



Congresbundel Symposium

Zorg voor Vrijheid

18 november 2008





Jenneke van Veen,
Hoofdinspecteur Verpleging, en chronische zorg

Voorwoord

Op 18 november 2008 heeft onder grote belangstelling, zowel van het veld als de media, het inspectiecongres 'Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking' plaatsgevonden. Doel van dit congres was het veld te informeren over het onderzoek van de inspectie naar vrijheidsbeperking in de zorg voor verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric, het bieden van alternatieven voor vrijheidsbeperking of minder zware middelen en te informeren over de verschillende onderzoeken die de laatste jaren zijn verricht of nog komen gaan.

Tijdens de ochtendsessie hebben de belangrijkste veldpartijen in de langdurige zorg een intentieverklaring getekend met als doel het aantal vrijheidsbeperkingen fors te verminderen en het gebruik van de Zweedse band zoveel als mogelijk uit te bannen. In de periode 2009 – 2011 zal de inspectie samen met het veld invulling geven aan deze doelen. De staatssecretaris die de intentieverklaring in ontvangst mocht nemen, sprak haar bewondering uit dat de inspectie samen met het veld in korte tijd deze ambities heeft geformuleerd en er dus duidelijk draagvlak is voor het terugdringen van vrijheidsbeperking.

De inspectie acht het belangrijk dat zoveel mogelijk van haar bevindingen en de op 18 november gepresenteerde alternatieven en visies kenbaar worden gemaakt bij een breed publiek. Daarvoor heeft zij meerdere middelen ingezet. Zo is er een congreskrant gemaakt met voorbeelden van het terugdringen van vrijheidsbeperking uit de praktijk, is er de site www.zorgvoorvrijheid.nl waar het publiek kan reageren op stellingen van de inspectie en zelf goede voorbeelden kan aandragen en als sluitstuk deze congresbundel. In deze congresbundel treft u de verslagen aan van de presentaties van de ochtendsessie en van de tien workshops.

De inspectie hoopt dat deze congresbundel u verder zal helpen bij het realiseren van de ambities die tijdens het congres zijn ondertekend. Want uiteindelijk maakt u het verschil.

Openingspeech

Dames en heren,

Eigenlijk moet je het pas aan het eind van de dag doen, maar ik ben blij dat ik nu al een conclusie kan trekken. Want als ik kijk naar wat er de afgelopen tijd allemaal gebeurt, en wat er vandaag aan verschillende onderwerpen op het programma staat, dan is het voor mij duidelijk dat de discussie over vrijheidsbeperkende maatregelen sterk in beweging is. En dat die ontwikkeling niet alleen positief is voor cliënten en patiënten, maar ook meer algemeen de kwaliteit van zorg ten goede komt.

Dat zo'n snelle conclusie niet voorbarig is, wil ik hieronder duidelijk maken.

Eerst het uitgangspunt. Daar kan ik kort over zijn, want vrijheidsbeperkende maatregelen staan op gespannen voet met verantwoordende zorg. Iemand fixeren, opsluiten of zelf geen keuzes laten maken, zorgt ervoor dat mensen de controle over hun leven verliezen en dat heeft nadelige effecten. Daardoor zijn dit soort maatregelen ook niet als de oplossing van een probleem te beschouwen, maar als een verschuiving ervan. Als er iets is wat vandaag duidelijk zal worden, is het wel, dat een alternatief voor alle partijen beter is. Beter voor de cliënt, beter voor de verzorgende of ondersteuner, en dus ook beter voor de kwaliteit van de zorg.

Moeten we daarom vrijheidsbeperkende maatregelen zien als een absoluut kwaad binnen de gezondheidszorg? Een kwaad dat gewoon zo snel mogelijk moet verdwijnen?

Nee, dat zou toch iets te makkelijk zijn. Veel verzorgenden en verpleegkundigen lopen dag in dag uit tegen problemen aan, terwijl ze er alles voor over hebben hun mensen goed te ondersteunen en beschermen. En er zijn gevallen waarbij die alternatieven niet zouden werken. In sommige omstandigheden is het gevaar zó groot, dat een andere oplossing dan vrijheidsbeperking niet aan de orde is.

En natuurlijk: als je een paar keer de verwondingen door een val gezien hebt, is het niet vreemd dat je een rigoureuze maatregel neemt. Zeker als de familie van die cliënt je ook nog eens onder druk zet om de veiligheid te garanderen. Dat de verwondingen van een val medisch gezien vaak meevallen, en dat er meestal betere alternatieven voor fixeren zijn, is dan niet het eerste dat in je opkomt. Zeker niet, als dat binnen jouw instelling niet gebruikelijk is. Toch zijn alternatieven juist wél het eerste waar je aan moet denken. Valrisico's zijn bijvoorbeeld behoorlijk te verminderen door een goed verlicht loopcircuit met regelmatige steunpunten aan te leggen. Of met bedden die je tot vlak boven de grond kunt laten zakken. Of met speciaal ondergoed dat de heupen beschermt. Daar komt geen vrijheidsbeperking bij kijken.

De wetenschap helpt ons daar ook bij. Zo heeft de Universiteit van Maastricht aangetoond welke factoren bepalen of een verzorgende een vrijheidsbeperking inzet. En als we dát weten, weten we ook wat we moeten gaan beïnvloeden om vrijheidsbeperkingen terug te dringen. Uit het onderzoek blijkt dat er nauwelijks een relatie is tussen werkdruk en de mate waarin verzorgenden fixatie inzetten. Het blijkt meer te gaan om de manier waarop de verzorging aankijkt tegen de mobiliteit en de cognitieve functies. Met andere woorden: als het idee bestaat dat een dementerende cliënt – en dus niet een 'gewone' cliënt – een risico loopt te vallen, is de neiging groot om met fixatie een vorm van bescherming op te leggen. De belangrijkste reden is dus niet om tijd te besparen.

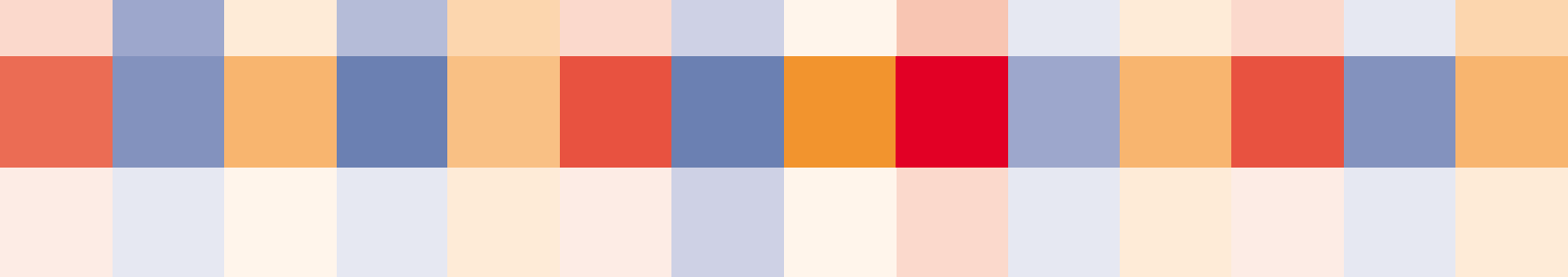
Dat soort inzichten is dus belangrijk als we mensen willen leren om valrisico's en probleemgedrag anders aan te pakken. Op het moment zijn vrijheidsbeperkende maatregelen nog té vaak vanzelfsprekend. In plaats van direct naar die ultieme middelen te grijpen, moet er ruimte komen voor een risico-inventarisatie per individuele cliënt. Dat komt vaak neer op een cultuurverandering, en daar maak ik me beleidsmatig dan ook sterk voor.

Een van de drie pijlers waar mijn beleid op rust is namelijk het programma Zorg voor Beter. Dat programma omvat een groot aantal acties voor de verbetering van zorg. Een daarvan is het verbetertraject 'Maatregelen op maat', dat ervoor moet zorgen dat medewerkers in de zorg zich meer bewust zijn van de keuzes die ze vrijwel altijd kunnen maken als het om de bescherming of het probleemgedrag van een cliënt gaat.

Op de site van 'Zorg voor Beter' is ook een besloten gedeelte waar mensen ervaringen uit kunnen wisselen. Dat is belangrijk, want voorbeelden verhelderen. Dat zie je ook bij de tweede pijler van mijn beleid: het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat toezicht is er namelijk zeker niet alleen op gericht om misstanden aan te wijzen. De IGZ wil juist het bewustwordingsproces positief beïnvloeden door instellingen te presenteren die het goed doen. En door een lijst aan te leggen van goede alternatieven en minder ingrijpende maatregelen.

