaliteitseisen zullen de komende jaren met het veld en de beroepsgroepen verder worden uitgewerkt.
- De instellingen passen ook de andere vormen van vrijheidsbeperking, zoals afzondering en/of medicatie, voor minimaal 25 procent minder toe. Voor vrijheidsbeperkingen met een collectief karakter is deze vermindering 40 procent.

[13] Langlopend wil zeggen toepassingen gedurende een lange periode op wisselende tijdstippen.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst de resultaten weergegeven betreffende de toepassing van vrijheidsbeperkingen in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg, gebaseerd op de gegevens van het eerste onaangekondigde bezoek van de inspectie-teams aan de locaties: een rondgang en een gesprek met het aanwezige personeel (3.1 t/m 3.3). Hierbij is steeds een onderscheid gemaakt tussen de twee sectoren. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg is een extra onderscheid aangebracht tussen locaties met een Bopz-aanmerking en locaties zonder Bopz-aanmerking. Voor de psychogeriatric is dat niet gebeurd, omdat slechts 5 van de 55 bezochte locaties geen Bopz-aanmerking hadden.

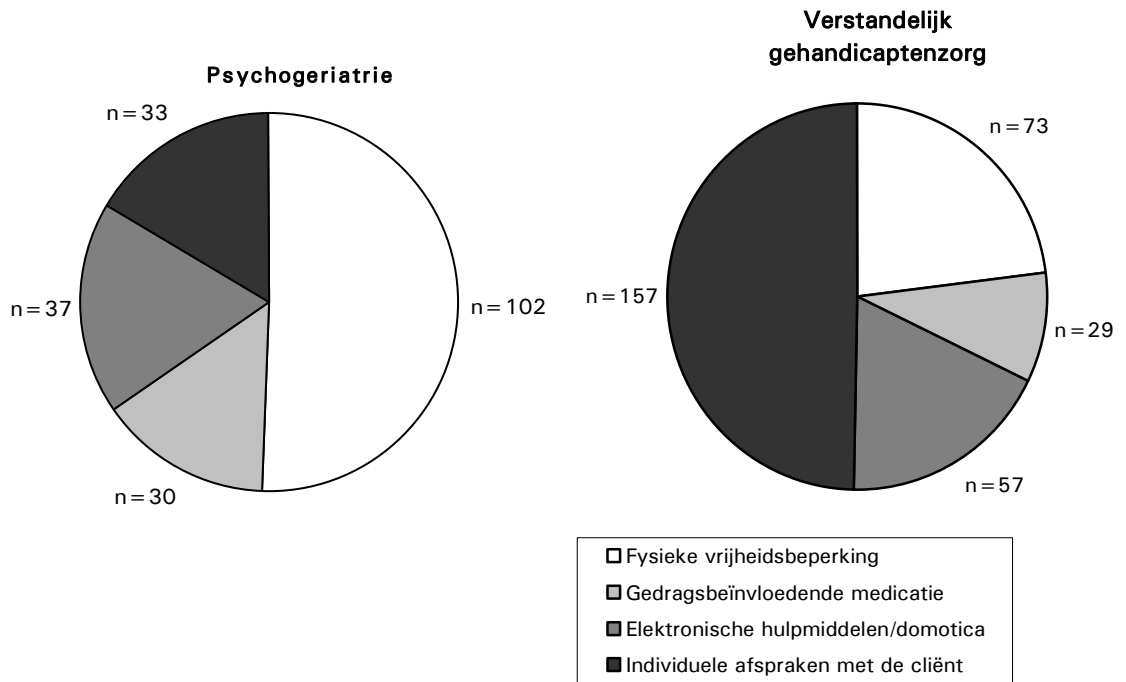
Vervolgens zijn de resultaten met betrekking tot de kwaliteit van het toepassen van vrijheidsbeperkingen weergegeven aan de hand van de zes thema's: zorg als proces, communicatie, verantwoording, deskundigheid, preventiebeleid, randvoorwaarden en het onderwerp accommodatie (3.4 tot en met 3.12).

3.1 Geen enkele locatie zonder vrijheidsbeperking

Bij alle door de inspectieteams bezochte locaties pasten de medewerkers vrijheidsbeperkingen toe. Figuur 1 geeft per sector weer in welke mate de vier hoofd-categorieën vrijheidsbeperkingen zijn toegepast (per 100 cliënten). Figuur 2 laat per sector zien hoe die vier hoofd-categorieën zich procentueel tot elkaar verhouden. In de psychogeriatric kwam fysieke vrijheidsbeperking het meest voor (in 51 procent van de bezochte locaties) en in de verstandelijk gehandicaptenzorg het maken van individuele vrijheidsbeperkende afspraken met cliënten (50 procent). Collectieve afspraken (zoals het op slot doen van alle kamerdeuren, zodat cliënten hun eigen kamer niet in kunnen, of het afsluiten van de buitendeur, zodat cliënten hun afdeling niet kunnen verlaten) kwamen ook veelvuldig voor, maar zijn in dit rapport alleen betrokken bij het thema zorg als proces.

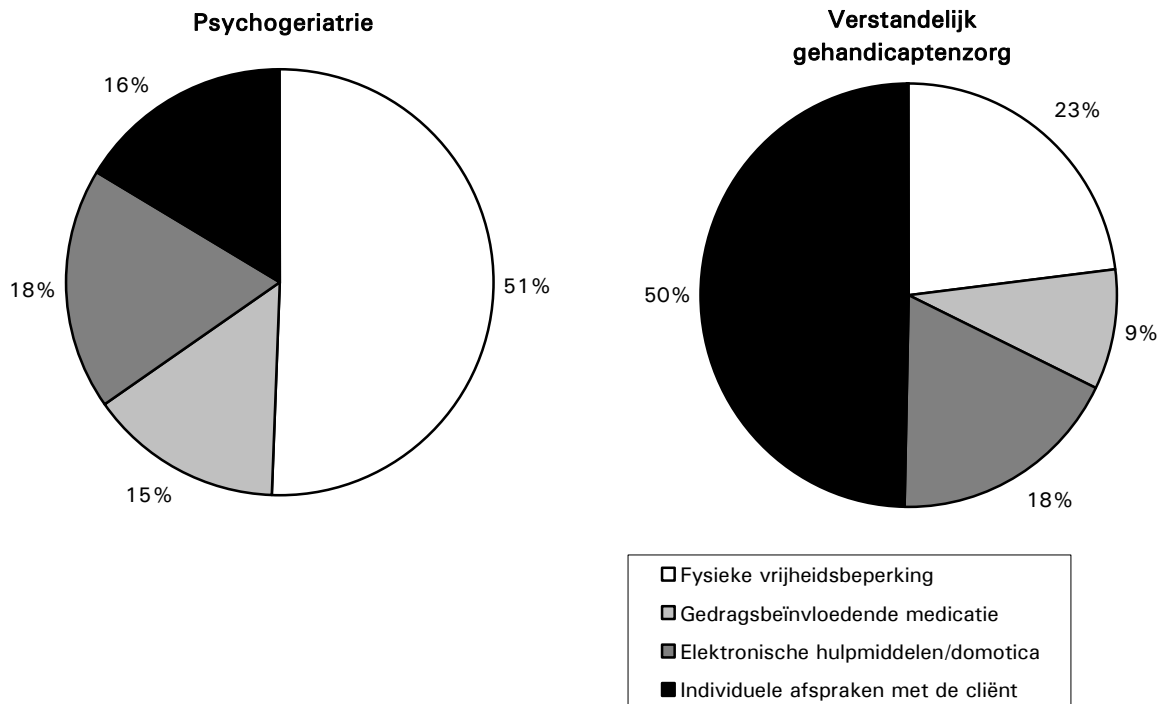
Figuur 1

Toepassing van vrijheidsbeperkingen in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg (n = aantal toepassingen per 100 cliënten per locatie)



Figuur 2

Toepassing van vrijheidsbeperkingen in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg: procentuele verdeling



Psychogeriatric

In de psychogeriatric werden gemiddeld iets meer dan twee vrijheidsbeperkingen per cliënt toegepast (202 vrijheidsbeperkingen per 100 cliënten), waarvan gemiddeld één vorm van fysieke vrijheidsbeperking. De meest frequent toegepaste vormen van fysieke vrijheidsbeperking waren beddekken, tafelbladen en fixatiebanden in de (rol)stoel, zoals te zien is in figuur 3.

Uit figuur 1 blijkt dat bij bijna eenderde van de cliënten gedragsbeïnvloedende medicatie werd toegediend: bij 30 van de 100 cliënten.

Elektronische hulpmiddelen of domotica werden bij meer dan eenderde van de psychogeriatric cliënten gebruikt: bij 37 van de 100 cliënten. Figuur 4 laat zien dat dit met name infraroodsensoren of bewegingsmelders en het gebruik van een code op de deur betrof en figuur 5 geeft weer om welke individuele afspraken met de cliënt het vooral ging: afspraken die de bewegingsvrijheid beperken.

Het aantal en de aard van de vrijheidsbeperkingen hangt samen met de overall beoordeling van de locaties. In de slechtst scorende locaties werden ruim drie keer zoveel vrijheidsbeperkingen toegepast als in de best scorende. Gemiddeld werden in de vijf best scorende locaties 85 vrijheidsbeperkingen per 100 cliënten toegepast, waarbij het in 66 procent van de toepassingen ging om fysieke vrijheidsbeperkingen (56 per 100 cliënten) en in 30 procent van de toepassingen om domotica (25 per 100 cliënten). In de vijf slechtst scorende locaties werden gemiddeld 271 vrijheidsbeperkingen per 100 cliënten per instelling toegepast, waarbij het in driekwart van de toepassingen ging om fysieke vrijheidsbeperking met de cliënt (203 per 100 cliënten) en in 22 procent van de toepassingen om domotica (60 per 100 cliënten).

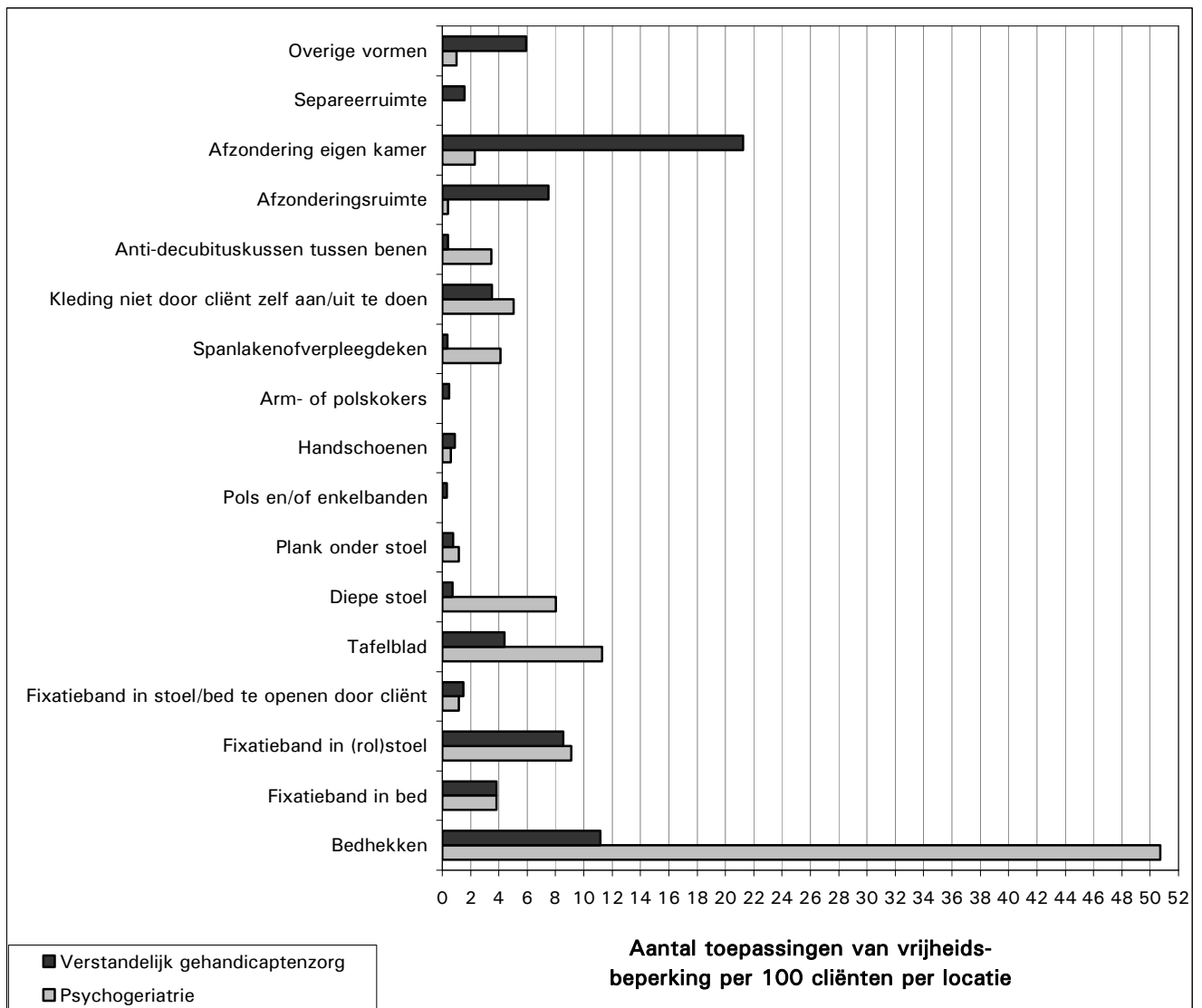
Verstandelijk gehandicaptenzorg

In de bezochte locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg werden gemiddeld iets meer dan drie vrijheidsbeperkingen per cliënt toegepast (316 vrijheidsbeperkingen per 100 cliënten). De helft hiervan bestond uit afspraken met de individuele cliënt (zie figuur 2). Uit figuur 1 blijkt dat ook in de gehandicaptenzorg bij bijna eenderde van de cliënten gedragsbeïnvloedende medicatie werd toegediend: bij 29 van de 100 cliënten. In figuur 3 is te zien dat het bij het toepassen van fysieke vrijheidsbeperking met name ging om afzondering op eigen kamer, beddekken en fixatiebanden in de (rol)stoel. Bij elektronische hulpmiddelen ging het veelal om uitluistersystemen en deurverklidders (zie figuur 4).

