

De weg naar een bandenloze zorg in Nederland

J.P.H. Hamers^{a,b}, M.J.M. Gulpers^c, M.H.C. Bleijlevens^{a,b}, E. Capezuti^d,
E. van Rossum^{a,b,e}

A Dutch roadmap for care without belts usage

The use of physical restraints still is highly prevalent in institutional long term care settings for older people. We know that the use of restrictive measures, such as belt restraints, do have many negative consequences for residents, and even can be harmful to their health. However, this knowledge does not result in a reduction of physical restraints. This paper describes the search for an intervention (EXBELT) aiming to safely reduce and prevent the use of belt restraints in nursing homes. EXBELT consists of a promotion of institutional policy change that discourages use of belt restraints, nursing home staff education, availability of alternative interventions, and consultation by a nurse specialist. Effect evaluations show that EXBELT is effective on the short and long term. According to a process evaluation, EXBELT was largely performed according to protocol and very well received by nursing home staff and resident's relatives. However, concurrently it is stated that the reduction of physical restraints in Dutch nursing home care runs slowly. The conclusion is that continuing focus is needed to reduce physical restraints in nursing homes and to prevent its use in home care.

Keywords: dementia, nursing home, home care, physical restraints, belt restraints

Tijdschr Gerontol Geriatr 2013; 44: 253-260

Samenvatting

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden vaak toegepast in de intramurale ouderenzorg. Tegelijkertijd weten we dat de toepassing van

restrictieve vrijheidsbeperkende maatregelen zoals banden veel nadelige gevolgen heeft voor bewoners en hun gezondheid schade toe brengt. Toch leidt deze kennis niet tot een vermindering van het aantal maatregelen. Deze bijdrage beschrijft de zoektocht naar een

^a Department of Health Services Research, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

^b CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

^c MeanderGroep Zuid-Limburg, Kerkrade, The Netherlands

^d New York University, New York, NY, USA

^e Lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Ziekten, Zuyd Hogeschool, Heerlen, The Netherlands

Correspondentie: Prof. dr. J.P.H. Hamers, Department of Health Services Research, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands, Email: jph.hamers@maastrichtuniversity.nl

interventie (EXBELT) om banden in verpleeghuizen veilig te verminderen en te voorkomen. EXBELT omvat een instellingsverbod op bandengebruik, een intensief scholingsprogramma, beschikbaarheid van alternatieve interventies en een gespecialiseerde verpleegkundige als consultant. In effectevaluaties blijkt EXBELT zowel op de korte, middellange als lange termijn effectief te zijn. Uit een procesevaluatie komt naar voren dat de interventie grotendeels volgens protocol is uitgevoerd en positief wordt gewaardeerd door medewerkers in verpleeghuizen en familie van bewoners. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat het reduceren van vrijheidsbeperkende maatregelen in Nederland traag verloopt en blijvende aandacht noodzakelijk is om bandengebruik in verpleeghuizen terug te dringen en in de thuiszorg te voorkomen.

Trefwoorden: dementie, verpleeghuis, thuiszorg, fixatie, vastbinden, vrijheidsbeperkende maatregelen

Inleiding

‘Ouderen vastbinden hoeft niet’ kopte NRC Handelsblad op 16 April 2013, verwijzend naar de uitkomsten van wetenschappelijke studies naar de EXBELT interventie die gericht is op het verminderen van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen in het algemeen en specifiek op het verminderen van banden en andere restrictieve maatregelen. EXBELT is het resultaat van een onderzoekslijn naar vrijheidsbeperkende maatregelen die in 2000 is gestart aan de Universiteit Maastricht. In deze bijdrage wordt de balans opgemaakt van ruim 12 jaar onderzoek naar vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarbij zal de huidige kennis over vrijheidsbeperkende maatregelen kort worden samengevat, waarna de resultaten van de onderzoeken naar reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen worden beschreven. Ten slotte wordt ingegaan op de impact van deze onderzoeken voor praktijk, beleid, regelgeving en worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Vrijheidsbeperkende maatregelen