De derde pijler van mijn beleid is de wetgeving, die de cultuuromslag van een juridisch kader zal voorzien. Ik weet zeker dat mijn wetsvoorstel 'Zorg en dwang' beter aan zal sluiten bij de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. En bij het streven om vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. De wet schrijft stapsgewijs voor hoe je beslissingen kunt nemen. Daarbij horen in ieder geval multidisciplinaire besluitvorming en evaluatie, de vraag naar minder ingrijpende alternatieven en de plicht om het toezicht op de cliënt goed te regelen.

De essentie van het wetsvoorstel is kort gezegd: nadenken over vrijheidsbeperking. Wat daarbij nog opvalt, is dat alles wat onder



vrijheidsbeperkende maatregelen valt, een stuk breder is geworden. Bekend zijn het vastbinden of apart zetten van mensen, de bedekken, de diepe stoel en de kalmerende middelen die onder dwang worden toegediend.

Maar in de nieuwe wet gaat het verder: cliënten moeten zo veel mogelijk in staat zijn hun eigen leven in te richten. Dan hebben we het over het ‘eerst de boterham met kaas-fenomeen’. Of: “je mag geen mobiele telefoon, omdat je er niet mee om kunt gaan.” Maar bijvoorbeeld ook het verbod om na acht uur de deur nog uit te gaan. Met dat soort beperkingen moeten de medewerkers ook zorgvuldiger om leren gaan. Want ook voor dit onderwerp geldt dat de cliënt centraal staat en zo veel mogelijk eigen keuzes moet kunnen maken.

Ik ben ervan overtuigd dat die nieuwe wet een positieve invloed zal hebben. Daarom heb ik al een richtinggevend kader gemaakt waarmee de sector aan een paar elementen van de toekomstige wetgeving kan wennen. Het is vooral belangrijk dat zorgverleners in het zorgplan het ‘waarom’ van vrijheidsbeperkende maatregelen op gaan nemen, en daar vervolgens overleg over voeren met andere zorgverleners.

Maar bewustwording over vrijheidsbeperkende maatregelen vraagt om meer soorten overleg dan alleen tussen zorgverleners onderling. Sterker nog, het terugdringen van vrijheidsbeperkingen is iets wat je alleen samen voor elkaar kunt krijgen, dwars door alle lagen van een instelling. Dat soort communicatie kan vaak beter. Ik zie immers in veel instellingen een steeds grotere afstand tussen management en werkvloer. Het gevolg daarvan is dat het management geen voorrang geeft aan systematisch onderzoek naar vrijheidsbeperkende maatregelen of het werken met transparante zorgplannen waarbij de cliënt en zijn vertegenwoordiger betrokken zijn. En het kan er ook voor zorgen dat de mensen op de werkvloer – waar het uiteindelijk allemaal moet gebeuren – niet gevoed worden met informatie en scholing. En dat terwijl er daarvoor aardig wat middelen beschikbaar zijn, zoals dvd’s waarop scènes worden nagespeeld. Het is zonde als van al die mogelijkheden geen gebruik wordt gemaakt. Het management mag zich dit alles best aantrekken.

De manier waarop veel aanbieders omgaan met zorgplannen, laat zien dat ook de communicatie met de cliënt zelf of de vertegenwoordiger van groot belang is. Het gaat zelfs verder: het kan nuttig zijn om met verschillende mensen uit de sociale omgeving van de cliënt te praten.

Want juist bij die mensen is vaak relevante informatie te vinden waarmee je later een antwoord kunt geven op de vraag: waarom vertoont deze cliënt dit gedrag? Dat maakt het zoeken naar alternatieven uiteindelijk makkelijker. Communicatie tussen de verschil-

lende sectoren kan daarbij een hulp zijn. De gehandicaptenzorg heeft bijvoorbeeld een ruimere ervaring bij het maken van een uitgebreid cliëntenprofiel dan de ouderenzorg.

En als het gaat om een gezamenlijke aanpak, en de noodzaak goed met elkaar te overleggen, mag u ook mij aanspreken. Want ik vind dat die noodzaak ook geldt voor mijn departement en de Inspectie, zodat beleid, wetgeving en toezicht elkaar kunnen versterken.

Bewustwording, samenwerking en de cliënt centraal stellen: dat zijn uiteindelijk de drie elementen waarmee we de cliënten bescherming kunnen bieden. Bescherming tegen dezelfde zaken als waar de vrijheidsbeperking voor bedoeld is, maar ook bescherming tegen de vrijheidsbeperking zelf. Anders gezegd: we moeten naar een ‘nee, tenzij’-beleid. Als iedereen dat gaat doen, zijn we al een eind op de goede weg. De Inspectie heeft daarvoor in het handhavingplan hele duidelijke doelstellingen opgenomen. De doelstellingen vind ik goed, maar ik wil ervoor waken dat het niet een ‘ding’ van de Inspectie wordt. Het terugdringen van vrijheidsbeperkingen gaat ons allemaal aan. In de eerste plaats de cliënten zelf, dat moge duidelijk zijn. Maar als het gaat om een mentaliteitsverandering zijn ook de zorgaanbieders, als uitvoerders van de zorg, aan zet.

Met intenties alleen zijn we er nog niet. Nog te veel uitvoerende medewerkers zijn niet op de hoogte van de het aantal maatregelen dat zij dagelijks toepassen. En ze weten misschien in algemene zin wel dat er alternatieven zijn, maar vaak niet dat die alternatieven voor elke cliënt weer anders kunnen zijn. Op dat gebied is nog duidelijk winst te boeken.

Ik ben ervan overtuigd dat we die winst inderdaad gaan boeken. Het is niet eenvoudig en het zal stapsgewijs en over meerdere jaren gebeuren. Maar ik weet zeker dat we, op basis van de gegevens die de instellingen tegenwoordig zelf aan ons doorgeven, in de komende jaren een reductie van het aantal én van de duur van vrijheidsbeperkende maatregelen zullen zien. Die reductie is absoluut ook mijn ambitie. En die ambitie zal werkelijkheid worden als de samenwerking tussen sectoren, overheid, instellingen, cliëntenorganisaties, vertegenwoordigers en vooral ook de cliënt zelf, goed van de grond komt. Daarom ben ik ook blij dat alle betrokken partijen de handen ineen slaan. Ik heb gehoord dat er de afgelopen dagen een concept van een intentieverklaring tot stand is gekomen. Een mooiere manier om de titel van dit congres te illustreren is er bijna niet.

Niet voor niets is het motto vandaag ‘Samen naar minder naar minder vrijheidsbeperking’. Ik zou daar het volgende motto aan toe willen voegen: ‘Vrijheidsbeperkende maatregelen: je zit er niet aan vast’.

Trudi Ruitenbeek*is projectleider van de campagne Zorg voor vrijheid
(Inspectie voor de Gezondheidszorg)*

*Meer informatie over de visie van de staatssecretaris is te lezen in:
De congreskrant zorg voor vrijheid, Alleen vrijheidsbeperking in
uitzonderlijke gevallen, nooit als gewoonte (De congreskrant is te
vinden op www.zorgvoorvrijheid.nl)*

Onderzoeksresultaten

Zorg voor Vrijheid

De inspectie heeft eind 2007 een thematisch onderzoek gedaan naar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric. Aanleiding voor dit onderzoek vormde het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen dat wordt toegepast en de risico's die daarmee gepaard gaan. De inspectie is van mening dat terugdringen van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen mogelijk is en wil het veld door verdere bewustwording aanzetten tot het voorkomen van vrijheidsbeperking en het zoeken naar alternatieve (minder ingrijpende) maatregelen.

Het thematisch onderzoek van de inspectie richtte zich op een inventarisatie van de aantallen en de soorten vrijheidsbeperkingen die plaatsvinden. Daarnaast is gekeken of het instellingen lukt om vrijheidsbeperkingen te verminderen, dan wel alternatieven toe te passen die minder ingrijpend voor de cliënt zijn. De definitie van vrijheidsbeperking die hierbij is gehanteerd, was zo breed mogelijk: "alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken". Er is dus niet slechts getoetst op vrijheidsbeperking zoals omschreven in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

Voor deze inventarisatie zijn 31 locaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg en 55 locaties in de psychogeriatric bezocht. De bezoeken aan de locaties werden niet aangekondigd om een zo realistisch mogelijk beeld van de situatie te krijgen. Na de bezoeken aan de locaties zijn afspraken gemaakt met het management van de betreffende instellingen om de bevindingen te toetsen aan het beeld dat de managers hebben van vrijheidsbeperkingen binnen hun eigen organisatie. Iedere instelling heeft na afloop een instellingsrapport ontvangen met daarin de bevindingen en conclusies van wat de inspectie heeft aangetroffen. De helft van de locaties heeft het advies gekregen aan het verbetertraject Maatregelen op maat van Zorg voor Beter mee te doen. De belangstelling voor deelname aan dit traject was groot. Inmiddels is bekend dat het traject al tot goede resultaten heeft geleid.