Er is ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg een verschil tussen de locaties die op alle thema's goed en slecht scoren. Hier worden de resultaten echter vertekend door twee goed scorende instellingen met een zeer bijzondere doelgroep die meer vrijheidsbeperking noodzakelijk maakt. Vergelijking van het gemiddeld aantal vrijheidsbeperkingen is daarom niet zinvol. De goed scorende instellingen hebben 2,5 keer zoveel individuele afspraken met cliënten (286 per 100 cliënten versus 111 bij slecht scorende instellingen).

Figuur 3

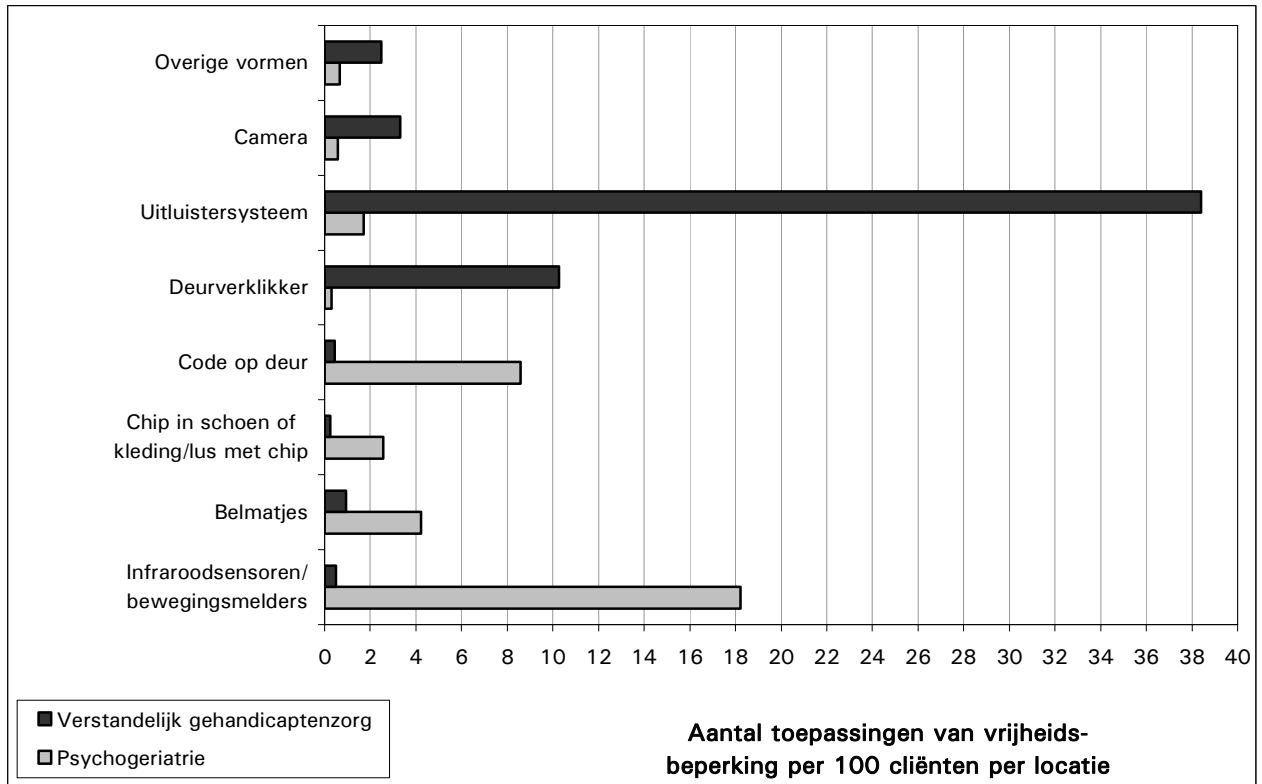
Toepassing van vormen van fysieke vrijheidsbeperking in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg



Overige aangetroffen vormen van fysieke vrijheidsbeperkingen waren een rolstoel op de rem, beugels aan voor- en zijkanten van het toilet, een vrijheidsbeperkend vest, benen vastbinden tijdens de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, fysiek begrenzen/vasthouden, Dreigend en Destructief Gedragshandelingen (methodiek in het omgaan met dreigend en destructief gedrag), Passiviteit Dagelijks Leven-kleding, plukpak (een soort joggingpak aan één stuk met een rits aan de achter- of zijkant, waardoor het plukken aan bijvoorbeeld incontinentiemateriaal onmogelijk wordt, dichtgeknoopte mouwen van nachthemden, hoefijzerkussens (een kussen met een lengte van ongeveer 180 cm dat bijvoorbeeld ter ondersteuning van de cliënt in het bed aangebracht wordt), abductiekussens (een groot kussen, dat bijvoorbeeld bij spasmen in het bed tussen de benen aangebracht wordt), spalk, lig-ortheses (een hulpmiddel ter correctie van een standsafwijking), armkokers (een koker om de arm ter voorkoming van automutilatie), speelbox, matrozenbed (een bed met verhoogde zijkanten aan hoofd- en voeteneinde), bedscherp van plexiglas op wielen, traphek voor deur, halve deur.

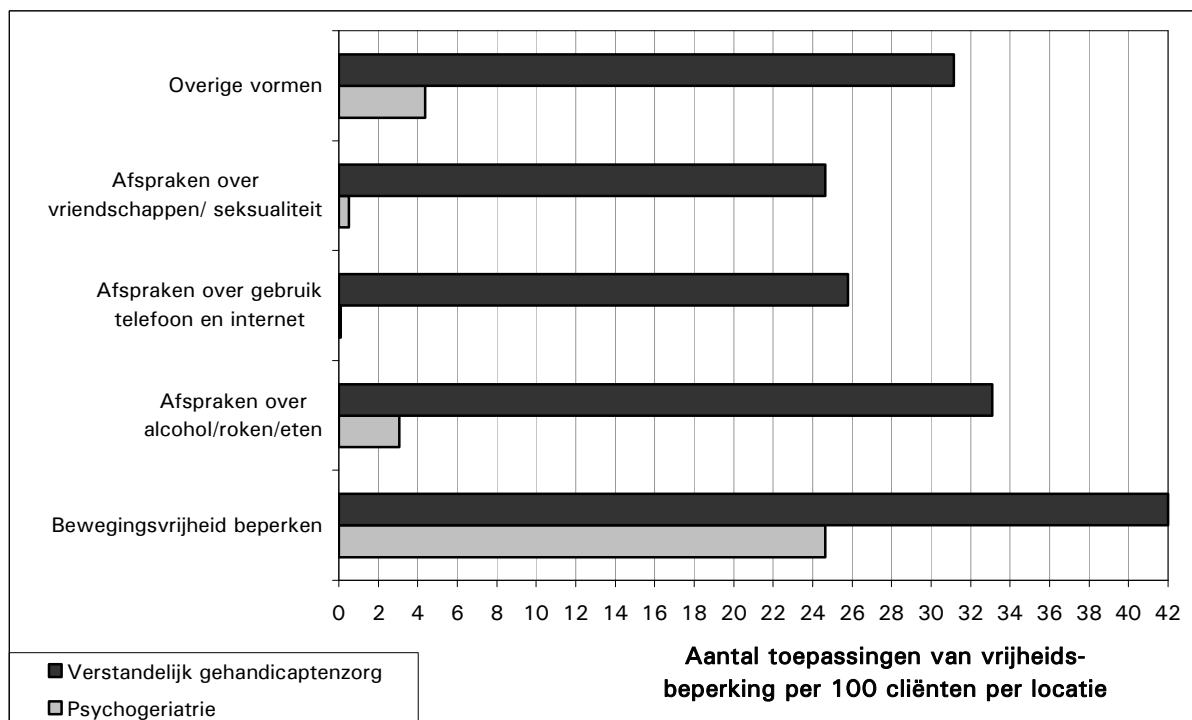
Figuur 4

Toepassing van vormen van elektronische hulpmiddelen/domotica als vrijheidsbeperking in de psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg



Overige aangetroffen vormen van vrijheidsbeperking met behulp van domotica waren een polsband met chip, een dwaaldetector, een optiseat alarmkussen, intercom, de mogelijkheid om op de kamer stroom uit te schakelen en een magneetslot op deur.

Figuur 5
Toepassing vormen van individuele afspraken als vrijheidsbeperking in de psychogeriatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg



Overige aangetroffen vormen van individuele afspraken waren verplicht douchen, vaste dagstructuur, vaste bedtijden en vaste tijden van opstaan.

3.2 Gedragsbeïnvloedende medicatie nog niet overal beschouwd als vrijheidsbeperking

Tijdens de bezoeken hebben de inspectieteams ook gevraagd naar het gebruik van gedragsbeïnvloedende medicatie, met name psychofarmaca en medicatie met een sederende, rustgevende werking. In figuur 1 is weergegeven dat zowel in de psychogeriatrie als in de verstandelijk gehandicaptenzorg gemiddeld bij bijna een derde van de cliënten gedragsbeïnvloedende medicatie werd toegediend (bij respectievelijk 30 en 29 van de 100 cliënten).

Binnen de locaties bestonden zeer grote verschillen in het toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie. Een deel van de locaties voerde zeer bewust een terughoudend beleid met betrekking tot het voorschrijven en toedienen van rustgevende medicatie. Andere locaties leken bij onrustig gedrag van cliënten sneller als oplossing hiervoor medicatie toe te dienen.

In sommige locaties werd gedragsbeïnvloedende medicatie niet ervaren als het toepassen van vrijheidsbeperking. Dat gold ook voor het gecamoufleerd toedienen van medicatie, zoals vermalen medicatie in vla, om mogelijke weerstand van een cliënt tegen het innemen van de medicatie te omzeilen.

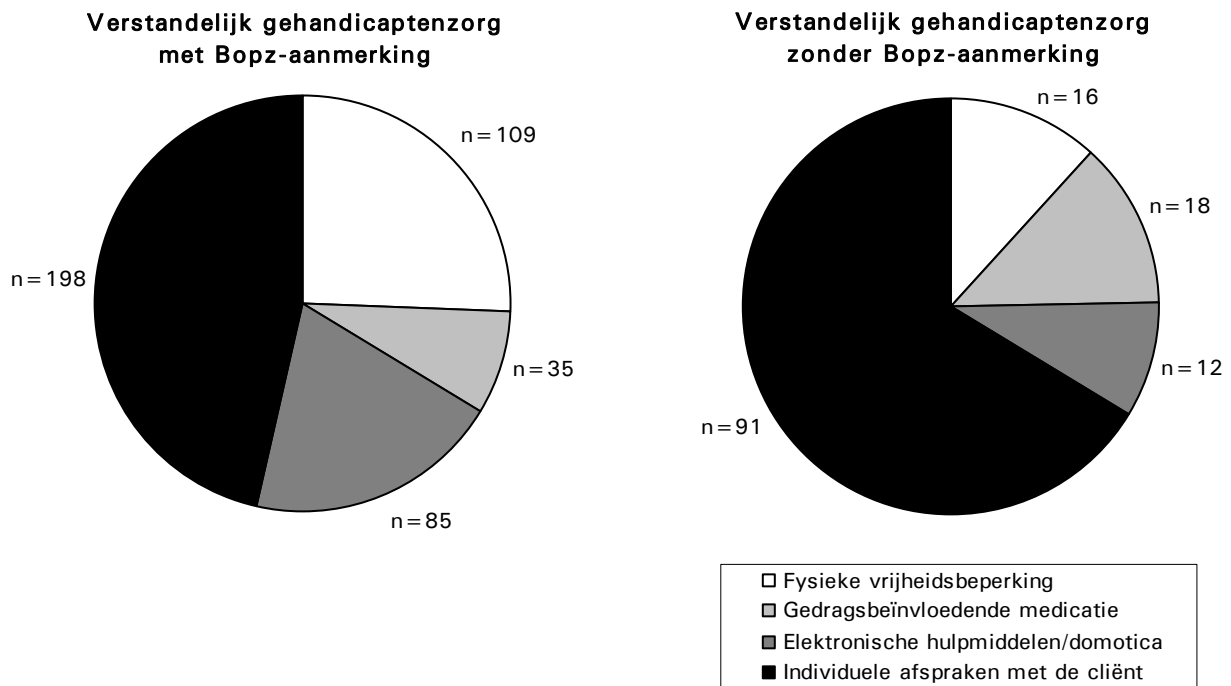
3.3 Meer vrijheidsbeperkingen in verstandelijk gehandicaptenzorg met een Bopz-aanmerking

De meeste van de 55 bezochte locaties in de psychogeriatric had een Bopz-aanmerking, zodat een vergelijking tussen locaties met en locaties zonder een Bopz-aanmerking in deze sector niet zinvol was. De vijf instellingen zonder een Bopz-aanmerking waren verzorgingshuizen waar ook psychogeriatricische cliënten verbleven, al of niet op een aparte afdeling.

Van de 28 bezochte locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg hadden 17 locaties een Bopz-aanmerking. In de locaties met een Bopz-aanmerking werden in totaal ruim drie keer zoveel vrijheidsbeperkingen toegepast als in locaties zonder een Bopz-aanmerking: in locaties met een Bopz-aanmerking gemiddeld meer dan vier per cliënt (427 vrijheidsbeperkingen per 100 cliënten). Individuele afspraken, fysieke vrijheidsbeperkingen en elektronische hulpmiddelen/domotica werden het meest frequent toegepast in locaties met een Bopz-aanmerking; in locaties zonder een Bopz-aanmerking werden vooral individuele afspraken gemaakt met cliënten (zie figuur 6).