De prevalentie van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen is hoog en ligt internationaal tussen de 15–66%.^{1–3} Daarbij gaat het vooral om bedhekken, maar ook om banden, tafelbladen en infrarood

waarschuwingssystemen. Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat prevalentiecijfers tussen landen en soms tussen instellingen niet vergelijkbaar zijn. Dat komt omdat verschillende definities over vrijheidsbeperkende maatregelen worden gehanteerd. Zo worden dubbelzijdige bedhekken in sommige landen niet als maatregel geregistreerd terwijl dat in de meeste landen wel gebeurt. Ook het gebruik van technologie, zoals infrarood waarschuwingssystemen, wordt niet eenduidig geregistreerd.

Om te komen tot een betere vergelijkbaarheid van gegevens hebben wij in 2010 het initiatief genomen om te komen tot een internationale (onderzoeks)definitie van fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen, die toepasbaar is in meerdere sectoren van de zorg, zoals thuiszorg, verpleeghuizen en ziekenhuizen.⁴ In een delphi-onderzoek met drie rondes en een bijeenkomst met internationale experts (Boston, USA, November 2011) hebben 47 experts uit 13 landen gewerkt aan deze definitie. In November 2012 is de uitkomst daarvan gepresenteerd. Een fysieke vrijheidsbeperkende maatregel wordt gedefinieerd als “any action or procedure that prevents a person’s free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method that is attached or adjacent to a person’s body and that he/she cannot control or remove easily”.

Determinanten van vrijheidsbeperkende maatregelen

Lang is aangenomen dat kenmerken in het werk (zoals werkdruk, sociale steun van collega’s en leiding, autonomie) of de organisatie (zoals ziekteverzuim en ratio medewerkers/bewoners) van invloed zijn op het vastbinden van bewoners. Huizing et al.⁵ toonden echter aan dat dit niet het geval is. Hoge werkdruk of minder handen aan het bed leiden niet tot meer vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze resultaten zijn later door onderzoeksgroepen in verschillende andere landen bevestigd.^{2,6} Bewonerskenmerken blijken de belangrijkste determinanten te zijn voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.^{2,5,7–9} Slechte cognitieve status, slechte mobiliteit en hoge mate van lichamelijke afhankelijkheid zijn de belangrijkste voorspellers van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.^{10,11}

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden vooral toegepast om de veiligheid van bewoners te verhogen. In verpleeghuizen gaat het dan bijna altijd om letsel door valpartijen te voorkomen.^{9,11} Inmiddels weten we echter dat restrictieve maatregelen, zoals vastbinden,

onbedoeld veel schade berokkenen. Bewoners worden bijvoorbeeld incontinent omdat ze niet naar het toilet kunnen of worden agressief en gaan roepen omdat ze bevrijd willen worden uit hun fixatie. Illustratief voor de gevolgen van maatregelen voor bewoners is de studie van Castle en collega's,¹² waarin tweeduizend bewoners over een periode van zes jaar zijn gevolgd. Daaruit komt naar voren dat de toepassing van fixatie door pols-, enkel- en heupbanden en vormen van stoelfixatie, leidt tot achteruitgang van cognitieve vermogens, toename van depressieve klachten en vermindering van sociale betrokkenheid.¹² Het fixeren van mensen met dementie is extra ingrijpend; zij begrijpen vaak niet waar ze zijn en zoeken geborgenheid. Vastbinden versterkt het hulpeloze gevoel en verstoort het gevoel van geborgenheid.

Vastbinden vermindert niet het risico op vallen en valletsel. Door sterke afname van de spiermassa vanwege het niet gebruiken van spieren en verminderde balans door niet gebruiken van de loopfunctie, ontstaat een vicieuze cirkel. Een nieuwe val van de bewoner wordt door zorgverleners gezien als bevestiging dat bijvoorbeeld vastbinden een adequate aanpak is.¹³ Ten slotte leidt het zich koste wat kost willen bevrijden uit banden, jaarlijks tot dodelijke ongevallen in verpleeg- en ziekenhuizen.