Tijdens de bezoeken is de inspectie uitgegaan van een toetsingskader dat uit de volgende zes thema's bestaat: zorg als proces, communicatie, verantwoording, deskundigheid, preventief beleid, deskundigheid en daarnaast als aanvulling randvoorwaarden. Het onderzoek wijst uit dat vrijheidsbeperkingen vaker voorkomen dan noodzakelijk is. Eveneens blijkt dat in instellingen die op alle zes de thema's voldoende scores, minder vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen, er meer met alternatieven wordt gewerkt en dat de medewerkers zich bewuster zijn van de risico's die ontstaan bij het gebruik van vrijheidsbeperkingen. Verder zijn in deze instel-

lingen meer goede voorbeelden gevonden waarbij het lukt minder ingrijpende maatregelen toe te passen. Binnen de psychogeriatric scoren vijf instellingen op alle thema's voldoende en in de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn dat er tien.

Verder kan als eindconclusie met betrekking tot het gebruikte toetsingskader worden gesteld dat alle thema's in samenhang moeten worden gezien. Niet één thema is doorslaggevend voor een betere of effectievere terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen binnen een instelling.

Tevens kan worden geconcludeerd dat veel goede voorbeelden die door de inspectie zijn aangetroffen, als heel gewoon worden gezien of juist onbekend zijn in andere instellingen. De onderlinge uitwisseling van informatie over goede voorbeelden is nog gering.

Tot slot is gebleken dat met betrekking tot enkele onderwerpen goede voorbeelden ontbreken. Het gaat om de onderwerpen risicotaxatie, signaleringsplannen en aanbieden van belevingsgerichte zorg.

Het inspectierapport met daarin de bevindingen van het onderzoek kunt u vinden op www.igz.nl onder de naam: Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet.

Kwaliteitscriteria in relatie tot vrijheidsbeperking

Van een medewerker in de zorg die met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken heeft, wordt veel gevraagd. Er zijn allerlei richtlijnen, voorschriften, wettelijke regelingen waar hij zich aan moet houden. Op het gebied van de wetgeving moet de medewerker rekening houden met de Wet Bopz, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarnaast zijn er ook nog de richtlijnen van de beroepsgroepen en documenten en handreikingen van de koepels. Uit al deze (wettelijke) eisen wordt echter niet duidelijk hoe hij vrijheidsbeperking terug kan dringen.

Inmiddels is wel duidelijk, na drie evaluaties van de Wet Bopz, dat deze beslist niet ideaal is voor de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. De wet regelt niet alles en er is een grijs gebied. Natuurlijk kan wetgeving lang niet alles kan oplossen. Aanvulling op de wetgeving is zeer gewenst. Hierbij is het vooral van belang dat alle handelingen op het gebied van vrijheidsbeperking transparant zijn en dat een voortdurende bewustwording ontstaat bij hulpverleners en het management over toepassing van vrijheidsbeperking. Beide partijen moeten doordrongen zijn van het feit dat vrijheidsbeperking in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric veel minder kan en hier samen aan moeten werken.

Een middel om vrijheidsbeperking in de praktijk terug te dringen, is het gebruik van de kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking. Deze criteria zijn in 2006 in samenwerking met de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), het veld en een aantal onderzoekers opgesteld voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en zijn ook van toepassing op de psychogeriatric. Het gaat hierbij om de volgende criteria: zorg als proces, communicatie, verantwoording, deskundigheid, preventiebeleid, randvoorwaarden en accommodatie en de samenhang hier tussen. Opvallend is dat deze criteria weinig nieuws bevatten voor hulpverleners. Het zijn bekende termen die echter wel kunnen bijdragen aan het vergroten van de bewustwording van hulpverleners en de kwaliteit van zorg. Grote nadruk ligt op preventie en het inzetten van alternatieven.

De kwaliteitscriteria zijn in aangepaste vorm ook gebruikt voor het inspectieonderzoek. Elk criterium is uitgewerkt in subvragen. Op grond van de antwoorden hierop heeft de inspectie een oordeel gegeven in haar rapport *Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet*.

De kwaliteitscriteria worden ook gebruikt voor de procesanalyse in het verbetertraject Maatregelen op maat van Zorg voor Beter, waardoor duidelijk zichtbaar wordt waar nog aan gewerkt moet worden.

Vrijheidsbeperking versus valgevaar

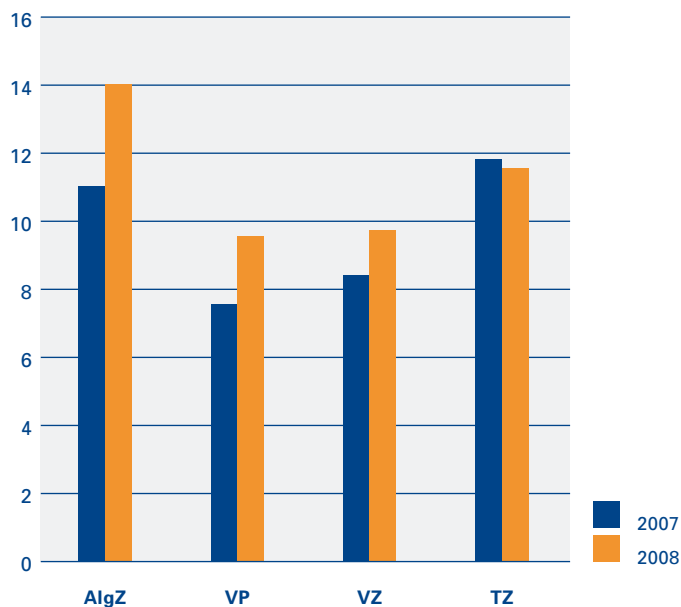
Onder een val wordt een gebeurtenis verstaan waarbij mensen onbedoeld op de grond of een lager niveau terechtkomen. Valongelukken komen in alle leeftijdsgroepen voor, maar de meeste valincidenten doen zich voor bij een nog steeds toenemende groep ouderen, waarbij de incidentie van valpartijen toeneemt met de leeftijd. Ook bij ouderen in ziekenhuizen, verpleeghuizen en in de thuiszorg komen valincidenten veelvuldig voor.

Behalve de hoge incidentie van valpartijen is ook de incidentie van valgerelateerde letsels zorgwekkend. Valincidenten kunnen aanzienlijke fysieke gevolgen hebben zoals een wond, een heupfractuur of ander ernstig letsel. Naast fysieke gevolgen kunnen er ook psychische en sociale gevolgen van vallen zijn, zoals angst om te vallen en het vermijden van activiteiten (risico op sociaal isolement).

Vallen is dus een groot probleem voor de oudere patiënt, met een potentieel slechte uitkomst. Valincidenten kunnen een aanzienlijk negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven van de getroffen cliënten. Daarnaast leiden valpartijen, zeker als deze resulteren in een ernstig letsel zoals een heupfractuur, vaak tot een toenemende zorglast en neemt dus de werkdruk bij de verpleging/verzorging toe. Professionals beschouwen het vallen van ouderen als een lastig, complex en daarom moeilijk aan te pakken zorgprobleem. Maar ook politici en beleidsmakers worden met dit probleem geconfronteerd, immers de gezondheidszorgkosten van vallen en letsels zijn substantieel en direct gerelateerd aan de valfrequentie en de ernst van de letsels. Voldoende redenen dus om dit zorgprobleem zorgvuldig aan te pakken, omdat bij voldoende kennis en adequate diagnostiek het valprobleem vaak goed ontrafeld kan worden en behandeling wel degelijk mogelijk is door primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Men maakt hierbij een onderscheid tussen enerzijds algemene valpreventieve maatregelen, op maat van de instelling zoals een rustige en herkenbare omgeving, en anderzijds specifieke valpreventieve maatregelen, op maat van de cliënt zoals een aangepast dagprogramma. Een adequaat behandelplan bestaat veelal uit een multifactoriële aanpak, die waar nodig multidisciplinair uitgevoerd wordt. In de voorbije jaren zijn richtlijnen en succesvolle valpreventieve interventieprogramma's ontwikkeld waarbij deze aanpak centraal staat.

Incidentie valls (%) in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (LPZ 2007, 2008).



Echter, bij gebrek aan beter – of als weg van de minste weerstand? – neemt de zorg nog vaak haar toevlucht tot fixatie om vallen te voorkomen.