Figuur 6

Toepassing vrijheidsbeperkingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg met en zonder Bopz-aanmerking (n = aantal toepassingen per 100 cliënten per locatie)

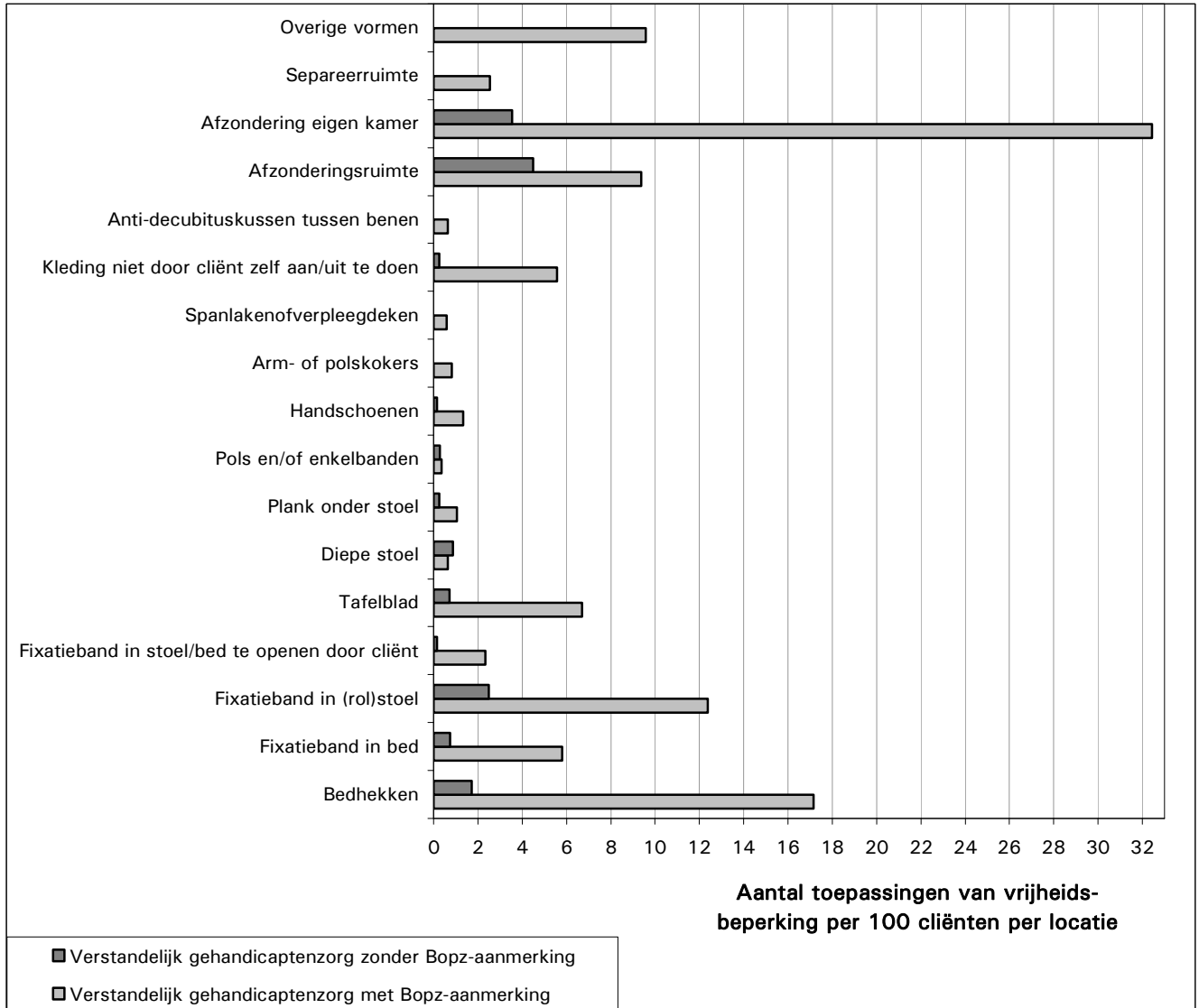


In de bezochte locaties zonder Bopz-aanmerking werd geen gebruik gemaakt van arm- of polskokers, spanlakens/verpleegdekens, anti-decubituskussens tussen de benen of een separeerruimte en ook niet van de elektronische hulpmiddelen infraroodsensoren/-bewegingsmelders, belmatjes of een code op de deur. In de locaties met een Bopz-aanmerking werden meer afzonderingen op de eigen kamer, beddekken, fixatiebanden in de (rol)stoel en diverse overige vormen van fysieke vrijheidsbeperking (zoals kokers om de armen of plaatsing van een traphekje) toegepast dan in locaties zonder Bopz-aanmerking (figuur 7). Ook werden in de bezochte locaties met Bopz-aanmerking meer uitluistersystemen en deurverklikkers toegepast (figuur 8). In deze locaties kwamen

ook meer individuele vrijheidsbeperkende afspraken met cliënten voor dan in locaties zonder Bopz-aanmerking (figuur 9).

Figuur 7

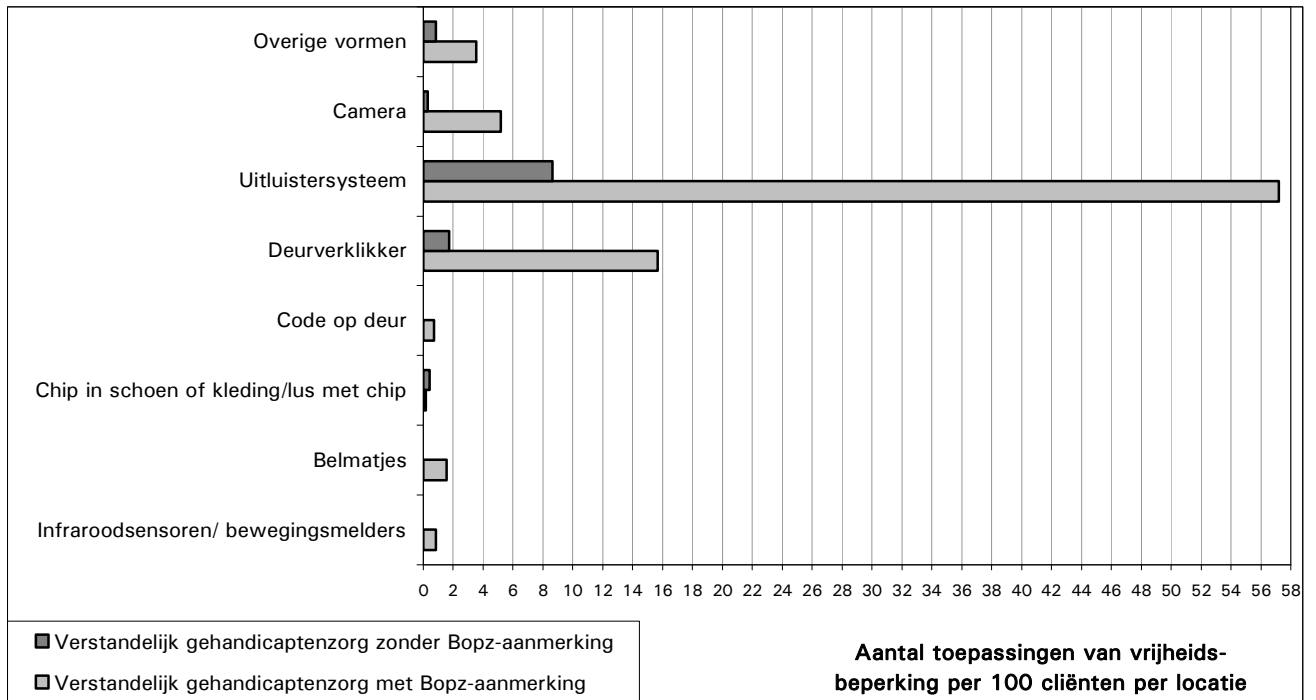
Toepassing vormen van fysieke vrijheidsbeperking als vrijheidsbeperking in de verstandelijk gehandicaptenzorg met en zonder Bopz-aanmerking



Overige vormen van fysieke vrijheidsbeperking zijn fysiek begrenzen/vasthouden, Dreigend en Destructief Gedraghandelingen, lig-ortheses, armkokers, speelbox, matrozenbed, bedscherm van plexiglas op wielen, traphek voor deur, halve deur.

Figuur 8

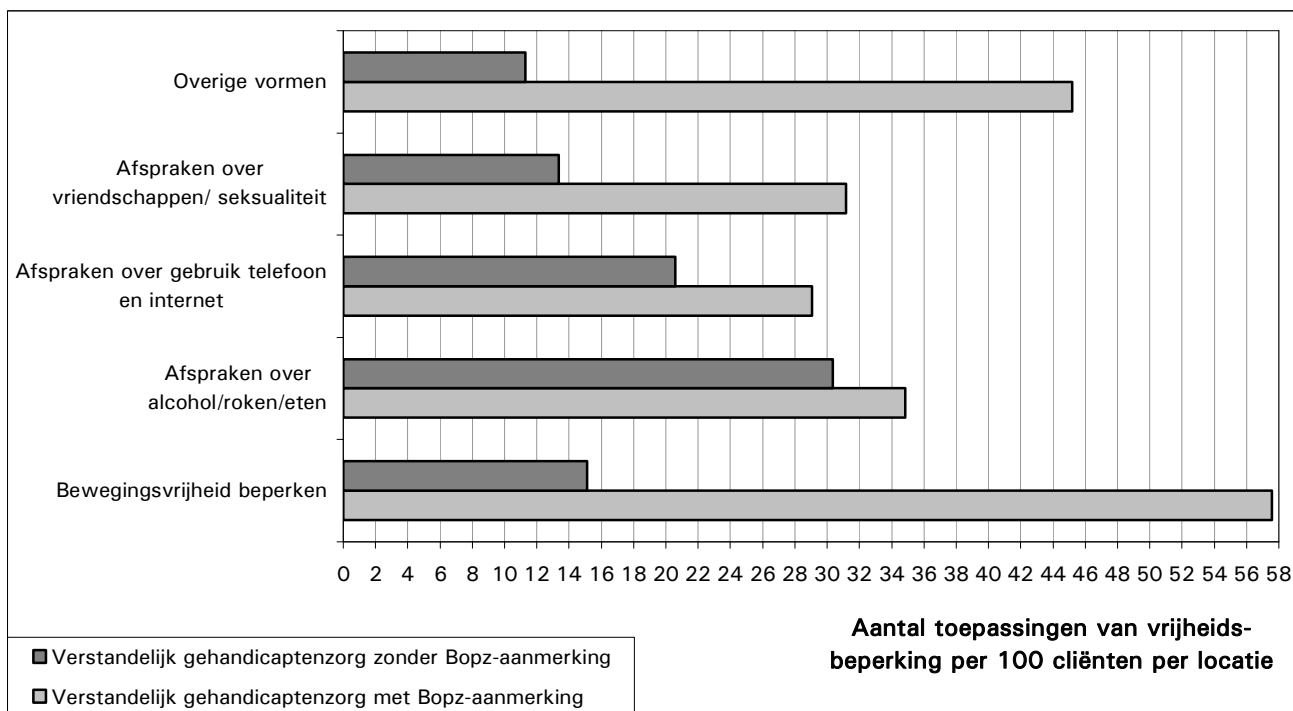
Toepassing vormen van elektronische hulpmiddelen/domotica als vrijheidsbeperking in de verstandelijk gehandicaptenzorg met en zonder Bopz-aanmerking



De overige aangetroffen vormen van domotica waren intercom, de mogelijkheid om stroom uit te schakelen op de kamer, magneetslot op deur.

Figuur 9

Toepassing vormen van individuele afspraken als vrijheidsbeperking in de verstandelijk gehandicaptenzorg met en zonder Bopz-aanmerking



De overige aangetroffen vormen van individuele afspraken waren verplicht douchen, vaste dagstructuur, vaste bedtijden en vaste tijden van opstaan.

3.4 Deskundigheid en accommodatie scoren het slechtst, evenals in de psychogeriatric preventiebeleid

In paragraaf 3.4 tot en met paragraaf 3.12 staan de resultaten rond de zes thema's en het onderwerp accommodatie.

In figuur 10 is een overzicht gegeven van de door de inspectieteams toegekende scores voor de zes thema's en de accommodatie. Voor elk thema konden de inspectieteams een oordeel geven, uitgedrukt in een score: goed, matig of slecht. Deze oordelen zijn voor het grootste deel gebaseerd op de antwoorden die op de verschillende indicatoren per thema gegeven zijn.

De score 'goed' houdt in dat alle of bijna alle indicatoren met betrekking tot dat thema met 'ja' waren beantwoord. De score 'matig' houdt in dat enkele indicatoren met 'nee' waren beantwoord. De score 'slecht' betekent dat alle of bijna alle indicatoren met 'nee' waren beantwoord. Soms is evenwel een hiervan afwijkende score gegeven, namelijk wanneer het inspectieteam uit de samenhang tussen de verschillende indicatoren een tegenstrijdig beeld had gekregen. Dit is in de afzonderlijke rapporten van de onderzochte instellingen steeds aangegeven bij de onderbouwing van de scores. Tijdens het tweede bezoek is ook steeds gecheckt of de resultaten van het inspectieteam overeenstemden met de door de gesprekspartners ervaren werkelijkheid. Dit bleek in ruim 90 procent van de locaties in beide sectoren het geval te zijn.

Figuur 10 geeft een overzicht van de scores voor de zes thema's en het onderwerp accommodatie. In de psychogeriatric scoorden de thema's zorg als proces en communicatie het beste. In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn de thema's communicatie en verantwoording de twee best scorende thema's.