De conclusie is dat de toepassing van restrictieve maatregelen zoals het gebruik van banden moet worden voorkomen en gereduceerd.

Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen terugdringen

Zorgverleners hebben tijdens hun opleiding geleerd dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals banden en bedhekken, effectieve en goede zorg is. Dat verklaart mogelijk waarom het bijscholen van zorgverleners in veel landen (bijvoorbeeld Canada, Duitsland,¹⁴ Hong Kong,¹⁵ Nederland^{16,17} en Noorwegen¹⁸) als interventie wordt gekozen om het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. Soms wordt de scholing gecombineerd met de inzet van een gespecialiseerde verpleegkundige.^{16,17,19,20}

Er zijn diverse onderzoeksdesigns toegepast om de effectiviteit van deze interventies vast te stellen in de intramurale ouderenzorg, variërend van (cluster) randomized controlled trials tot chart reviews. In algemene zin kan worden vastgesteld dat de gecontroleerde studies beduidend vaker negatieve resultaten

rapporteren (dit wil zeggen dat de interventie niet werkt) dan de niet gecontroleerde studies.

Hoewel scholing een positief effect lijkt te hebben op de kennis van de deelnemers^{14,21} zijn de effecten ervan op reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen al met al echter gering en van korte duur.^{14,18,22} Uit ons eigen onderzoek blijkt dat intensieve bijscholing in combinatie met de inzet van gespecialiseerde verpleegkundige geen enkel effect heeft op het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.^{16,17} Gekeken naar mogelijke redenen daarvan, geven betrokken zorgverleners aan dat zij zich in het terugdringen van de maatregelen niet gesteund voelen door het management ('er is vaak geen visie op zorg'), ze ervaren tegenwerking bij collega's die niet aan de bijscholing hebben deelgenomen, en soms ontbreken alternatieven voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals een laag bed of het inzetten van extra fysiotherapie). Ook is focus gewenst op de meest restrictieve maatregelen zoals banden.

Op basis van deze kennis is een nieuwe aanpak ontwikkeld die een scholingsprogramma en de inzet van een gespecialiseerde verpleegkundige combineert met een beleidswijziging en beschikbaarheid van alternatieve interventies. Deze interventie, genaamd EXBELT, primair gericht op reductie en preventie van het gebruik van banden, bleek erg effectief in een kleinschalige niet gecontroleerde pilot. Het aantal banden werd verminderd van twaalf naar één in een groep van 30 verpleeghuisbewoners terwijl er geen andere restrictieve maatregelen of meer psychofarmaca werden toegepast en het aantal valincidenten met letsel niet toenam.²³ Vervolgens is EXBELT op grote schaal geëvalueerd in een gecontroleerde studie.

EXBELT: veilig verminderen van banden in verpleeghuizen

De interventie EXBELT bestaat uit 4 onderdelen,^{3,24} te weten:

1. Een verbod op het gebruik van de banden. Dit verbod wordt uitgevaardigd door de directie van een verpleeghuis, en wordt van kracht binnen een af te spreken periode (bijvoorbeeld 2–3 maanden). Er moet worden gewerkt aan het verminderen van bestaande banden. Nieuwe banden mogen niet meer worden toegepast. Het verbod wordt gecommuniceerd naar medewerkers en vertegenwoordigers (familie) van bewoners.
2. Een intensief scholingsprogramma voor zorgverleners. Dit programma wordt aangeboden door gespecialiseerde

verpleegkundigen en bestaat uit drie bijeenkomsten van drie uur. De bijeenkomsten worden georganiseerd voor multidisciplinair samengestelde groepen zorgverleners (verzorgenden, verpleegkundigen, artsen, paramedici, psychologen, leidinggevenden) werkzaam op verschillende afdelingen. De scholing omvat kennisoverdracht over alle facetten van vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals prevalentie, consequenties, determinanten, attitude, wetgeving) en bespreking van actuele casuïstiek. Deelnemers moeten daarvoor beschrijvingen van vastgebonden bewoners inbrengen. Tot slot wordt een additionele bijeenkomst van anderhalf uur georganiseerd voor medewerkers die de scholing niet kunnen bijwonen. Tijdens deze bijeenkomst worden de onderwerpen uit de scholing kort samengevat.