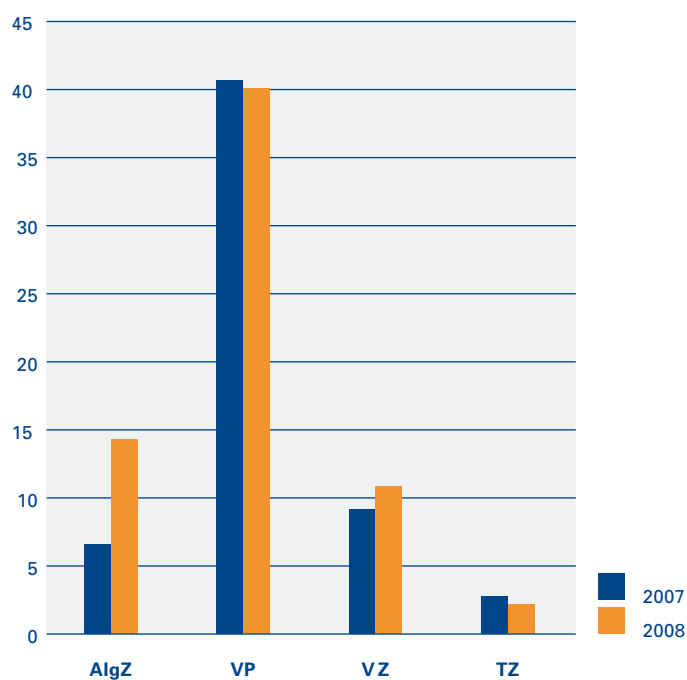
Vrijheidsbeperkende maatregelen beperken de autonomie van cliënten in de gezondheidszorg. Doorgaans liggen hieraan zorgzame motieven ten grondslag, soms ook spelen praktische overwegingen of overmacht een rol. Deze maatregelen worden onder andere ingezet om gevaarlijke situaties te voorkomen of om medische behandeling mogelijk te maken. Toegepaste methoden van vrijheidsbeperking zijn bijvoorbeeld beddekken, verpleegdekens, onrustbanden, tafelbladen, diepe stoelen, afzondering, domotica, gedragsbeïnvloedende medicatie en individuele afspraken.

Op basis van onderzoek wordt een steeds beter inzicht verworven in de prevalentie, de redenen voor en de lichamelijke gevolgen van fysieke fixatie bij ouderen. Minder is bekend over de psychosociale beleving van dergelijke vrijheidsbeperking.

Vrijheidsbeperkingen komen meer voor dan nodig, vooral in verpleeghuizen en in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Gemiddeld één op de vijf cliënten in de Nederlandse gezondheidszorg wordt op een of andere manier in zijn bewegingsvrijheid beperkt, meestal door beddekken (90%), soms ook door de cliënt op een of andere manier vast te zetten met bijvoorbeeld een tafelblad (18,5%) of onrustband in de stoel (17,8%). Fixatie om medische behandeling mogelijk te maken, bij zwerfgedrag en bij agressief gedrag, wordt amper toegepast. Het gebeurt bijna altijd om vallen

te voorkomen (84,2%), vooral in de chronische zorg en de thuiszorg. Ouderen met functionele beperkingen, toegenomen lichamelijke afhankelijkheid, mobiliteitsproblemen, cognitieve stoornissen, gedragsproblemen en een verleden met veelvuldige valpartijen, lopen een verhoogd risico om gefixeerd te worden. Verder kunnen een lage personeelsbezetting en de vraag van de familie zelf het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen beïnvloeden. Ook routinegedrag, een negatieve en/of paternalistische houding van de zorgverlener, het gebrek aan kennis van de negatieve gevolgen van fysieke fixatie en van alternatieven, alsook het beperkte vermogen om met probleemgedrag om te gaan, kunnen tot de toepassing van fysieke fixatie leiden.

Incidentie toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen (%) in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (LPZ 2007, 2008).



Toch is onoordeelkundige toepassing van immobiliserende maatregelen (fixatie) een ongewenst verschijnsel. Uit diverse onderzoeken is immers gebleken dat langdurige fixatie leidt tot lichamelijke achteruitgang (waardoor verhoging van het valgevaar), onrust, angst, ongemak en een toegenomen risico op schade (valgerelateerde en/of fixatiegerelateerde letsels) en zelfs overlijden.

Conclusie

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen als valpreventief middel wordt sterk afgeraden. Het blijkt goed mogelijk om het gebruik van fixatiemiddelen verantwoord af te bouwen en te vervangen door minder ingrijpende middelen waardoor nog veel te verbeteren is! Uit een onderzoek onder verpleeghuispatiënten blijkt

dat het stoppen van nachtelijke fixatie (beddekken en onrustbanden) niet leidt tot een hogere valincidentie. Ander onderzoek concludeert dat door goede voorlichting en consultatie, het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals banden en een tafelblad, met gemiddeld 18 procent afnam zonder dat er een toename van ernstige letsels werd waargenomen. In een andere studie, waarbij door voorlichting in de interventiegroep een grote beperking van het aantal immobiliserende maatregelen (fixatie) kon worden bereikt, werd een kleine toename van niet-ernstige letsels (kneuzingen en schaafwonden) en valincidenten gezien. Ernstige letsels, die consultatie van de arts vereisten, namen zelfs af. In geen van deze studies nam het gebruik van sederende medicatie toe en er waren ook geen veranderingen in de personele bezetting. Hieruit blijkt dat door goede voorlichting en begeleiding (toepassen van alternatieven en afbouwschema's) het gebruik van beperkende maatregelen sterk kan afnemen zonder dat dit nadelige gevolgen heeft.

Voorbeelden van maatregelen die het gebruik van fysieke fixatie kunnen uitstellen of verminderen:

- **Specifieke maatregelen**
het bed in de laagste stand of de matras op de grond, verhoogd toezicht door inschakeling van mantelzorg, heupbeschermers, antislipkousen, vast schoeisel, aangepaste loophulpmiddelen en installatie van de cliënt in de nabijheid/zicht van de zusterpost.
- **Omgevingsfactoren:** een veilige, rustige en herkenbare omgeving met voldoende verlichting waarbij verblindend licht vermeden moet worden.
- **Geïndividualiseerde zorg:** aanpassing van het dagschema (met voldoende activiteit en rustperiodes), vertrouwensrelatie en respectvolle benadering. Per cliënt moet het valgevaar worden geëvalueerd en risicofactoren voor het vallen worden behandeld.

Sytse Zuidema

is verpleeghuisarts-onderzoeker van de afdeling Verpleeghuis-geneeskunde UMC ST Radboud te Nijmegen

Jan Hamers

is hoogleraar 'Verpleging en verzorging van ouderen van de Universiteit van Maastricht

Vrijheidsbeperking, psychofarmaca en probleemgedrag

Twee op de drie ouderen in de psychogeriatric gebruiken psychofarmaca. In de zorg voor verstandelijk gehandicapten is dit 50 procent. De bedoeling is hiermee het gedrag te beïnvloeden, maar vaak treden bijwerkingen op zoals sufheid, spierstijfheid (met als gevolg verhoogd valrisico) en zelfs een licht verhoogd risico op het krijgen van een beroerte. De werkzaamheid van psychofarmaca, vooral antipsychotica is zeer beperkt. Mede door een groot placebo-effect hebben antipsychotica, slechts bij één op de vijf cliënten toegevoegde waarde. Tegelijkertijd heeft één op de vijf cliënten last van bijwerkingen.

Psychofarmaca worden vaak voorgeschreven voor probleemgedrag. Probleemgedrag is in Nederlandse verpleeghuizen onderzocht en heeft geleid tot de conclusie dat probleemgedrag niet alleen te maken heeft met de ziekte, maar ook met de omgeving. Juist die omgeving is veranderbaar en biedt mogelijkheden voor andere interventies dan medicatie.

Door scholing of door psychosociale interventies kan probleemgedrag effectief worden aangepakt en overmatig medicatiegebruik worden teruggedrongen, zo blijkt uit wetenschappelijke literatuur, maar ook uit de praktijk. In de NVAVG-richtlijn^[1] *voorschrijven van psychofarmaca* en NVVA-richtlijn^[2] *probleemgedrag* wordt gepleit antipsychoticagebruik regelmatig te evalueren en indien mogelijk te stoppen. De NVVA-richtlijn pleit daarnaast voor het inzetten van psychosociale interventies als eerste keus voor de behandeling van probleemgedrag. Antipsychotica moeten alleen worden ingezet wanneer deze andere interventies niet effectief zijn gebleken. De verwachting is dat deze richtlijn(en) resulteren in een gedragsverandering bij verpleeghuisartsen om terughoudender te zijn met het voorschrijven van gedragsbeïnvloedende medicatie. Verder is de verwachting dat de registratie van antipsychoticagebruik in het kader van het *Kwaliteitskader verantwoorde zorg* gebruikt gaat worden als controlemechanisme om het antipsychoticagebruik in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten te verminderen.