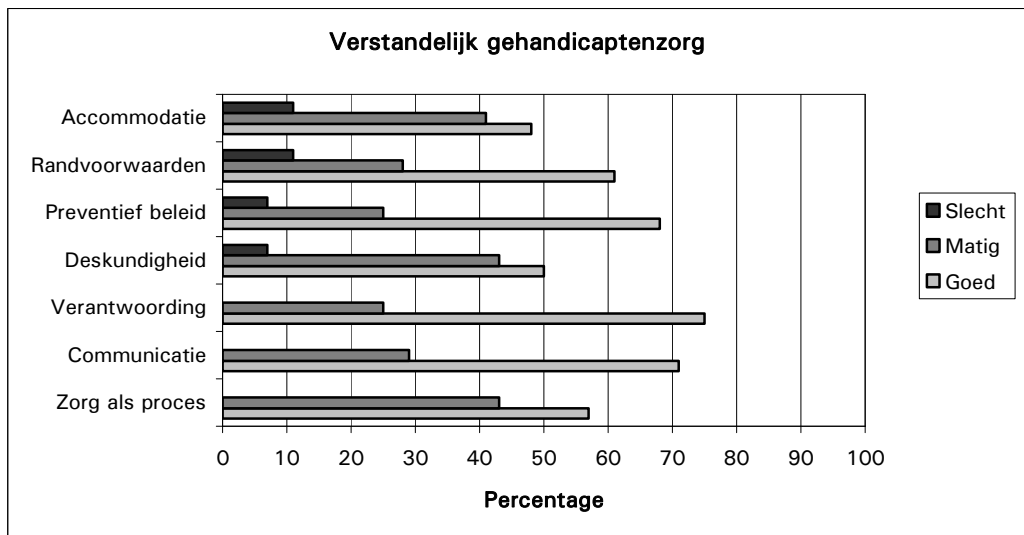
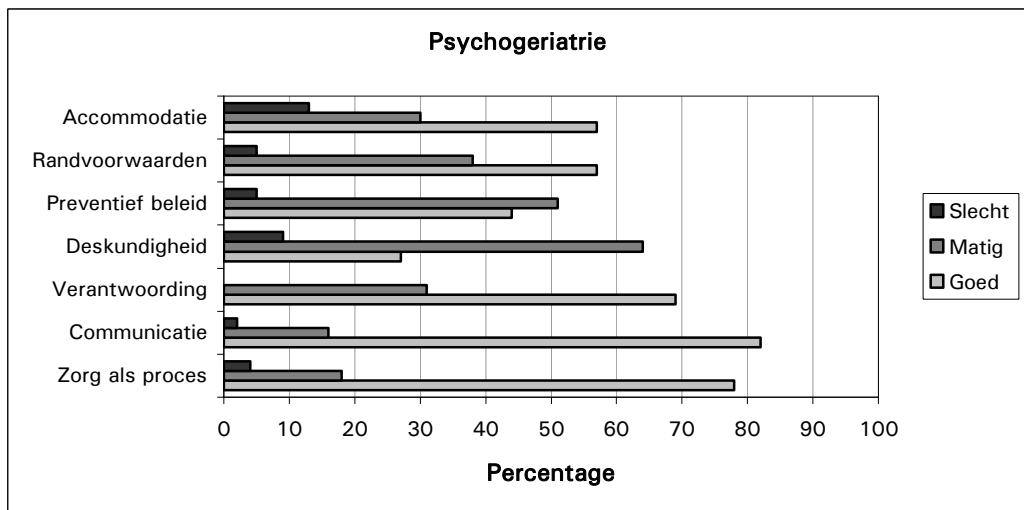
Het thema deskundigheid scoorde het slechtst, zowel in de psychogeriatric als in de verstandelijk gehandicaptenzorg. In de psychogeriatric scoorde 27 procent goed op deskundigheid, voor de verstandelijk gehandicaptenzorg was dit 50 procent. Op het thema preventiebeleid scoorde 44 procent van de locaties in de psychogeriatric goed, in de verstandelijk gehandicaptenzorg 68 procent.

Voor de accommodatie in beide sectoren kregen respectievelijk 57 en 48 procent van de locaties een goede score.

Gemiddeld had 59 procent van de bezochte psychogeriatric locaties en 64 procent van de bezochte verstandelijk gehandicaptenzorg locaties een goede score voor de zes thema's.

Figuur 10

Overzicht scores zes thema's en accommodatie in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg

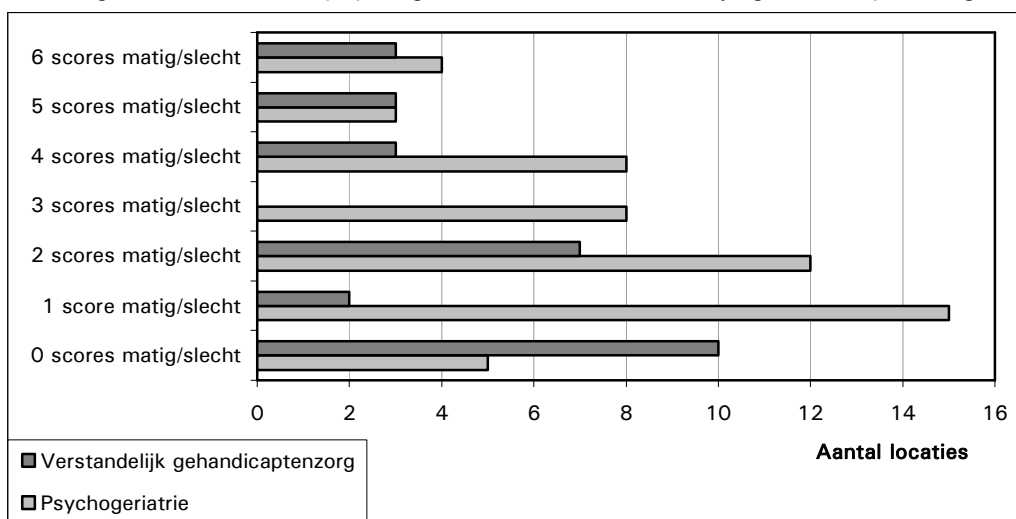


Wanneer de locatie voor één of meer thema's matig of slecht had gescoord, moesten zij een plan van aanpak opstellen. Hierin moet zijn aangegeven welke verbeteracties rond deze thema's worden ingezet en binnen welke termijn de gewenste verbeteringen gerealiseerd zijn. In figuur 11 is te zien hoeveel matige en slechte scores zijn gegeven, dus op hoeveel thema's een plan van aanpak was gevraagd.

Wanneer een locatie voor meer dan twee thema's matig of slecht scoorde, is de aanbeveling gedaan om aan te sluiten bij Zorg voor Beter of bij het netwerk Verantwoorde zorg van ActiZ (dit laatste alleen in de psychogeriatric). Wanneer meer dan drie thema's de score matig of slecht hadden, is dringend aanbevolen aan te sluiten bij het verbetertraject 'Maatregelen op Maat' van Zorg voor Beter.

Figuur 11

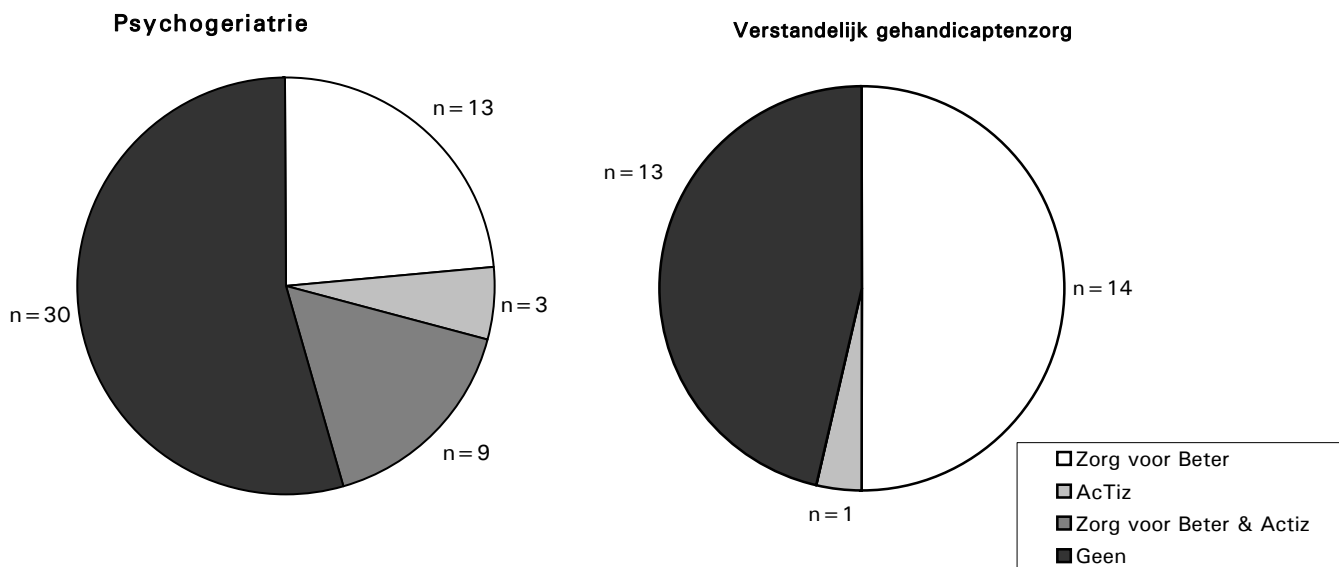
Verdeling van scores in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg



Figuur 12 geeft weer hoeveel locaties de aanbeveling hebben gekregen om ten behoeve van de nodige verbeteringen aan te sluiten bij Zorg voor Beter, bij ActiZ, bij beide of bij geen van beide.

Figuur 12

Advies voor deelname aan Zorg voor Beter traject of Netwerk Verantwoorde Zorg van ActiZ



Drie locaties in de psychogeriatric werden meteen na het onderzoek zeer dringend verzocht direct maatregelen te treffen. Het betrof bedden die deels stuk waren, een onveilige binnentuin (valgevaar), gangen met allerlei hulpmiddelen (valgevaar) en fixatiebanden die niet correct waren aangebracht in stoelen en bedden.

3.5 Zorg als proces: afbouwschema's ontbreken vaak

Normen uit het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid' over zorg als proces

Of het nu gaat om de besluitvorming, de evaluatie of de toekomst van een cliënt: hulpverleners moeten voortdurend stil staan bij de vormen van vrijheidsbeperking die worden toegepast. Vrijheidsbeperking moet in een tijdsperspectief worden geplaatst, wat eens is afgesproken hoeft niet altijd te blijven gelden. Zorg als proces betekent ook dat hulpverleners vooruitkijken, leren van incidenten en nadenken over alternatieven en het afbouwen van vrijheidsbeperking.

In 93 procent van de locaties in de psychogeriatric, respectievelijk 100 procent van de locaties in de gehandicaptenzorg was de multidisciplinaire besluitvorming rond vrijheidsbeperking op orde en ook de regelmaat waarmee vrijheidsbeperkingen werden geëvalueerd in het team en besproken met cliënt en vertegenwoordiger. Incidenten waar vrijheidsbeperking aan te pas kwamen, werden regelmatig besproken om van te leren.

78 procent van de locaties in de psychogeriatric en 57 procent in de verstandelijk gehandicaptenzorg heeft een goede score gekregen voor dit thema.

In de psychogeriatric hanteerde men in 65 procent van de locaties een vaste wijze van besluitvorming over collectieve vrijheidsbeperkingen, zoals het afsluiten van de kamers, het gebruik van deurverklikkers of een uitluistersysteem^[14]. In de verstandelijk gehandicaptenzorg was dit in 79 procent van de locaties het geval.

In individuele zorgdossiers was vaak niet terug te vinden dat er gewerkt werd met afbouwschema's voor het verantwoord afbouwen van vrijheidsbeperkingen. In de psychogeriatric was dit in 36 procent van de locaties wel het geval en in de gehandicaptenzorg in de helft van de locaties.

3.6 Communicatie onvoldoende vastgelegd

Normen uit het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid' over communicatie

Communicatie betekent communiceren over vrijheidsbeperking, waaronder toepassingen en alternatieven, met alle betrokken partijen (teamleden en (externe) deskundigen), luisteren naar cliënten en hun vertegenwoordigers en ook het observeren en interpreteren van verzet van een cliënt.

Vrijheidsbeperkingen en alternatieven hiervoor werden weliswaar regelmatig besproken in het team, maar in respectievelijk 56 procent van de locaties in de psychogeriatric en 53 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg was deze bespreking terug te vinden in individuele zorgdossiers.

Het thema verzet werd vaker door het team en de arts of de gedragskundige besproken: in de psychogeriatric werd dit in 85 procent van de locaties besproken

[14] Het gaat hier om vormen van vrijheidsbeperking die gelden voor een hele groep cliënten, bijvoorbeeld om te verhinderen dat zij de afdeling kunnen verlaten.

en in de verstandelijk gehandicaptenzorg in 96 procent van de locaties. Het kwam voor dat het thema verzet binnen een locatie alleen werd besproken naar aanleiding van incidenten. In enkele locaties was verzet nauwelijks een onderwerp van gesprek.

In veel locaties was ruim aandacht voor communicatie met cliënten en hun familie of vertegenwoordigers; de toepassing van vrijheidsbeperking werd in 96 procent van de locaties in de psychogeriatric en 89 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg regelmatig met de cliënt of cliëntvertegenwoordiger besproken. In de psychogeriatric was in 38 procent van de bezochte locaties in individuele zorgdossiers niet terug te vinden dat er met cliënten of vertegenwoordigers werd gesproken over alternatieven. In de verstandelijk gehandicaptenzorg was dit in de helft van de locaties niet terug te vinden in de dossiers.

In een aantal locaties was aangegeven dat het standpunt van familie of vertegenwoordiger met betrekking tot het toepassen van een vrijheidsbeperking een knelpunt kon zijn voor het terugdringen ervan of het toepassen van alternatieven. Soms werd een dergelijke vrijheidsbeperking, bijvoorbeeld fixatie met een onrustband, juist gevraagd door de familie omdat vrijheidsbeperking volgens hen meer veiligheid opleverde voor de cliënt. Het was voor een afdelingsteam dan soms moeilijk om met de familie tot overeenstemming te komen over het niet starten dan wel afbouwen van de vrijheidsbeperking.

3.7 Verantwoording veelal goed op orde

Normen uit het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid' over verantwoording

Elke vorm van vrijheidsbeperking moet verantwoord worden naar alle betrokken partijen en vastgelegd worden in het zorgplan of in het dossier. Het uitgangspunt is dat hulpverleners terughoudend moeten zijn als het vrijheidsbeperking betreft en bewust moeten nadenken over de doelen en beoogde effecten, voordat zij besluiten om vrijheidsbeperking toe te passen. Elke maatregel moet voldoen aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Verantwoording betekent ook dat de locatie een open cultuur kent als het gaat om het aanspreken van collega's. De vraag 'Waarom pas jij deze maatregel toe?' zou dan bijvoorbeeld tussen collega's besproken moeten worden.