3. De beschikbaarheid van alternatieve interventies, zoals een laag bed, een infraroodsysteem, cameratoezicht, buitenlucht, extra activiteiten, fysiotherapie en balansoefeningen, allen gericht op de individuele bewoner.
4. Een gespecialiseerde verpleegkundige als consultant voor specifieke casuïstiek. De gespecialiseerde verpleegkundige kan worden geconsulteerd indien wenselijk om specifieke bewoners te bespreken en na te gaan wat mogelijke alternatieven zijn voor vastbinden in specifieke situaties. Daarnaast bezoekt deze verpleegkundige ook actief verpleegafdelingen om ter plekke advies te kunnen geven over specifieke situaties.

Onderzoek naar effectiviteit van EXBELT

De effectiviteit van EXBELT is onderzocht in een quasi experimentele studie; 26 afdelingen van 13 psychogeriatrische verpleeghuizen hebben hieraan meegedaan.^{3,24,25} De voorwaarde voor deelname was een prevalentie van bandengebruik op een afdeling van tenminste 10%. De interventiegroep bestond uit zes verpleeghuizen (15 afdelingen, 317 bewoners) en de controlegroep uit zeven verpleeghuizen (11 afdelingen, 201 bewoners). De primaire uitkomstmaat was het gebruik van banden gemeten door geblindeerde observatoren die het bandengebruik, onaangekondigd, op vier momenten ('s morgens, 's middags, 's avonds en 's nachts) gedurende een periode van 24 uur registreerden. Secundaire uitkomstmaten waren het gebruik van andere vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals bedhekken en stoelplanken, het gebruik van psychofarmaca, het aantal valpartijen en letsel door valpartijen. De gegevens werden verzameld op baseline, en vier en acht maanden

daarna. Verder is de lange termijn effectiviteit van EXBELT onderzocht in een afzonderlijke studie.²⁶ Daartoe zijn het gebruik van banden en andere vrijheidsbeperkende maatregelen 24 maanden na baseline opnieuw op dezelfde wijze gemeten door geblindeerde observatoren. Naast de effectevaluatie is ook een procesevaluatie uitgevoerd waarin met vragenlijsten, individuele en groepinterviews en registratieformulieren is nagegaan hoe de interventie is uitgevoerd en wat de ervaringen van deelnemers waren.²⁷

Resultaten

De kenmerken (geslacht, bandengebruik, recente valpartijen, gebruik psychofarmaca) van bewoners waren op baseline vergelijkbaar op de controle en experimentele afdelingen. De gemiddelde leeftijd van bewoners op de controleafdelingen (84 jaar) was iets hoger dan die op de interventieafdelingen (82 jaar).

Op baseline werd 19% van de bewoners op de controleafdelingen vastgebonden; op de interventieafdelingen 17% ($p=0,70$). Na 8 maanden was het bandengebruik in de interventiegroep gereduceerd met 50%, terwijl het bandengebruik in de controlegroep niet was gewijzigd ($p=0,005$).³

Het gebruik van andere vrijheidsbeperkende maatregelen na acht maanden was in de interventiegroep ook afgenomen; de grootste verschillen met de controlegroep werden gevonden in het gebruik van bedhekken ($p=0,001$) en verpleegdekens ($p=0,006$). Het aantal valpartijen en het gebruik van psychofarmaca verschilde na acht maanden niet tussen beide groepen.³ Opvallend was dat bij de helft van de bewoners waar de banden waren gestopt geen alternatieve maatregelen werden toegepast. De meest toegepaste alternatieven waren extra lage bedden en belmatten.^{3,27}