[1] Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten.

[2] Nederlandse Vereniging Verpleeghuisartsen.

Naar een fixatievrije zorg

Vrijheidsbeperking komt in de psychogeriatric nog te veel voor en blijkt lang niet altijd veilig te worden toegepast. Ook blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat vrijheidsbeperking geen adequate maatregel is voor valpreventie, integendeel, het valrisico neemt juist toe doordat de spiermassa bij cliënten door fysieke vrijheidsbeperking afneemt. Toch blijkt valpreventie nog steeds de belangrijkste reden te zijn voor de toepassing van vrijheidsbeperking in de psychogeriatric.

Jan Hamers wil naar minder vrijheidsbeperking zonder toename van het gebruik van psychofarmaca of andere restrictieve maatregelen. Om dit te bereiken moet er niet gekeken worden naar zaken als werkdruk, te weinig personeel en ziekteverzuim, maar naar de echte determinanten voor toepassing van vrijheidsbeperking, namelijk slechte cognitie en slechte mobiliteit. Op basis van het risicogedrag moet multidisciplinair gezocht worden naar maatwerk voor de cliënt met goede alternatieven. Bewustwording bij medewerkers en bij het sociale netwerk van cliënten is hierbij cruciaal.

Er zijn al veel goede alternatieven zoals infrarood waarschuwingssystemen, lage bedden, belmatjes, een extra matras op de grond, heupbeschermers, het stimuleren van (extra) beweging, het aanbieden van activiteiten, buitenlicht en buitenlucht.

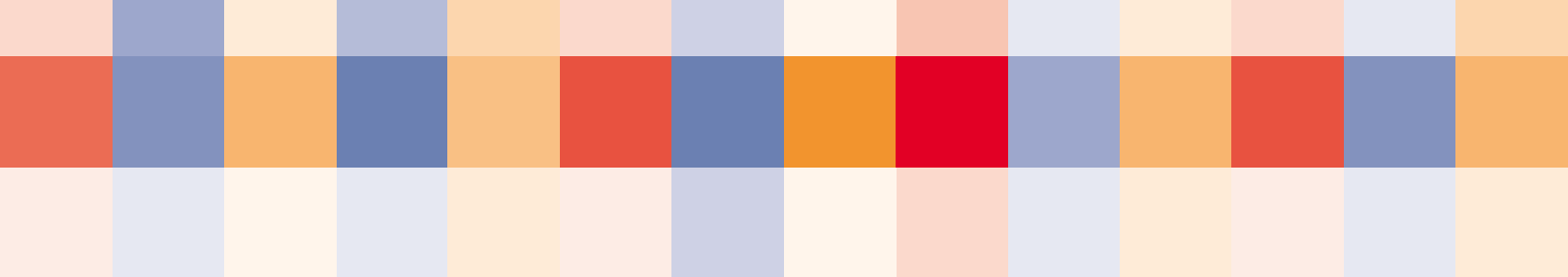
Om te slagen is een cultuuromslag cruciaal. Er moet een actieve inbreng zijn vanuit het management. Deze moeten een visie uitdragen, beleid maken en alternatieven beschikbaar stellen.

Daarnaast moet er strengere wetgeving komen voor valgevaar. Valgevaar moet uitgesloten worden als een ernstig nadeel voor de cliënt.

De ideeën hebben de basis gevormd voor het pilotproject "Stop de band". De resultaten van dit project zijn hoopgevend. Al na één maand was er op een psychogeriatric afdeling met dertig cliënten een vermindering van twaalf Zweedse banden naar één Zweedse band. Dat resultaat is zo gebleven.

Factoren die doorslaggevend zijn geweest voor het slagen van het project zijn:

- Het instellen van de beleidsmaatregel door de Raad van Bestuur dat op een gegeven datum het gebruik van de Zweedse band taboe is.
- De keuze van een afdeling/onderdeel waar de meeste Zweedse banden worden gebruikt.
- De familie ontvangt vooraf en tijdens het project veel informatie van de deskundigen.
- De verantwoordelijkheid voor de keuze, de aanschaf en de implementatie van alternatieven wordt belegd bij het multi-



disciplinair overleg, dat speciaal opgeleide verpleegkundigen kan consulteren.

- Bij de intake van nieuwe cliënten wordt de Zweedse band niet meer geaccepteerd.

Uit resultaten op andere afdelingen en in andere verpleeghuizen is een jaar na dato gebleken dat het gebruik van de Zweedse band en van beddekken is verminderd, maar dat er niet meer tafelbladen en diepe stoelen zijn ingezet. Wel wordt vaker gebruikgemaakt van infraroodsystemen, lage bedden en belmatten en er zijn iets meer valpartijen, overigens zonder letsel. Veelzeggend voor het succes van het project is de reactie van een gelukkige cliënt: “Er is een wonder gebeurd, ik kan weer lopen!”

De Universiteit van Maastricht is eind 2008 het project ‘Exbelt’ (ban de band) gestart, waarin wordt gekeken of de bovengenoemde aanpak succesvol kan worden gekopieerd naar andere verpleeghuizen in Nederland. De resultaten worden eind 2009 verwacht.

Meer informatie over de visie van Jan Hamers is te lezen in: De congreskrant zorg voor vrijheid, Vastbinden, deden jullie dat toen nog? (de congreskrant is te vinden op www.zorgvoorvrijheid.nl)

Marijke Prins

is projectleider Staat van de Gezondheidszorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg)

Meerwaarde en risico's van domotica

Is domotica vrijheidsbeperkend of vrijheidsvergroten, is het betrouwbaar en heeft het invloed op de veiligheid van de cliënten? Er zijn veel vragen als het gaat om het gebruik van domotica binnen instellingen. Het lijkt een grijs gebied dat nog volop in ontwikkeling is en waarbij diverse aspecten zoals ethiek van invloed zijn op het al dan niet gebruiken en de keuze van domotica. De inspectie heeft in 2008 onderzoek gedaan naar het gebruik van domotica.

Zorgtechnologie speelt een steeds grotere rol in de zorg. De toepasbare technologieën worden steeds complexer en kunnen steeds meer. Hoewel nog lang niet ten volle benut, neemt het gebruik wel steeds meer toe. Om dat veilig en succesvol te doen, zijn nog de nodige stappen vereist.

De inzet van technologie kan alleen succesvol zijn vanuit een visie op de te verlenen zorg. Zonder helder beeld van de te leveren zorg, de te bedienen doelgroep en de eigen zorgverleners is geen goede selectie mogelijk uit de overdaad aan technologische mogelijkheden.

Bij de aanschaf van technologie past een analyse van de risico's: Wat kan het systeem, wat kan het niet, wat gebeurt er als het systeem faalt, zijn eenvoudige maar noodzakelijke startvragen. Te volgen door: hoe moeten de zorgprocessen aangepast worden, bijvoorbeeld hoe moet de alarmopvolging geregeld zijn, binnen hoeveel tijd moet een zorgverlener ter plekke kunnen zijn, wie moeten er in welke gevallen gewaarschuwd worden, welke capaciteiten moet iemand die signalen van bijvoorbeeld video-processing in eerste instantie opvangt, hebben, wat vraagt dat van de ondersteunende diensten en andere vragen?

Naast aandacht voor aanpassing van zorgprocessen past aandacht voor training en opleiding, van zorgverleners maar ook van cliënt(vertegenwoordigers). Tot slot hoort communicatie voldoende aandacht te krijgen. Weten zorgverleners, cliënten en vertegenwoordigers waarom een systeem wordt ingevoerd, wat het doel is, hoe het werkt?

Het succes van een technologische toepassing kan vervolgens alleen gemeten worden door regelmatige en structurele evaluatie. Op dit moment evalueert de zorgsector het gebruik van technologie onvoldoende. In zorgplannen staat lang niet altijd welke technologie voor welke cliënt met welk doel wordt ingezet. Zonder deze basis is evaluatie van nut en noodzaak voor de individuele cliënt en diens zorgvraag onmogelijk.

Bovendien vindt een bredere evaluatie van de inzet van technologie eveneens mondjesmaat plaats. Er is nauwelijks aandacht voor de door cliënten ervaren gevoelens van veiligheid bij de inzet van technologie. Evenmin is er veel aandacht voor de ethische aspecten van het (deels) vervangen van mensen door technologie in de zorg.

Het inspectierapport met daarin de bevindingen van het onderzoek kunt u vinden op www.igz.nl onder de naam: SGZ 2008: Risico's van medische technologie onderschat (met deelrapporten).

Nelleke Biemold is Projectleider verpleging- en verzorging bij het CCE Utrecht en Noord-Holland en
Gerben Bergsma is kwartiermaker verpleging- en verzorging bij het CCE Groningen, Friesland en Drenthe

Wat kan het CCE voor de sector verpleging en verzorging betekenen?

Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is een organisatie met een landelijk werkgebied, opgebouwd uit vijf regio's. Elke regio heeft een eigen directie. De standplaatsen zijn: Groningen, Enschede, Veldhoven, Gouda en Utrecht. In Nederland zijn ongeveer 500 consulenten actief ten behoeve van het CCE. Het CCE beschikt landelijk over een pool van circa 500 consulenten. Zij geven advies over de mogelijkheden om cliënten een betere behandeling of begeleiding te bieden. Dit zijn specialisten zoals orthopedagogen, psychologen, gedragsdeskundigen, artsen, verpleegkundigen en psychiaters. Zij zijn niet in dienst van het CCE, maar worden tijdelijk ingeschakeld op basis van hun deskundigheid. Zij zijn onafhankelijk, komen van buiten de instelling en kunnen met een frisse blik naar vastgelopen situaties kijken. Het belang van de cliënt staat in consultaties altijd voorop.

De consulenten kunnen ook worden ingezet als er voor een cliënt met een bijzondere zorgvraag een second opinion over het bestaande zorgplan wordt gevraagd. Als zij een advies hebben uitgebracht, zet het CCE soms ook tijdelijk mensen in die helpen bij de praktische uitvoering daarvan.

De kosten die gemaakt worden door de coördinatoren en consulenten, worden betaald uit een AWBZ-subsidie.

Het CCE bestaat sinds 1990. De aanleiding van oprichting was het incident in de verstandelijk gehandicaptenzorg met Jolanda Venema. Primair heeft het CCE zich gericht op deze sector. Sinds enkele jaren richt het CCE zich ook op de ouderenzorg. Het is eigenlijk het vervolg op het steunpunt verpleeghuiszorg.

Zowel familie als deskundigen uit de sector zoals (verpleeghuis)-artsen, psychologen, casemanagers, verpleegkundigen, verzorgenden als besturen kunnen een beroep doen op het CCE. De hulp is gratis. Wel wordt er een soort contract afgesloten tussen de zorgaanbieder en het CCE om vrijblijvendheid te reduceren.

Criteria waaraan voldaan moet worden om het CCE te consulteren zijn:

- Er moet sprake zijn van een AWBZ-indicatie.
- De reguliere zorg heeft alles geprobeerd.
- De kwaliteit van het bestaan wordt ernstig en structureel aangetast.
- Passend zorgaanbod ontbreekt.
- Er bestaat een verschil van inzicht tussen betrokkenen.

Kernwaarden van het CCE:

- De cliënt staat centraal.
- Onafhankelijkheid.
- Kwaliteit en deskundigheid.
- De aanvrager blijft verantwoordelijk.
- Multidisciplinair werken.
- Discretie.

Een interessant punt is de afbakening in de werkwijze tussen consultatieteams vanuit de GGZ enerzijds en het CCE anderzijds. Het is mogelijk dat beide partijen soms vissen in dezelfde vijver en er een gevaar kan ontstaan dat de continuïteit van zorg in gevaar kan komen of dat er onduidelijkheid ontstaat over regie of verantwoordelijkheid.

Meer informatie over het CCE is te vinden op: www.cce.nl.

De ervaringen van een instelling voor gehandicaptenzorg

Het inspectierapport *Risico's van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg* en de conclusie uit dit rapport dat de kwaliteitszorg rond het gebruik van Zweedse banden sterke verbetering behoeft, was reden voor De Zijlen, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in de provincie Groningen, om met het project 'De band in de ban' te starten.

Bij de start van het project is een inventarisatie gemaakt naar wie een Zweedse band gebruikt en waarom. Ook is een inventarisatie gemaakt van de alternatieven voor het gebruik van deze band en zijn de consequenties en risico's beschreven, alsmede de financiële gevolgen.

Uitgangspunt van het project was om de interventie letterlijk zo ver mogelijk van de cliënt te plegen en het liefst niet aan het lichaam van de cliënt. Daarna werd het plan van aanpak in het medisch team besproken. Er werd structureel gerapporteerd aan de sector-manager, afgestemd met de Bopz-arts en persoonlijk begeleiders. De persoonlijk begeleiders werden geschoold op het gebied van middelen en maatregelen. Op cliëntniveau was er een gesprek met de persoonlijk begeleider en tijdens bespreking in het multidisciplinair overleg was ook de wettelijk vertegenwoordiger aanwezig. Vervolgens werden concrete afspraken gemaakt en werd een plan van aanpak op cliëntniveau vastgesteld. Daarna werd het alternatief ingevoerd, eventueel stapsgewijs. Ook vonden er regelmatig evaluaties plaats. Bevorderende factoren waren: de methodische opzet, de voortgangsrapportages en gesprekken, de multidisciplinaire opzet, de aanwezigheid van een scholingsplan, de kennis van de individuele cliënten, de individuele aanpak, de subsidie op hoog/laag hulpmiddelen en de kennis van wet- en regelgeving. Belemmerende factoren waren: de beeldvorming van de persoonlijk begeleiders en de wettelijk vertegenwoordigers, de afwezigheid bij de begeleiders van ideeën over mogelijke alternatieven, de financiën en de tijd. Bij de start van het project werden 28 banden gebruikt. Uiteindelijk bleven twee onrustbanden over. Bij deze twee banden wordt een nieuwe poging gedaan deze alsnog te vervangen voor een minder ingrijpende maatregel.

De INVRA-methode

INVRA staat voor INventarisatie Van RedzaamheidsAspecten.

Vrijheidsbeperking treedt ook op als wij voor de ander, de zorgvrager, denken, doen en invulling geven aan de dag. Om vrijheidsbeperkende maatregelen te voorkomen is het noodzakelijk dat er een andere instelling bij de hulpverlener ontstaat en de aandacht wordt verlegd. Uitgangspunt binnen de INVRA-methode is de positieve benadering (positieve psychologie volgens Martin Seligman) met aandacht voor de kracht in tegenstelling tot de aandacht voor het defect. Cliënten kunnen op deze wijze hun kernkwaliteiten benutten.

Dit vraagt om een omslag van beheersen met de sleutelbegrippen als deskundigheid en sturen naar uitnodigen. In het laatste geval moet de hulpverlener zich openstellen voor de zorgvrager en uitnodigen om te komen tot ontwikkelen en zelfsturing. Daarbij is het mogelijk om competenties te ontwikkelen die de zorgvrager zelf van belang vindt waardoor deze ook onafhankelijk wordt van de hulpverlener. Van uitnodigen wordt de stap gezet naar vertrouwen en daarmee loslaten.

De INVRA-methode gaat uit van die competenties die we in het dagelijks bestaan nodig hebben voor een zelfstandig bestaan. Het instrument betreft een vragenlijst van 114 competenties verdeeld over verschillende thema's die middels verbale en non-verbale communicatie in kaart worden gebracht. Het instrument is toepasbaar voor wonen en/of dagbesteding; voor deze deelgebieden zijn verschillende sets competenties gedefinieerd. Na afname van de checklist beschikt de cliënt over een portfolio met competentiebeschrijvingen, een perspectief en een actieplan.

De INVRA-methode is een methode die geschikt is voor de hele zorgsector en wordt al toegepast binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg en het voortgezet speciaal onderwijs. Scholing van hulpverleners wordt verzorgd door INVRA. Het instrument mag alleen door gecertificeerde medewerkers worden afgenomen. Scholing vindt over het algemeen binnen de organisatie plaats.

In 2009 wordt gestart met de Academie voor Zelfstandigheid, een landelijke onderwijsinstelling voor mensen met een beperking van elk niveau. Hier kan men een individueel traject volgen gericht op de ontwikkeling van hun talenten en zelfstandigheid en het vergroten van de eigenwaarde.

Meer informatie over INVRA is te vinden op: www.invra.nl en www.academievoorzelfstandigheid.nl.

Marjolein van Vliet

is projectleider van het Verbetertraject Maatregelen op maat (Vilans)

Elly Duijf is projectleider van de IDé Innovatiekring Dementie, campagne Ik (bind) hou vast en

Stella Braam is lid van het campagneteam Ik (bind) hou vast

Maatregelen op maat

Het is mogelijk om door middel van een verbetertraject, zoals Zorg voor Beter dat aanbiedt, het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen op een afdeling te reduceren.

Eind april 2008 startte de eerste ronde van het nieuwe verbetertraject over vrijheidsbeperkende maatregelen met als titel: Maatregelen op maat.

Het belangrijkste doel van het verbetertraject is het voorkomen of verminderen van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen en het toepassen van minder ingrijpende maatregelen of alternatieven. De verbetermethode bestaat uit:

- Fase 1. Analyse van de eigen situatie op een afdeling.
- Fase 2. Verbeterplan en actieplanning.
- Fase 3. uitvoeren van acties en meten.