In 91 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatric en 89 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg was er voldoende bewustzijn over het feit dat toegepaste vrijheidsbeperkingen moeten voldoen aan de eisen van subsidiariteit (de vrijheidsbeperking is het minst ingrijpende alternatief), proportionaliteit (redelijke verhouding tussen vrijheidsbeperking en het doel dat de hulpverlener voor ogen heeft) en doelmatigheid (de maatregel moet wel geschikt zijn voor het beoogde doel).

In respectievelijk 87 en 89 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg waren de redenen voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen expliciet vermeld in de zorgdossiers.

In respectievelijk 76 en 79 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg werd regelmatig verantwoording afgelegd aan de directeur of Bopz-arts over vrijheidsbeperkingen en het terugdringen ervan. Binnen de meeste locaties was de verantwoordelijkheidstoedeling goed geregeld en was voor de

medewerkers duidelijk wie verantwoordelijk is voor vrijheidsbeperking. In de meeste locaties was dat de arts.

In alle bezochte locaties is aangegeven dat er een open cultuur heerst rondom het thema vrijheidsbeperking. Er kon binnen het team vrijuit gepraat worden over zaken met betrekking tot vrijheidsbeperking en mogelijkheden voor het toepassen van eventuele alternatieven.

3.8 Deskundigheid vooral in de psychogeriatricie nauwelijks op peil gehouden

Normen uit het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid' over deskundigheid

Deskundigheid ligt aan de basis van de andere thema's; zonder deskundig te zijn kunnen medewerkers niet goed communiceren over vrijheidsbeperking en bewust omgaan met vrijheidsbeperking en het aantal toepassingen terugdringen. Deskundig personeel is in staat om de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die door de instelling aan de functie(s) worden gesteld, is waar nodig bekwaam en bevoegd om vrijheidsbeperking uit te oefenen, heeft inzicht in de risico's die samenhangen met het toepassen van vrijheidsbeperking en is op de hoogte van mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperking. Deskundigheid zowel qua opleiding, scholing en ervaring, als qua attitude en bejegening wordt op peil gehouden door regelmatig bij het thema vrijheidsbeperking stil te staan door middel van intervisie en reflectie. De organisatie schept hiertoe de voorwaarden.

Het thema deskundigheid scoorde zowel in de psychogeriatricie als in de verstandelijk gehandicaptenzorg het slechtst. Zoals in figuur 10 is te zien, scoorde 27 procent van de locaties in de psychogeriatricie goed op het thema deskundigheid, voor de verstandelijk gehandicaptenzorg was dit 50 procent.

Wel werd in 73 procent van de locaties in de psychogeriatricie en in 86 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg aangegeven dat het verzorgend en verpleegkundig personeel voldoende deskundig was om vrijheidsbeperkingen af te bouwen en alternatieven toe te passen. Ook werd in 86 procent van de locaties in de psychogeriatricie en 93 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg gebruik gemaakt van de deskundigheid van een psycholoog, gedragsdeskundige, fysiotherapeut of ergotherapeut. De expertise van deze deskundigen werd gevraagd wanneer zich bijzonder moeilijke problematiek voordeed in een locatie, voor een specifieke casus of voor het geven van klinische lessen. In 69 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatricie en 78 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg vond kennisuitwisseling over vrijheidsbeperking plaats met andere instellingen.

De (bij)scholing was in veel locaties onvoldoende uitgewerkt of vormde geen onderdeel van een scholingsplan met een verplichtend karakter.

Regelmatige bijscholing over alternatieven voor vrijheidsbeperking vond in 31 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatricie en 18 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg plaats.

Regelmatige bijscholing over valpreventie was in respectievelijk 31 procent (psychogeriatricie) en 28 procent (verstandelijk gehandicaptenzorg) van de locaties goed geregeld. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat valpreventie in locaties met jongere bewoners in de verstandelijk gehandicaptenzorg vaak niet van toepassing was.

Aan bijscholing over omgaan met agressie of moeilijk gedrag werd in 58 procent van de locaties in de psychogeriatric en 71 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg structureel aandacht besteed.

In veel locaties (respectievelijk 85 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatric en 86 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg) probeerden medewerkers wel creatieve oplossingen te zoeken voor agressieve of gedragsmoeilijke cliënten. In een deel van de locaties was agressie overigens nog nooit voorgekomen.

In een aantal locaties werd tijdens het onaangekondigde inspectiebezoek door medewerkers zelf aangegeven dat het gebrek aan deskundigheid van het personeel op het gebied van vrijheidsbeperking een knelpunt was bij het terugdringen ervan en bij het toepassen van geschikte alternatieven.

In individuele zorgdossiers was lang niet altijd terug te vinden dat er een risicotaxatie was gemaakt: dit was het geval bij 33 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatric en bij 57 procent in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Bij sommige cliënten werd een bewuste keuze gemaakt tussen het risico van bijvoorbeeld vallen en het risico van fixatie, waarbij de kwaliteit van leven van de cliënt het uitgangspunt was. Andere locaties maakten geen gebruik van risicotaxaties of signaleringsplannen, onder andere werd als reden genoemd dat de meeste cliënten al jaren zijn opgenomen.

Meer aandacht was er voor reflectie en intervisie door teamleden: in respectievelijk 69 en 82 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg werd daar regelmatig tijd voor ingeruimd.

3.9 Preventiebeleid in de verstandelijk gehandicaptenzorg beter ontwikkeld dan in de psychogeriatric

Normen uit het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid' over preventiebeleid

Vrijheidsbeperking moet een ultimum remedium zijn. Veel vormen van vrijheidsbeperking zijn te voorkomen door een goed preventief beleid bestaande uit een visie op vrijheidsbeperking, signaleringsplannen, risicotaxatie en oog te hebben voor grenzen van zorg en te leren van incidenten.

Het thema preventiebeleid scoorde in de verstandelijk gehandicaptenzorg aanmerkelijk beter dan in de psychogeriatric. Figuur 10 laat zien dat in de psychogeriatric 44 procent van de locaties goed scoorde en 51 procent matig, terwijl dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg respectievelijk 68 en 25 procent was.

In 73 procent van de locaties in de psychogeriatric en in alle 28 locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg was in de individuele zorgdossiers terug te vinden dat er werd gewerkt vanuit het levensverhaal of het persoonsbeeld van cliënten. In een deel van de instellingen werd dit door de familie uitgewerkt.

Het zoeken naar geschikte alternatieven voor vrijheidsbeperking maakte in de psychogeriatric in 62 procent van de locaties onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid en in de verstandelijk gehandicaptenzorg in 82 procent van de locaties.

De samenstelling van de groepen, afdelingen en woningen gebeurde in 60 procent van de locaties in de psychogeriatric en in 96 procent van de locaties in de verstandelijk

gehandicaptenzorg op basis van een bepaald plaatsingsbeleid. Hierbij ging het bijvoorbeeld om crisisplaatsen of om cliënten met extreem moeilijk gedrag, die in de ene groep absoluut niet op hun plek zouden zijn en in de andere groep juist goed zouden passen.

In 31 procent van de locaties in de psychogeriatric en 25 procent van de locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg was de cultuur gericht op het onder controle houden van probleemgedrag. Dit in plaats van het zoeken naar alternatieven voor vrijheidsbeperking en uitgaan van de individuele behoeften van de cliënten. Incidenten waar vrijheidsbeperkingen aan te pas zijn gekomen, werden in de verstandelijk gehandicaptenzorg in alle locaties en in de psychogeriatric in veel locaties (89 procent) besproken om van te leren.

3.10 Randvoorwaarden niet overal vervuld

Normen uit het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid' over randvoorwaarden

Om goede zorg en goed hulpverlenerschap te kunnen garanderen, zijn ook goede randvoorwaarden nodig. De personele bezetting moet op orde zijn, de omgeving van de cliënt moet gericht zijn op het terugdringen van vrijheidsbeperking en ook regelmatige scholing draagt bij aan goede kwaliteit van zorg. Verder is een eenduidige visie op vrijheidsbeperking en betrokkenheid van het management (personeel voelt zich gesteund) essentieel. Tenslotte hebben begeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen een signaalfunctie als de randvoorwaarden niet goed zijn.

De continuïteit van zorg in de teams was een belangrijk thema voor het management: in 91 procent van de locaties in de psychogeriatric en in alle locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Er werd veel waarde gehecht aan een vast team met weinig verloop omdat het rust geeft aan de cliënten. Naast de inzet van het vaste personeel werd in sommige locaties ook gebruikgemaakt van een vast vrijwilligersbestand of inzet van familieleden. Er was niet in alle locaties voldoende continuïteit van zorg, bijvoorbeeld tijdens de nachtdienst, weekenden en vakantieperiodes. Een aantal medewerkers gaf aan dat als er meer personeel zou zijn geweest er minder vrijheidsbeperkingen toegepast zouden hoeven worden.

In de verstandelijk gehandicaptenzorg hebben alle locaties aangegeven een visie op vrijheidsbeperking en een visie op zorg te hebben, voor de psychogeriatric is dit respectievelijk 78 en 94 procent van de locaties.

De visie op vrijheidsbeperking bleek gericht te zijn op terughoudendheid bij het toepassen van vrijheidsbeperking en indien vrijheidsbeperking wel noodzakelijk werd geacht, gericht op de minst ingrijpende maatregel. Bij een aantal instellingen hanteerde men een non-fixatiebeleid.

De visie op zorg ging vooral over belevingsgerichte zorg, waarbij kwaliteit van leven als uitgangspunt werd gebruikt. Dit droeg eraan bij dat het gebruik van ingrijpende (fysieke) vrijheidsbeperkingen werd voorkomen. Vaak bleek de visie op zorg echter niet expliciet of niet voldoende uitgewerkt te zijn en (daardoor) ook niet altijd bekend bij de medewerkers.

Het grootste deel van het management in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg (respectievelijk 91 en 93 procent) toonde zich betrokken bij het thema vrijheidsbeperking en stelde zich steunend op naar het personeel. Niet altijd

werd deze betrokkenheid door de medewerkers zo ervaren; zij voelden zich op dit gebied niet altijd gesteund door het management.

In de psychogeriatric beschikte 57 procent en in de verstandelijk gehandicaptenzorg 68 procent over (een) aandachtsfunctionaris(sen) of een commissie die actief was met betrekking tot het terugdringen van vrijheidsbeperkingen.

3.11 Accommodatie van te veel locaties ongeschikt

Van de bezochte locaties beschikte 57 procent in de psychogeriatric en 48 procent in de verstandelijk gehandicaptenzorg over een accommodatie die op positieve wijze bij kan dragen aan het terugdringen van vrijheidsbeperking. Deze locaties werden als 'goed' beoordeeld (figuur 10).

Het waren vaak de relatief nieuwe locaties met ruime en overzichtelijk opgezette afdelingen of woningen en voldoende mogelijkheden om rond te lopen en naar buiten te kunnen. In deze voorzieningen hadden de cliënten nagenoeg allen een eigen kamer.

Figuur 13 geeft een beeld van de accommodatie in de bezochte locaties. Hieruit blijkt dat 81 procent van de locaties voor psychogeriatric cliënten over ruime gangen beschikte en 74 procent over een ruime huiskamer. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg gold dit voor respectievelijk 68 en 86 procent van de locaties.

In 65 procent van de locaties in de psychogeriatric was een loopcircuit aanwezig. De kwaliteit van de loopcircuits was verschillend. Het varieerde van ruime loopcircuits met uitzicht of met een open verbinding naar buiten, tot kleine donkere loopcircuits met veel obstakels zoals rolstoelen.

Niet alle accommodaties hadden een buitenruimte of tuin. In 34 procent van de locaties in de psychogeriatric en 20 procent in de gehandicaptenzorg hadden de cliënten geen toegang tot een buitenruimte of tuin en in 13 procent van de locaties in de psychogeriatric kwam onvoldoende daglicht naar binnen.

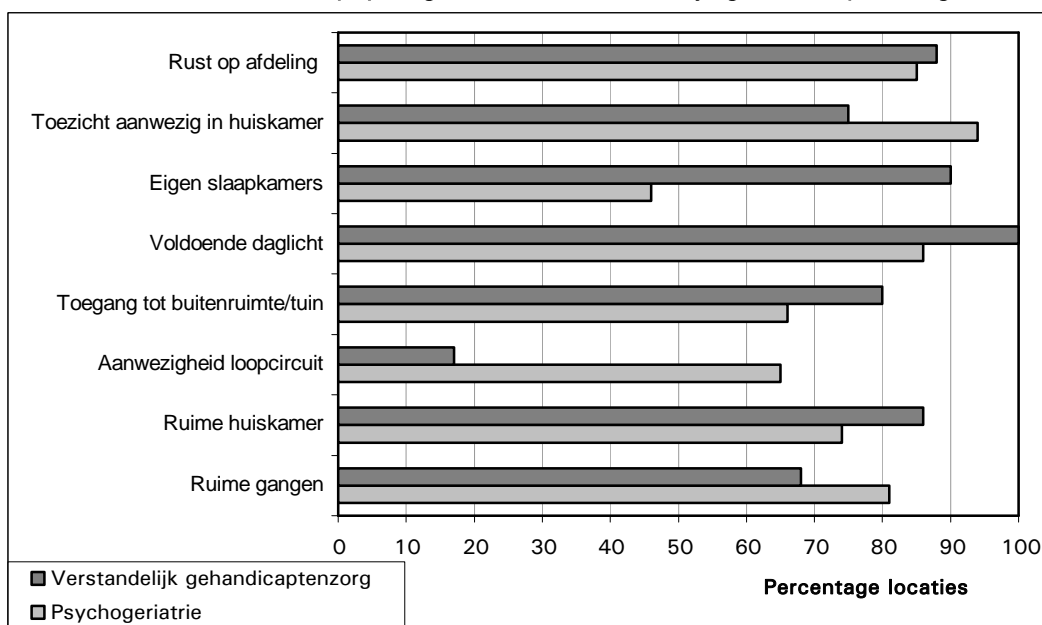
46 procent van de cliënten in de psychogeriatric en 90 procent in de verstandelijk gehandicaptenzorg had de beschikking over een eigen slaapkamer of appartement. Overigens hebben niet alle cliënten de behoefte om een eigen slaapkamer te hebben; sommigen vinden het juist prettiger om een kamer te delen om zich minder eenzaam te voelen.

In 94 procent van de bezochte locaties in de psychogeriatric was toezicht aanwezig in de huiskamer(s). Voor de gehandicaptenzorg was dit in 75 procent het geval. Hierbij dient vermeld te worden dat in de gehandicaptenzorg niet overal meer huiskamers zijn, omdat er een ontwikkeling gaande is naar persoonsgericht werken in plaats van groepsgericht.

In 65 procent van de locaties in de psychogeriatric en 88 procent van de verstandelijk gehandicaptenzorg heerste een prettige sfeer van gezelligheid en huiselijkheid. In de accommodaties waar matig of slecht werd gescoord op sfeer, heerste een meer klinische sfeer of klonk te luide, niet aan de doelgroep aangepaste, muziek.

Voor een aantal minder geschikte accommodaties bestonden nieuwbouwplannen.

Figuur 13

Kenmerken accommodaties psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg

3.12 Verstandelijk gehandicaptenzorg: locaties zonder Bopz-aanmerking relatief beter op orde dan locaties met Bopz-aanmerking

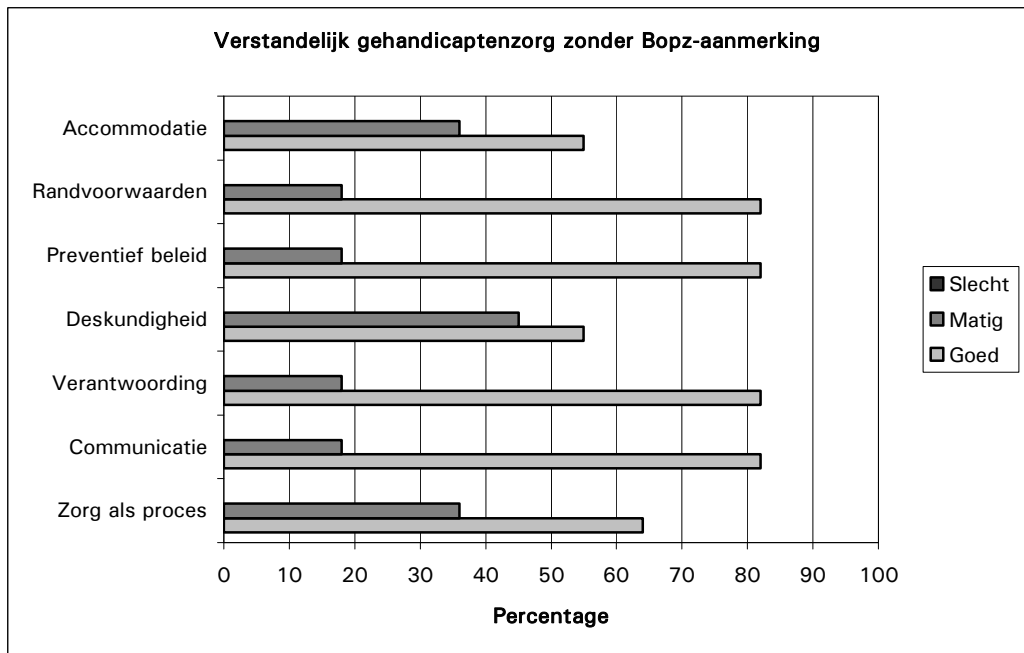
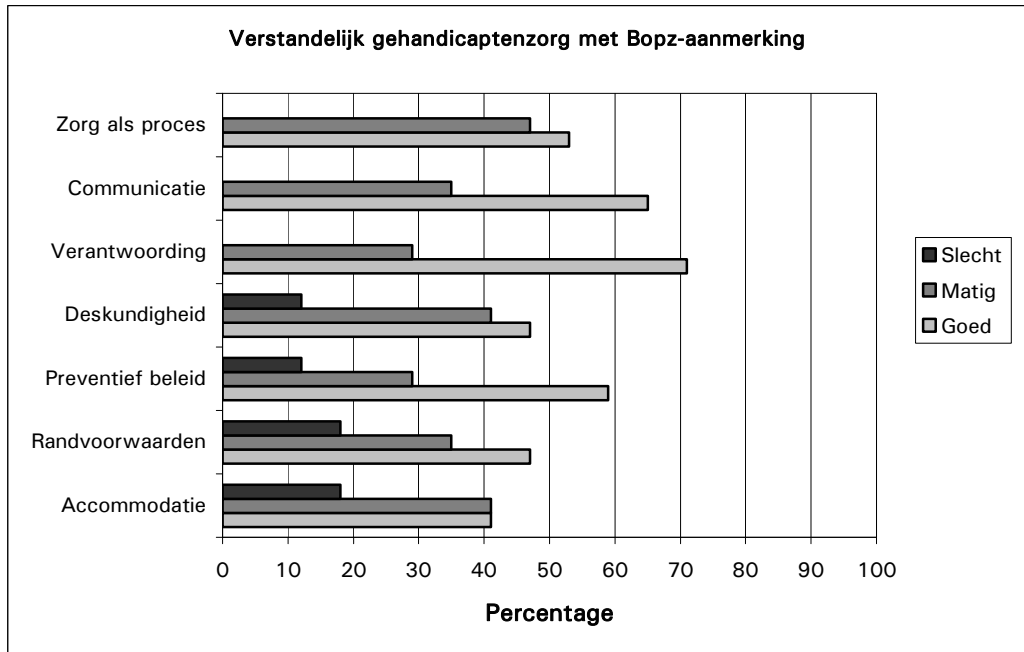
In figuur 14 is een overzicht weergegeven van de door de inspectieteams toegekende scores voor zowel de zes thema's als de accommodatie in de verstandelijk gehandicaptenzorg, uitgesplitst naar locaties met en locaties zonder Bopz-aanmerking. De locaties zonder Bopz-aanmerking scoorden voor alle thema's beter dan de instellingen met een Bopz-aanmerking. Gemiddeld heeft 57 procent van de locaties met een Bopz-aanmerking en 74 procent van de instellingen zonder Bopz-aanmerking de score 'goed' gekregen voor de zes thema's.

In de locaties met een Bopz-aanmerking scoorden de thema's deskundigheid en randvoorwaarden het slechtst; in de locaties zonder aanmerking waren dat de thema's zorg als proces en deskundigheid.

Voor de accommodatie had slechts 41 procent van de locaties met een Bopz-aanmerking een goede score gekregen en van de locaties zonder een Bopz-aanmerking bijna 55 procent.

Figuur 14

Overzicht scores zes thema's en accommodatie verstandelijk gehandicaptenzorg met en zonder Bopz-aanmerking



4 Goede voorbeelden van preventie en minder ingrijpende vrijheidsbeperking

Dit hoofdstuk is een weergave van de goede voorbeelden die de inspectieteams tijdens de bezoeken hebben aangetroffen. Het gaat om voorbeelden van beleidsmatige, organisatorische, bouwkundige of praktische aard die bijdragen aan minder of minder ingrijpende vrijheidsbeperkingen, of vrijheidsbeperking voorkomen.

4.1 Meer dan helft bezochte locaties heeft goede voorbeelden

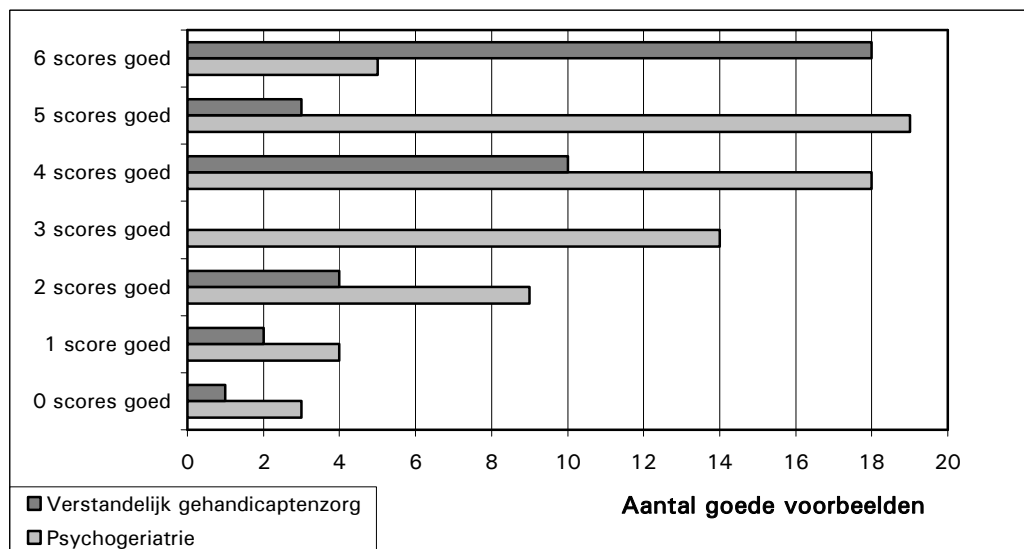
Goede voorbeelden zijn in het toetsingskader van dit onderzoek gedefinieerd als interventies die vernieuwend zijn en die een kwalitatief goed gebruik van vrijheidsbeperking bevorderen. Veel goede voorbeelden voldeden niet helemaal aan deze definitie, omdat ze niet voldoende innoverend waren. Omdat tijdens de bezoeken bleek dat alternatieven die voor medewerkers van de ene locatie vanzelfsprekend waren, onbekend waren in andere locaties, zijn ook de minder innoverende voorbeelden in de volgende paragraaf opgenomen.

De inspectieteams hadden bij 55 procent van de locaties in de psychogeriatric één of meer goede voorbeelden ingevuld. Bij de bezochte locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg lag dat hoger, namelijk bij 68 procent. Het ging om goede voorbeelden die door het management van een instelling werden uitgedragen, of om voorwerpen of benaderingswijzen die op een afdeling of woning, of voor één bepaalde cliënt werden gebruikt.

In figuur 15 is te zien hoe de goede voorbeelden zijn verdeeld over locaties met meer en met minder goede scores. Locaties met meer goede scores hadden verhoudingsgewijs vaker goede voorbeelden ontwikkeld dan locaties met minder goede scores.

Figuur 15

Verdeling goede voorbeelden over locaties met meer en minder goede scores in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg



4.2 Goede voorbeelden: preventiebeleid

Goede voorbeelden zijn vaak ontwikkeld op het terrein van preventie. Veel vormen van vrijheidsbeperking zijn te voorkomen door een goed preventiebeleid of door een zeer uitgesproken visie dat een eventuele vrijheidsbeperking zoveel mogelijk moet bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Ook verschillende benaderingswijzen die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van vrijheidsbeperking zijn genoemd: de invoering van het concept belevingsgerichte zorg, het zoveel mogelijk leveren van zorg op maat en het consequent werken op basis van het levensverhaal of persoonsbeeld van de cliënt door tijdens elk opnamegesprek met cliënt en zijn familie hier al systematisch aandacht aan te besteden.

Een ander goed voorbeeld was de zorgvuldige en terughoudende toepassing van vrijheidsbeperking zoals bleek uit een uitspraak: "Een cliënt in zijn vrijheid beperken kan altijd nog". Bij opname van de cliënt werd de vrijheidsbeperking niet automatisch overgenomen.

Tevens zijn er goede voorbeelden geconstateerd rond de registratie van vrijheidsbeperking, met de bedoeling dat dit bijdraagt aan het terugdringen ervan. De toepassing van vrijheidsbeperking werd bijvoorbeeld vastgelegd op een speciaal registratieformulier waarbij de medewerker systematisch moet aangeven welke alternatieven zijn overwogen en uitgeprobeerd. Ook zijn observatielijsten gesignaleerd voor het bijhouden en evalueren van agressie.

4.3 Goede voorbeelden: accommodatie en inrichting

Goede voorbeelden zijn ook aangetroffen in de bouwkundige opzet van locaties, zoals situering van de psychogeriatrische afdeling op de begane grond, een groot loopcircuit in open verbinding met de buitenlucht of met uitzicht naar buiten, een toegankelijke binnentuin, een buitentuin of wintertuin met afwisseling en rustmogelijkheden, allerlei kleinschalige woonprojecten waardoor bewoners zich eerder thuis voelen. Maar ook kleine aanpassingen van de woonomgeving zijn aangetroffen, zoals twee groeps-huiskamers waarvan één met minder meubelen voor cliënten die onrustig worden van teveel grote obstakels om hen heen, verzorgde en gezellige huiskamers met verschillende zitjes, een leefomgeving waarin iedereen een eigen veilige plek heeft (spiegel, schommelstoel, snoezelkussen, prikkelarme ruimte), gewoon meubilair in plaats van instellingsmeubilair, speciale relaxstoelen in de huiskamer voor rustmomenten, eigen meubels op de kamer, eigen radio op de kamer, een traphekje of halve deur voor de slaapkamer dat ongewenst bezoek van medecliënten voorkomt, zonder dat de deur op slot hoeft, snoezelruimtes en allerlei snoezelmateriaal, dieren op de afdeling, een dier-o-theek, veel groen en een grote speelruimte buiten met speelattributen.

In beide sectoren werden verschillende vormen van domotica ingezet als minder ingrijpend alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen zoals fixatie: bijvoorbeeld een bewegingsmelder in de slaapkamer, een belmatje in bed of een chip in een schoen.