Door de systematische aanpak neemt de bewustwording toe. Het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen wordt in kaart gebracht en kritisch beoordeeld. Afspraken ter vermindering hiervan worden gemaakt en per cliënt wordt afgewogen of een vrijheidsbeperkende maatregel wel noodzakelijk is.

De eerste ronde van het verbetertraject heeft op diverse afdelingen in Nederland al geleid tot een duidelijke afname van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen.

De tweede ronde is gestart op 15 september 2008.

Meer informatie over het verbetertraject van Zorg voor Beter is te vinden op: www.zorgvoorbeter.nl.

Er is een wonder gebeurd

‘Er is een wonder gebeurd’, dat is de titel van de DVD die IDé – Innovatiekring Dementie maakte voor haar campagne Ik bind hou vast en presenteerde op het congres. Op de DVD is te zien hoe Jo Derksen na 2,5 jaar dag en nacht te zijn vastgebonden, weer gewoon rondloopt en een huiselijk en gezellig leven leidt. Dankzij een nieuwe leefomgeving met een non-fixatiebeleid. Hoe meneer Zoetemeijer kan gaan en staan waar hij wil, zonder dat hij of zijn vrouw zich zorgen hoeft te maken over zijn veiligheid. Een ‘Alzheimer-TomTom’ en een telefoon met een open spreek-luisterverbinding maken dat mogelijk. Hoe ze in Weesp een speciale buurt aan het bouwen zijn waar mensen met dementie naar eigen leefstijl vrij en zelfstandig kunnen bewegen, zonder afgesloten te zijn van de gewone wereld. ‘Omgekeerde integratie’ noemen ze dit bij zorgcentrum Hogewey. Hoe mevrouw Balendonk aan IDé vertelt hoe blij ze is dat ze geen Zweedse band meer hoeft te dragen. ‘Ik vond het niks dat ik niet op kon staan’, zegt ze, en: ‘Ik voelde me een hond die aan de ketting ligt.’

Hoe ze er in verpleeghuis Lückerreide in slagen om stapje voor stapje mensen met dementie steeds meer hun vrijheid terug geven. Met een scholingsprogramma, duidelijk beleid, goed overleg, technische hulpmiddelen, maatwerk voor iedere bewoner en de onwrikbare wil om de banden de wereld uit te werken. De Conclusie van de DVD: meer bewegingsvrijheid is voor mensen met dementie van levensbelang en het kán; met de nieuwste inzichten en moderne hulpmiddelen!

Bij de workshop waren ook aanwezig Els, de vrouw van Jo Derksen, meneer en mevrouw Zoetemeijer met hun dochter, en directeur Math Gulpers en verpleegkundige Ine Smeets van Lückerreide. In het kringgesprek lichtten zij hun ervaringen toe en ook andere deelnemers brachten hun ervaringen of vragen in. Hierbij kwam ondermeer aan de orde of de ‘Alzheimer- TomTom’ ook in de psychogeriatric een oplossing zou kunnen zijn. En dat het soms erg ingewikkeld kan zijn om oplossingen te vinden. Bijvoorbeeld als iemand niet meer kan lopen en dat wel wil. Voordat een passende oplossing gevonden is, moet je dan vaak intensief observeren en veel verschillende dingen uitproberen. Veel deelnemers gaven ook aan dat het overleg met familie speciale aandacht vraagt. Familie is vertrouwd met het idee dat fixeren vaak het beste voor iemand is. Het vraagt tijd en aandacht om hen op de hoogte te brengen van de nieuwste inzichten en te betrekken bij het vinden van nieuwe passende oplossingen voor hun familielid. Kortom: het proces naar meer bewegingsvrijheid en niet meer vastbinden vraagt kennis, creativiteit, overleg en doorzettingsvermogen.

Meer informatie over de campagne van IDé-Innovatiekring Dementie is te vinden op: www.innovatiekringedementie.nl.

Het voorkomen van probleemgedrag

Nieuwe hersenkundige inzichten (zoals die van Dr. Anneke van der Plaats) laten zien dat mensen met beschadigde hersenen niet meer in staat zijn om prikkels uit hun omgeving af te weren. Door hun hersenbeschadiging kunnen zij zich moeilijk concentreren en worden dus snel afgeleid vooral door geluids- en bewegingsprikkel.

Wanneer in die omgeving veel prikkels zijn die zij niet meer kunnen afweren en duiden, dan ontstaat probleemgedrag. Voorbeelden van deze prikkels zijn: personeel dat naar elkaar roept, een pieper die afgaat, een radio die aanstaat, familie die met elkaar praat, gekletter van kopjes enz.

Daarom is het belangrijk dat de leefomgeving van mensen met beschadigde hersenen herkenbaar, veilig en overzichtelijk is. Bij een gunstige leefomgeving, een omgeving met zo min mogelijk stress, neemt probleemgedrag af.

Onder een leefomgeving wordt verstaan:

De materiële omgeving, de bouw en de inrichting. Zo is het belangrijk bij mensen met beschadigde hersenen zoals bij dementie of een verstandelijke beperking een kamer niet teveel met één kleur in te richten. Deze mensen hebben namelijk waarnemingsstoornissen en kunnen moeilijk diepte waarnemen en afstand inschatten. Als de kleur van de vloer en de stoelen hetzelfde is, wordt dat een groot vlak en ziet men de stoel niet zodat mensen niet zullen gaan zitten ook al wordt er gezegd: 'gaat u maar rustig zitten hoor', ze kijken wel uit!

Zorgaanbieders kunnen door inzicht te hebben in deze nieuwe hersenkunde, gebruikmaken van deze inzichten en hier dus rekening mee houden bij het ontwerp van de bouw en inrichting: Welk gedrag wil ik bij cliënten wel of juist niet uitlokken? Welke invloed heeft de nieuw ontworpen fysieke woonomgeving op het gedrag van cliënten?

De immateriële omgeving, de bejegening naar de cliënten. Het is belangrijk om veiligheid te bieden en mee te gaan in de beleving. Hiervoor is contact maken belangrijk. Zij kunnen ons niet meer begrijpen, maar wij kunnen wel leren hun te begrijpen' is bij het contact maken een belangrijke grondhouding. Sleutelbegrippen hierbij zijn: afstemmen, veilig, langzaam, stilte, aansluiten op het niveau van de ander, verleiden, niet laten falen.

Ook de organisatie van de werkprocessen behoort tot de immateriële omgeving. Onder werkprocessen worden de dagelijkse handelingen zoals wassen en eten verstaan. Bij werkprocessen gaat het erom de juiste prikkel op het juiste moment aan te bieden, waardoor wij richting geven aan het gedrag van mensen met

beschadigde hersenen. Dit kan door sferen te creëren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een eetsfeer. De radio of televisie gaat uit, de tafel wordt gedekt met herkenbaar tafelkleed en servies, de cliënten komen aan tafel zitten en de verzorgende gaat therapeutisch mee-eten. Zien eten doet eten. Terwijl men aan het eten is, wordt er dus niets anders gedaan zoals stofzuigen, dit scheidt onrust en dan wordt er niet meer gegeten.

De kunst is om van standaarddenken naar inlevingsdenken te gaan, van ingrijpen naar observeren. De grootste valkuil is om te denken dat je als verzorgende alles waarmee de cliënten naar je toe komen, moet proberen op te lossen. Dit geeft grote machteloosheid omdat veel dingen niet op te lossen zijn zoals een huis in de aanbidding hebben als een cliënt vraagt: 'zuster, ik wil naar huis' of een moeder als de cliënt vraagt: 'ik moet naar mijn moeder toe'.

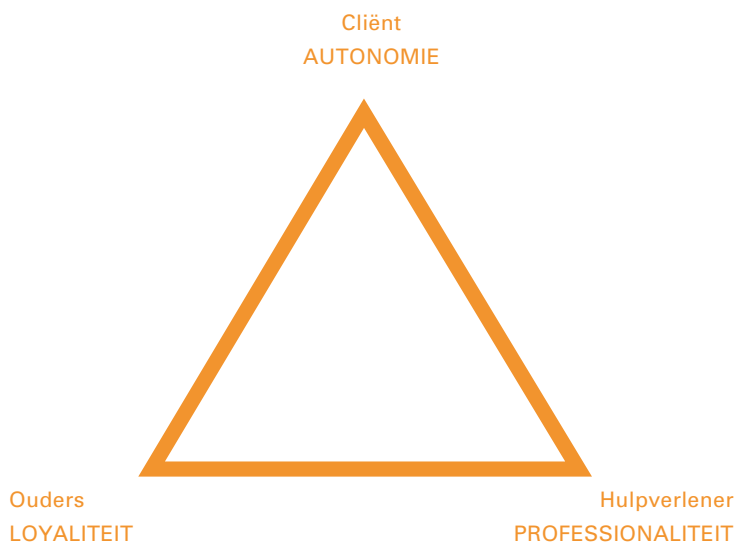
Lucie Claessen is programmaleider gehandicaptenzorg (IGZ),

Chiel Egberts is orthopedagoog bij Philadelphia en

Monica de Visser werkt bij PhiladelphiaSupport

Samenwerken in de driehoek

De verhouding tussen de cliënt, zijn ouders of vertegenwoordiger en de professionele hulpverlener is complex en kwetsbaar. De aard van de verhouding verschilt voor elk van de betrokkenen wezenlijk. Voor de cliënt is het een noodzakelijke verhouding, voor ouders/vertegenwoordiger een gedwongen verhouding en voor de professional een gekozen verhouding. Iedereen heeft in deze driehoek een eigen verantwoordelijkheid.