Ook zijn er voorbeelden aangetroffen die voor een individuele bewoner dusdanig preventief werken dat vrijheidsbeperking niet of in mindere mate noodzakelijk is, bijvoorbeeld een matras op de grond, of een bed dat in totale laagstand gezet kan worden met een belmatje ernaast zodat de bewoner 's nachts niet meer in een Zweedse band gelegd hoeft te worden. Andere voorbeelden zijn een korrelstoel, een duofiets, een optiseat kussen, een PDL-steun (Passiviteiten Dagelijks Leven) in plaats

van fixatiebanden, een swash haircap, een box-bed en plakplastic tegen het raam van een cliënt, zodat deze naar behoefte naakt kan rondlopen zonder dat het verboden hoeft te worden omdat de overburen er last van hebben.^[15]

4.4 Goede voorbeelden: begeleiding en organisatie

Tenslotte zijn de inspectieteams praktische alternatieven tegengekomen die bedoeld zijn om escalatie van probleemgedrag door onrust of juist verveling te voorkómen, zodat vrijheidsbeperking niet hoeft te worden toegepast. Voorbeelden in de begeleiding van cliënten waren: afleiden, gaan wandelen of de cliënt meenemen naar verpleegpost of kantoor. Een ander voorbeeld was een waaier die bestemd is voor de verzorging, met daarop gedragswijzen en benaderingswijze voor eenduidige benadering. In sommige locaties werd gewerkt met een PDL-zorgbenadering (Passiviteiten Dagelijks Leven), of kreeg verzorgend personeel regelmatig terugkerende omgangsbesprekingen met een psycholoog. Op het gebied van organisatie waren voorbeelden: aanpassen van werktijden van de activiteitenbegeleiding (tot 20.00 of 21.00 uur), aanpassen van eettijden zodat cliënten minder onrustig worden, eten in twee groepen of het gebruik van een bordje 'niet storen, wij zijn aan het eten' bij een huiskamer om prikkels te verminderen en rust te creëren.

[15] Zie bijlage 2 voor extra toelichting en andere goede voorbeelden.

5 Summary

There is widespread use of restrictive measures in residential facilities for the mentally disabled and elderly patients with dementia. The Health Care Inspectorate has received an increasing number of reports relating to incidents, some with fatal consequences, involving the use of physical restraints. The Inspectorate therefore decided to investigate the nature and extent of restrictive measures, and the factors which can prompt a reduction in their use. A prior study conducted by the Inspectorate ^[1] and the existing literature suggests that the use of restrictive measures can be significantly reduced, and that far less drastic alternatives are available.

This study was intended to identify means of reducing the use of restrictive measures in the two sectors, and to encourage the use of less drastic alternatives. The Inspectorate visited 55 institutes caring for psychogeriatric patients ^[2] and 31 caring for the mentally disabled. These locations were selected further to their previous record for the use of restrictive measures, as noted during regular supervision visits. One quarter had achieved a satisfactory rating, one quarter were found to be wholly unsatisfactory, while the remainder warranted some further attention and improvement.

Based on interviews, observation and the results of the assessment framework developed specifically for this study, the Inspectorate determined which restrictive measures are in use, and what factors will influence a reduction in their use (to be replaced by less drastic measures, if indeed any form of restriction is necessary at all). Examples of good practice in the use of preventive and alternative measures were also collected, and are presented in the appendix to the full report (of which this document forms a summary).

The study considered all measures which limit the freedom of the patient, whether physical restraints, psychopharmaceuticals (medication intended to influence behaviour), individual agreements regarding matters such as alcohol consumption, or restrictions with regard to the way in which a person or group can spend their leisure time. The scope of the report is therefore broader than that of the *Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen* ('Special Admissions to Psychiatric Hospitals Act') which is concerned with the more radical forms of physical restriction and coercion. The Act classifies measures such as physical restraint, segregation or the forced administration of medication as an *ultimum remedium* ('last resort').

The main conclusion of the report confirms the findings of previous studies, *viz.* restrictive measures are applied more frequently than necessary. In particular, patients with dementia are frequently subjected to physical restraint. In the case of institutes caring for the mentally disabled, the most common restrictive measure is an individual agreement limiting the patient's movements. There is significant use of psychopharmaceuticals. During visits to locations in both sectors, an average of thirty per cent of patients were found to have been administered such medication.

In general, those locations which achieve a good overall assessment apply fewer restrictive measures than comparable institutes. The main factors in being able to avoid excessive use of restrictive measures are the availability of well-trained, qualified staff,

[1] *De zorg voor de uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht.* ('Greater attention must be devoted to the observance of the Bopz Act'). IGZ, 2004

[2] Patients with an age-related mental impairment, e.g. senile dementia.

a good prevention policy, and spacious, modern accommodation. Maintaining an appropriate level of staff expertise is the most significant problem in both psychogeriatric care and residential facilities for the mentally disabled. The psychogeriatric sector in particular devotes too little attention to implementing an effective prevention policy; much can be learned from the 'early warning signs' plans which are now commonplace in the care for the mentally disabled.

Approximately half of the institutions visited have outdated accommodation which does little to encourage any reduction in the use of restrictive measures. In the majority of locations, the care procedures, communication and accountability for the use of such measures were nevertheless found to be satisfactory.

One of the main conclusions of this study is that many staff are not adequately aware of what restrictive measures entail, and of the risks and consequences for their patients. Some measures are now so much a part of daily routine, or have been applied to a particular patient for so long, that no further thought is given to alternatives or to any structured reduction in their use. Appropriate training would do much to raise awareness and increase knowledge of the alternatives available. It is also extremely important that individual patient care plans report and justify the use of any restrictive measures. As minimum requirement, the plans should include a full risk assessment. A good patient care plan will also record the consideration of alternatives, together with proposals for a phased reduction in the use of any measures currently applied.

Based on the findings of this study, the Inspectorate has drafted an outline enforcement plan. A significant reduction in the use of restrictive measures is to be pursued in close cooperation with the field itself. The Inspectorate intends to play an active role in this process, providing the necessary encouragement. One of the objectives of the enforcement plan is to bring about a reduction in the use of physical restraints such as the 'Swedish belt', no later than 2011. This reduction is to be pursued in a responsible manner. The use of restrictive measures of all kinds must also be significantly and quantifiably reduced.

Literatuuroverzicht

- ActiZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, NVVA, Sting, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland (2007). Toetsingskader verantwoorde zorg, een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg.
- ActiZ, vereniging van zorgondernemers. In afstemming en samenwerking met LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, NVVA, Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters (2007), Sting, Landelijke beroepsvereniging Verzorging en Zorgprojecten, V&VN, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Programma Veiligheid Verpleging Verzorging Thuiszorg, Plan van Aanpak 2008 en verder.
- Abma, T.A., Curfs, L.M.G., Frederiks, B.J.M., Hooren, R.H. van, Widdershoven, G.A.M., Wijmen, F.C.B. van (2006). Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Universiteit Maastricht.
- Arcares, (2004) Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleeg- en verzorgingshuis.
- Arends, L.A.P., Blankman K. en B.J.M. Frederiks, Evaluatie Wet Bopz, Deelonderzoek 10-3: Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector, Den Haag: ZonMw 2002
- Bussemaker, J., Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Veiligheid in de langdurige zorg en GGZ, Den Haag
- Bussemaker, J., Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Verbeterplan kwaliteit gehandicaptenzorg, Den Haag
- Bussemaker, J., Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, bijlage bij Verbeterplan kwaliteit gehandicaptenzorg.
- Klink, A., Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en J. Bussemaker, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Brief fixatie en separatie, kenmerk (CZ/CGG-2881610).
- Dielis-van Houts, A., Lendemeijer, B.H.G.M., Hamers, J.P.H. (2005). Op zoek naar een balans tussen veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking. Een literatuuronderzoek naar het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg voor ouderen in ziekenhuizen en verpleeghuizen.
- Frederiks, B.J.M. (2004). De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap. Van beperking naar ontplooiing (diss.), Den Haag: Sdu Uitgevers
- GGZ Nederland, Brancheorganisatie voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg (2007). Patiëntveiligheidsprogramma, Sector Geestelijke Gezondheidszorg, Contouren programma 2008 – 2011.
- Henskens, R. (2006). Inventarisatie van goede praktijken in de langdurige gesloten zorg. Trimbos-instituut.
- Huizing, A.R. (2008). Towards restraint-free care for psychogeriatric nursing home residents. Maastricht.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). De uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht. De resultaten van vier thematische onderzoeken op het terrein van

de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk. Toets op risico's in de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking 2006-2007. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). Verpleeghuiszorg op de goede weg. Resultaten van vervolfbezoeken aan de 149 meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg in 2006/2007.
- Klink, A, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Bussemaker, J., Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Brief fixatie en separatie, kenmerk (CZ/CGG-2881610).
- Toetsingskader gehandicaptenzorg. Visiedocument. In gezamenlijkheid ontwikkeld door: cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, beroepsorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en Zorgverzekeraars Nederland.
- VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2007). Veiligheidsagenda 2008/2011
- VGN, Overzicht kwaliteitsindicatoren gehandicaptenzorg 2008

BIJLAGE 1 De onderzoeksmethode

Stap 1: selectie van locaties

Op basis van informatie over het thema vrijheidsbeperking uit het gelaagd en gefaseerd toezicht (GGT) van 2005 en 2006 is een steekproef getrokken van de te bezoeken locaties: 31 locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg en 55 locaties in psychogeriatric.^[16] Om een willekeurige spreiding over de verschillende locaties te krijgen is een selectie gemaakt uit goed scorende instellingen (25 procent), slecht scorende instellingen (25 procent) en middelmatig scorende instellingen (50 procent). In diverse onderzoeken is aangetoond dat vrijheidsbeperking ook buiten locaties met een Bopz-aanmerking voorkomt. De inspectieteams hebben daarom ook bezoeken gebracht aan locaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg en (locaties van) verzorgingshuizen die geen Bopz-aanmerking hebben. Per locatie zijn een of twee afdelingen of woningen bezocht.

Tabel 1

Bezochte locaties in de periode oktober 2007 tot en met februari 2008^[17]

<i>Sector</i>	<i>N locaties</i>	<i>N afdelingen of woningen bezocht</i>	<i>N locaties met Bopz- aanmerking</i>	<i>N locaties zonder Bopz- aanmerking</i>
Verstandelijk gehandicaptenzorg	31	59	17	14
Psychogeriatric	55	80	50	5

Stap 2: combinatie van onaangekondigde en aangekondigde bezoeken

Aan de koepels is per brief aangekondigd dat de inspectie gedurende enkele maanden onaangekondigd op bezoek zou kunnen komen. Elke geselecteerde locatie is vervolgens twee keer bezocht door een inspectieteam bestaande uit een inspecteur en een toezichtmedewerker. Het eerste bezoek vond onaangekondigd plaats, 's ochtends, 's middags of 's avonds. De inspectie heeft bewust voor deze werkwijze gekozen. De bedoeling van het onaangekondigd bezoeken van locaties was om zoveel mogelijk een situatie aan te treffen waar geen rekening is gehouden met een mogelijk inspectiebezoek. Op deze manier is een zo compleet mogelijk beeld verkregen van de situatie en van het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkingen op een willekeurig moment. Het tweede bezoek vond in overleg met het management van de locatie plaats, kort na het eerste bezoek. De gesprekspartners tijdens het tweede bezoek waren de leidinggevende(n) van de bezochte afdelingen of woningen en de Bopz-arts en/of de locatiemanager of directeur. Tijdens dit bezoek legde de inspectie haar resultaten uit het eerste bezoek voor aan de gesprekspartners en toetste een aantal ervan aan de hand van cliëntendossiers. Ook was tijdens dit tweede bezoek het beleid rond preventie en terugdringen van vrijheidsbeperking onderwerp van gesprek en deed

[16] Deze verdeling is gerelateerd aan de landelijke verdeling van de aantallen locaties van beide sectoren.

[17] In de geselecteerde locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg verbleven op het moment van de bezoeken ongeveer 780 cliënten en in de psychogeriatric ongeveer 1.840 cliënten. Ter vergelijking: in 2006 verbleven ongeveer 33.000 cliënten in intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten en in 2000 verbleven ongeveer 59.500 psychogeriatric cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen.

de inspectie, indien noodzakelijk, verbetervoorstellen gericht op de thema's, het terugdringen van vrijheidsbeperking en het gebruik van alternatieven.

Stap 3: gebruikte instrumenten

De instrumenten die in het onderzoek zijn gebruikt, zijn gebaseerd op de inhoud van het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid'. De zes thema's die centraal staan in dit kader vormen de basis voor de twee checklisten die voor de beide bezoeken zijn ontwikkeld.^[18] Daarnaast is ook geïventariseerd in hoeverre de bouwkundige omgeving invloed had op het aantal vrijheidsbeperkingen.

De inspectieteams hebben tijdens de rondgang op de afdelingen en woningen naar goede voorbeelden gevraagd. Daarnaast is een inventarisatie van het aantal toegepaste vrijheidsbeperkingen uitgevoerd. Hierbij werd gebruikgemaakt van de definitie uit het toetsingskader 'Zorg voor vrijheid' en de onderverdeling die daarbij is gemaakt. Bij de inventarisatie is geen onderscheid gemaakt tussen onvrijwillig en vrijwillig opgenomen cliënten of tussen vormen van vrijheidsbeperking die wel of niet onder protest of met toestemming van de cliënt zijn toegepast of in het zorgplan zijn opgenomen. De checklist voor het tweede bezoek had als uitgangspunt het terugkoppelen van de resultaten uit het eerste bezoek. De gesprekspartners kregen de mogelijkheid om per thema aan te geven of de resultaten van de inspectie overeenkwamen met de werkelijkheid. Per thema zijn vragen gesteld die op een hoger abstractieniveau lagen en die ook meer betrekking hadden op de verantwoordelijkheden en de taken van het management en de Bopz-arts.

Tenslotte is tijdens dit gesprek aan de hand van enkele dossiers nagegaan of sommige aspecten rond vrijheidsbeperking, zoals de evaluatie ervan en de overwegingen om wel of niet tot alternatieven over te gaan, voldoende waren vastgelegd.

Stap 4: rapportage en aanbevelingen aan de instellingen

Na elk tweede bezoek aan een locatie is een rapport opgesteld aan de hand van de resultaten. Elk rapport bestaat uit een omschrijving van de normen rond de zes thema's, een oordeel van het inspectieteam per thema in de vorm van een vinkje bij een van de drie scoremogelijkheden 'goed', 'matig' of 'slecht'; een onderbouwing per oordeel, een beschouwing en eventueel de te nemen maatregelen als een locatie voor een of meer thema's een matige of een slechte score had.

De locaties die voor twee thema's een matige of slechte score kregen, werd aangeraden om zich aan te sluiten bij het verbetertraject 'Maatregelen op Maat' van Zorg voor Beter (Vilans)^[19] of bij het Netwerk Verantwoorde Zorg van ActiZ^[20] (alleen psychogeriatric). Locaties die voor drie of meer thema's een matige of slechte score kregen, kregen de dringende, respectievelijk de zeer dringende aanbeveling om mee te doen met het verbetertraject 'Maatregelen op Maat' van Zorg voor Beter (Vilans). Instellingen die meerdere verbeteringen moesten doorvoeren, kregen het verzoek een plan van aanpak aan de inspectie voor te leggen.

Stap 5: verwerking van gegevens

De gegevens van het onderzoek zijn zowel kwantitatief als kwalitatief verwerkt. Het onderzoeksbureau Pallas Health Research en Consultancy, een onderzoeks- en adviesbureau op het gebied van de biomedische wetenschap, epidemiologie, volksgezondheid

[18] Zie www.igz.nl, checklist 1 en 2, als bijlagen bij het dit rapport 'Zorg voor vrijheid' op www.igz.nl.

[19] Zie www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/vrijheidsbeperkende-maatregelen.

[20] Zie www.netwerkverantwoordezorg.nl.

en gezondheidszorg, heeft de analyses uitgevoerd aan de hand van vragen die door de inspectie zijn opgesteld. De gegevens die deze analyses opleverden, zijn door de inspectie verwerkt in dit eindrapport. Op het moment dat deze rapportage verschijnt, worden alle rapporten openbaar gemaakt en staan deze op www.igz.nl.

Kanttekeningen bij de representativiteit van de resultaten

Het onderzoek is niet opgezet om een wetenschappelijk verantwoord onderzoek uit te voeren. Veel belangrijker was het om te bevorderen dat het aantal vrijheidsbeperkingen in deze sectoren op verantwoorde wijze afneemt of vervangen wordt door minder ingrijpende alternatieven. Representativiteit van de resultaten is niet nagestreefd. Het aantal bezochte locaties is niet groot en ook de keuze voor de locaties is gebaseerd op gegevens uit het gefaseerd toezicht, in de tijd dat dit toezichtmodel nog in ontwikkeling was. De inspectie beschouwt de resultaten dan ook voornamelijk als indicatief. Tegelijkertijd bevestigen de resultaten de bevindingen uit eerdere onderzoeken. De resultaten houden de beide sectoren en ook de inspectie zelf waakzaam voor de nadelen en risico's van vrijheidsbeperking.

BIJLAGE 2 Goede voorbeelden van terugdringen vrijheidsbeperkingen

In deze bijlage worden goede voorbeelden gegeven van het verder terugdringen van vrijheidsbeperkingen die tijdens het inspectiebezoek genoemd zijn door de medewerkers of door het inspectieteam zijn waargenomen.

Het gaat in deze opsomming om voorbeelden die door een instelling als beleid zijn ingezet, maar ook om individuele maatregelen, gericht op één cliënt in die bijzondere omstandigheden. De onderstaande goede voorbeelden dienen dan ook in deze context te worden gelezen.

Hieronder volgt in alfabetische volgorde de waargenomen en genoemde goede voorbeelden uit het onderzoek.

<i>Goede voorbeelden</i>	<i>Toelichting</i>
Bed, dat tot in totale laagstand gebracht kan worden	Uit bed vallen heeft geen ernstige nadelen meer voor de cliënt, waardoor fixeren niet nodig is. (alternatief is een matras op de grond).
Bedscherm of bedombouw van plexiglas	Maakt fixeren in bed onnodig.
Belevingsgerichte zorg invoeren	Empathische benadering, met als uitgangspunt de beleving van de cliënt. Wat speelt er zich in het innerlijk van de cliënt af? Waarom zou hij/zij angstig, onrustig kunnen zijn?
Benaderingsoverleg/ omgangsgesprekken, waar verschillende disciplines aan deelnemen (psycholoog)	Systematisch multidisciplinair bespreken op welke wijze de cliënt het beste kan worden benaderd.
Bordje 'niet storen bij het eten'	
Boxbed	Een box, dat tevens gebruikt wordt als bed. Door de aanwezigheid van spijlen, plexiglas, of ander materiaal is fixatie niet nodig.
Buitenactiviteiten: veel en divers aanbieden	Naast fietsen (tandem) ook bijvoorbeeld paardrijden (dit laatste geldt alleen voor de verstandelijk gehandicaptenzorg).
Clown op bezoek	Het samenspelen met een clown is een uitlaatklep voor emoties, cliënten worden in beweging gebracht of doorbreken hun normale patronen. Hiervoor opgeleide clowns geven op deze manier vreugde en rust bij dementerenden en (zeer) (zwaar) verstandelijk gehandicapten.

<i>Goede voorbeelden</i>	<i>Toelichting</i>
Dagprogramma's goed vullen met veel op individu gerichte activiteiten	
Dier-o-theek	Bij een dier-o-theek kan tijdelijk (bijvoorbeeld een dagdeel of een week) een huisdier gehuurd worden. De dieren worden gebracht en gehaald. Er zijn enkele dier-o-theken in Nederland gevestigd.
Domotica inzetten als minder ingrijpend alternatief voor fysieke vrijheidsbeperking	Domotica is een verzamelbegrip van geavanceerde technologische toepassingen, om de cliënt veilig en comfortabel te laten wonen. Voorbeelden: chip in schoen van de cliënt; optiseat, dwaaldetector, digitale bediening van deur; bediening deur door gezichtsscan (slot niet nodig).
Dwaaldetector	Draadloos alarmsysteem waarmee de bewegingen van cliënten die bijvoorbeeld valgevaarlijk zijn kunnen worden gevolgd.
Eettijden aanpassen aan ritme cliënten	Eettijden aanpassen zodat bewoners minder onrustig worden en tijd nemen voor maaltijden.
Foto's van een cliënt op deuren met een duim omhoog of omlaag om aan te geven waar hij wel en niet mag komen	Dit voorkomt interventie van medewerkers.
Fysieke vrijheidsbeperking niet afspreken bij opname	In plaats hiervan goed observeren. Fysieke vrijheidsbeperking 'kan altijd nog afgesproken worden, indien dit echt nodig blijkt te zijn'
Groot team vaste vrijwilligers	Zo kan meer individuele aandacht aan de cliënten gegeven worden.
Halfopen prikkelarme ruimte gekoppeld aan de huiskamer	Zo kunnen prikkelgevoelige cliënten in een prikkelarme ruimte vertoeven, zonder zich afgezonderd te voelen.
Huiselijke sfeer door gezellige hoekjes op de gang in te richten	Afdeling of huiskamer in de locatie zoveel mogelijk als 'gewone' huiskamer inrichten.
Huiselijke sfeer: eigen natuurlijke omgeving met meubels van thuis	Mensen mogen bij opname meubilair (laten) meenemen.

<i>Goede voorbeelden</i>	<i>Toelichting</i>
Infraroodbewegingsdetector, bij bed geplaatst; Optiseat-kussen in stoel; belmatje voor bed	Bij verlaten van bed of stoel wordt een signaal afgegeven. In sommige situaties voorkomt deze toepassing fixatie.
Jack van scheurlinnen over kleding van cliënt aantrekken	Voorkomt dat cliënt eigen kleding gaat scheuren.
Kamerdeur van cliënt voorzien van een voor de cliënt herkenbare foto	Zo weet cliënt dat dit zijn/haar kamer is.
Kas in tuin	Glazen kas voor bloemen of planten.
Kijkgat in deur	Maakt de kamer betreden door personeel minder vaak nodig. Afsluitbaar, zodat medecliënten het kijkgat niet kunnen gebruiken.
Klankschalentherapie	Klankschalentherapie is een akoestische, 'vibratorische' ervaring die de harmonie en balans in het lichaam herstelt. Afkomstig uit Tibet en Nepal.
Kleinschalige woonprojecten/kleine groep cliënten	
Korrelstoel (diepe stoel)	Minder mobiele cliënten kunnen hier niet uit komen. Fixatie m.b.v. Zweedse band wordt voorkomen.
Leunstoel en hangstoel voor ontspanning	Zie snoezelstoel.
Levensboek samenstellen en deze kennis gebruiken bij de zorg	Een levensboek is een zeer persoonlijk geschiedenisboek met het levensverhaal aangevuld met foto's, opmerkingen, met duidelijke gegevens over belangrijke en soms emotionele gebeurtenissen. Hierin is te vinden wie de persoon is, hoe hij in de wereld staat. Wat belangrijk voor hem is, wat hij prettig vindt, wat hij graag doet, (hobby's), waar hij tegen op ziet en wat hij aan anderen vraagt. Hierdoor wordt het voor familie, verzorging of verpleging makkelijker om contact met de cliënt te krijgen.
Loopcircuit (in verbinding met (winter)tuin, voldoende groot	
Maaltijden in 2 groepen gebruiken	Zorgt voor minder prikkels.

<i>Goede voorbeelden</i>	<i>Toelichting</i>
Maxi-Cosi-stoel (groot) voor snoezelen en slingeren.	Zie snoezelstoel.
Nadenkkrukje/stoel	Lichtere pedagogische maatregel dan afzondering. Biedt rust aan cliënt, kan voorkomen dat cliënt naar een afzonderingsruimte moet.
Observatielijsten voor gedragsproblemen/agressie	Doordat gedragspatronen tijdig herkend worden, kan op tijd de juiste actie worden ingezet, om de onrust te verminderen, dan wel te voorkomen.
Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL)-steun	Bij zorgbehoefte is passiviteit een kenmerk van hun dagelijks leven. Voor deze mensen kunnen zeer belastende situaties ontstaan bij de dagelijkse zorg. Hiervoor is een gestructureerde aanpak ontwikkeld, waarin o.a. aandacht wordt besteed aan reduceren van onrust en angstgevoelens.
Plakplastic voor raam cliënt aanbrengen, omdat de cliënt veel naakt rondloopt	Cliënt kan ongestoord in eigen kamer vertoeven zonder gedwongen te worden zich aan te kleden vanwege de overburen.
Psychogeriatrische afdeling op de begane grond huisvesten	Uitzicht op tuin of straat. Geeft huiselijk en minder opgesloten gevoel. De cliënten kunnen makkelijker en daardoor vaker naar buiten.
Registreren van de vrijheidsbeperking met vast format met alternatieven	Medewerkers denken op deze manier systematisch(er) na over minder ingrijpende alternatieven.
Ruime kamers/ appartementen/ huiskamers	Veroorzaakt minder onrust dan een kleinere kamer/appartement.
Snoezelbadkamer	Badkamer met een zintuigprikkelende sfeer die de gebruiker het gevoel geeft in een prettige ruimte te verblijven en die via snoezelprikkelers, zoals warmte, geuren en kleuren, ontspanning teweeg brengt.
Snoezellamp	Zie boven. Hier wordt de prettige sfeer bereikt met wisselende kleuren of patronen op de lamp.

<i>Goede voorbeelden</i>	<i>Toelichting</i>
Snoezelmuziek	Het doel van snoezelmuziek is sfeer maken, de cliënt rust en ontspanning te geven en contact te maken. Uiteraard aangepast aan de smaak van de individuele cliënt.
Snoezelstoel	Als cliënten niet goed zitten of liggen kan onrust bij de cliënt ontstaan. Om dit te voorkomen zijn er speciaal vervaardigde stoelen, sofa's of ligbanken om het lichaam dusdanig te ondersteunen dat er daadwerkelijk ontspanning kan ontstaan.
Speelattributen in de tuin	
Speelruimtes voor verschillende groepen creëren	Dit voorkomt conflictsituaties.
Stoelen aanpassen aan fysieke eigenschappen van cliënt	Het zitten is comfortabel en werkt daardoor rustgevend.
Swash haircaps	Het haar van de cliënt kan zo gewassen worden, zonder dat hij/zij in bad of onder de douche hoeft. Voorkomt onrust bij cliënten, die niet onder de douche of in bad willen.
Tandem/Duofiets	Cliënt, die niet zelfstandig kan fietsen, kan zo toch fietsen.
Traphekje voor ingang van deur	Voorkomt dwaalgedrag, maar er is wel contact met de andere ruimte. Deur hoeft niet op slot.
Tuin: belevingsgericht, groot en veilig	
Tuinhek afsluiten zonder slot	Dementerenden/verstandelijk gehandicapten kunnen niet naar buiten, maar de andere cliënten wel.
Uitleg geven over de noodzaak van fixatie aan cliënt	Op een aan het niveau van de cliënt aangepaste manier, bijvoorbeeld met een foto van de armfractuur.
Visie: vrijheidsbeperking moet zoveel mogelijk bijdragen aan kwaliteit van leven van cliënt.	Zie ook toetsingskader 'Zorg voor vrijheid'.
Waaier met gedrags- en benaderingswijze van de cliënt	Dit instrument zorgt voor een eenduidige benadering van de cliënt.

<i>Goede voorbeelden</i>	<i>Toelichting</i>
Werktijden activiteitenbegeleiding op behoefte cliënten aanpassen	Activiteitenbegeleiding aanbieden op tijden dat er vraag naar is, zoals in de avonduren of in het weekend in plaats van alleen tijdens kantooruren.
Wintertuin	Het "buiten" binnen brengen bij cliënten die weinig buiten komen. Verbeteren van het leefmilieu. Ook het verhogen van de hoeveelheid daglicht in het gebouw werkt positief en ontspannend.
Woon/leefomgeving afstemmen op individu	Iedere cliënt een eigen (gevoelsmatig veilige) plek, prikkelarm, indien cliënt prikkelgevoelig is.
Woonkamer in 2 delen scheiden	Zo kunnen prikkelgevoelige cliënten in prikkelarme omgeving vertoeven. Cliënten, die zich prettiger voelen bij meer prikkels kunnen in een omgeving met meer prikkels vertoeven.