Aan de hand van een opgenomen gesprek wordt een voorbeeld gegeven van een lastig gesprek tussen een hulpverlener en een ouder over een incident met de cliënt.

Deelnemers aan de workshop analyseren dit gesprek aan de hand van een aantal vragen. Duidelijk wordt het evidente belang van zorgvuldig overleg en een goede relatie tussen hulpverlener en cliëntvertegenwoordiger.

Boodschappen:

- Onderken en bespreek bij het ontstaan van de driehoek de kenmerken van de verhoudingen en de manier van met elkaar omgaan.
- Let continu zorgvuldig op de ontwikkelingen in de verhoudingen.
- Geniet met elkaar van de perioden waarin de verhoudingen goed zijn.
- Signaleer misverstanden en stel ze direct aan de orde.
- Koester een goede relatie met de cliëntvertegenwoordiger: de loyaliteit die er van nature bestaat tussen cliënt en vertegenwoordiger moet altijd gerespecteerd worden.

De vijf motto's van Chiel Egberts:

Voor begeleiders

- Doe wat je belooft; liefst wat meer, liefst iets eerder.
- Zorg goed voor de cliënt, zorg beter voor diens ouders (in de ouderenzorg: kinderen).

Voor ouders/vertegenwoordigers

- Voel, denk en spreek positief over de begeleider van je kind/ouder.
- Blijf in je hoek.

Voor cliënten

- Puberen doe je zelf (dat wil zeggen dat de cliënt zelf zijn eigen ruimte moet 'bevechten').

Meer informatie over samenwerken in de driehoek is te lezen in: 'Ouders op hun plek, samenwerken in de driehoek cliënt, ouders en begeleiders' van Chiel Egberts.

Riny Hoonings

is locatiemanager afdeling PG, Sevagram Zorgcentra Heerlen

Anne Klein is hoofd afdeling Care, College bouw zorginstellingen en

Peter Vlietman is manager Zorg en Behandeling van verpleeghuis

De Antonius hof te Bussum

De ervaringen van een zorgcentrum

De ervaringen van het verpleeghuis VKH in Heerlen. Hoe met een veranderde zorgvisie waarin kwaliteit van leven van de psychogeriatrische cliënt voorop staat (en hierin geen vrijheidsbeperkende maatregelen passen) en commitment van alle betrokkenen, het lukt om op één afdeling het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen fors te verminderen. En ook medewerkers actief zoeken naar alternatieven (domotica, lage bedden, aangepaste stoelhoogte, aangepaste huisvesting etc.) en de communicatie op verschillende gebieden is geïntensiveerd of opgezet, familie en medewerkers samen naar oplossingen zoeken. Deze verandering zal worden geïmplementeerd op andere afdelingen van het zorgcentrum.

Meer informatie over de ervaringen in verpleeghuis VKH is te lezen in: De congreskrant zorg voor vrijheid, balanceren tussen vrijheid en veiligheid (www.zorgvoorvrijheid.nl).

De relatie tussen bouw en vrijheidsbeperkingen

Bouw brengt vrijheidsbeperkingen met zich mee op grond van de Wet Bopz. Een afdeling kan worden gesloten om collectief gevaar af te wenden. Per individu is vrijheidsbeperking te bepalen, maar de praktijk wijst anders uit. De gelegenheid en aanwezigheid van vrijheidsbeperking creëert ook het gebruik zoals de bouw van een afzonderingskamer.

Het College Bouw ziet erop toe dat hoofdverkeersstromen (bevoorrading, afvaltransport etc.) niet dwars door woongroepen lopen, ter voorkoming van de huiselijke rust. Beschikbaarheid van personeel op kleine groepen bewoners speelt een rol. Er kan sprake zijn van een klein aantal psychogeriatrische bewoners die zelfstandig binnen een zorginstelling met andere somatische zorg behoevende bewoners wonen.

Bouw voorkomt vrijheidsbeperking door een heldere lay-out van het gebouw en voldoende uitwijkruimten. Goede zichtlijnen zijn nodig vanuit het oogpunt van toezicht, bijvoorbeeld de manier waarop een keukeneiland in een groepswoning is geplaatst of een rookruimte die goed te overzien is. Domotica biedt veel mogelijkheden om onder andere met behulp van leefcirkels (toegepast in Leo Polakhuis te Amsterdam), chips, belmatjes, bewegingssensoren, individuele vrijheidsbeperking te beperken.

Bouw voorkomt ook vrijheidsbeperking door individuele huisvesting, kleinere huishoudens met meer privacy, dus minder interacties en als gevolg daarvan minder probleemgedrag. Dit alles resulteert in minder noodzakelijke vrijheidsbeperking in de bouw.

Voorkeur heeft de bouw indien mogelijk op de begane grond voor bepaalde doelgroepen zoals psychogeriatrische bewoners die hierdoor naar buiten kunnen en in een tuin kunnen wandelen. Indien de bouw voor psychogeriatrische bewoners op een verdieping wordt gerealiseerd, zijn voldoende vertredingsruimten en ruime balkons of dakterrassen noodzakelijk. Ook is belangrijk voldoende daglichttoetreding en voldoende lampverlichting (circa 500 lux) voor de bewoners.

Bouw dient rekening te houden met veiligheid. Men kan hierbij denken aan het vermijden van gladde vloeren, het gebruikmaken van verlichting van routes van kamer naar sanitair (lichtloopcircuit). Gelegenheid en aanwezigheid van afzonderingskamers zorgt voor rust.

Per 1 januari 2009 is het bouwregime voor de langdurige zorg afgeschaft. De gevolgen voor de afschaffing betekenen dat er geen prestatie-eisen meer zullen gelden voor de bouw. Er dienen veldnormen ontwikkeld te worden. De inhoud is nog niet bekend, maar de concentratie ligt op het gebied van fysieke veiligheid. Ook zal de nieuwe Wet zorg en dwang gevolgen hebben voor de psychogeriatrische bewoners en mensen met een verstandelijke handicap

evenals de toekomstige herziende Wet Bopz. De toets voor de criteria met betrekking tot bouw zal achteraf plaatsvinden. Dit zal een nieuwe rol zijn voor de inspectie met ondersteuning van TNO Centrum Zorg en bouw. De deskundigheid van College Bouw Zorginstellingen is door dit centrum overgenomen.

Meer informatie over de relatie tussen bouw en vrijheidsbeperking is te lezen in: De congreskrant zorg voor vrijheid, Onze bewoners kunnen gaan en staan waar ze willen (De congreskrant is te vinden op www.zorgvoorvrijheid.nl).

Intentieverklaring



Zorg voor Vrijheid
Samen naar minder vrijheidsbeperking in 2011

INTENTIEVERKLARING

De betrokken partijen zijn:
CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ

Bovengenoemde partijen komen het volgende overeen:
Begin 2009 is een realistisch plan van aanpak gereed voor het terugdringen van vrijheidsbeperkingen in de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Dit plan leidt tot het volgende resultaat:
In 2011 zijn in de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking geen onrustbanden meer in gebruik. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk deze nog toe te passen als voldaan is aan strikte kwaliteitseisen en toezicht om de veiligheid van cliënten te waarborgen. Terugdringen en afschaffen van onrustbanden leidt niet tot inzet of toename van gedwongen gedragsbeïnvloedende medicatie of andere vormen van vrijheidsbeperking en vraagt daarom om intensieve monitoring.

In 2011 zijn ook andere vormen van vrijheidsbeperking fors verminderd. Vrijheidsbeperking wordt uitsluitend toegepast als er voor de cliënt geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Bovendien moet verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperking onder deze voorwaarden altijd gebonden zijn aan strikte kwaliteitseisen.

Aldus getekend te Ede op 18 november 2008,

Ondertekening door de betrokken partijen:



Congresbundel Symposium

Zorg voor Vrijheid

18 november 2008