Wellicht nog belangrijker dan reductie van banden en andere vrijheidsbeperkende maatregelen is de preventie van toepassing daarvan. Acht maanden na baseline blijkt dat er in de interventiegroep geen banden worden gebruikt (0%) bij bewoners die na de introductie van EXBELT werden opgenomen, terwijl in de controlegroep 20% nieuwe banden worden toegepast bij vergelijkbare nieuwe bewoners ($p=0,03$).²⁵ Hoewel ook het aantal andere vrijheidsbeperkende maatregelen lager was in de interventiegroep was dit verschil niet statistisch significant. Er waren ook geen verschillen in het gebruik van psychofarmaca en het aantal valpartijen.²⁵

Twee jaar na baseline is gekeken naar de lange termijn effecten van EXBELT.²⁶ De resultaten

voor bandengebruik staan weergegeven in Figuur 1.

In de interventiegroep is het bandengebruik verder gedaald, terwijl het bandengebruik in de controlegroep vrijwel ongewijzigd is ten opzichte van de baseline ($p=0,036$). Als we kijken naar alle bewoners ($n=689$) die twee jaar na baseline aanwezig zijn op de interventie- en controleafdelingen zien we hetzelfde resultaat; het gebruik van banden is dan respectievelijk 3% en 13% ($p<0,001$).²⁶

Uit de procesevaluatie kwam naar voren dat de in EXBELT-interventie grotendeels volgens protocol werd uitgevoerd en positief is ontvangen door de zorgverleners.²⁷ Wel werd aangegeven dat duidelijkere instructies over het aankondigen van de beleidswijziging gewenst zijn en werd aanbevolen de gespecialiseerde verpleegkundigen proactiever in te zetten.²⁷

Conclusies EXBELT

De belangrijkste conclusie die uit bovenstaande onderzoekslijn en de EXBELT onderzoeken kan worden getrokken is dat EXBELT effectief is in het voorkomen van het gebruik van nieuwe banden en het bandengebruik veilig kan reduceren. Ook kan worden geconcludeerd dat EXBELT goed kan worden geïmplementeerd. Overigens moet ook met een aantal kanttekeningen rekening worden gehouden zoals de beperkte grootte van de steekproef en het ontbreken van randomisatie in het quasi-experimentele design.

Het resultaat van het lange termijn onderzoek, het hoge percentage bandengebruik in de controlegroep, is om twee redenen opvallend. Ten eerste hebben alle controlegroepen na afloop van de originele EXBELT studie het scholingsonderdeel gevolgd. Dit heeft niet geresulteerd in minder bandengebruik en bevestigt de resultaten van eerder onderzoek naar de effectiviteit van bijscholingen alleen.^{16,17}

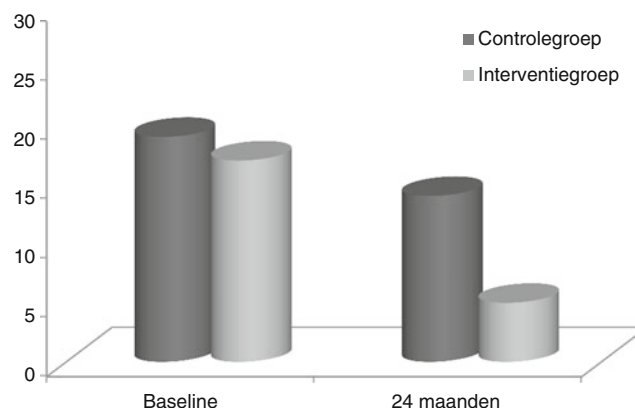
Ten tweede maken controle en interventieverpleeghuizen deel uit van dezelfde verpleeghuisorganisaties. Anders gezegd, ze vallen onder dezelfde Raad van Bestuur. Het is dan vreemd dat verpleeghuis A een succesvol bandenvrij beleid heeft en vrijwel bandenvrij is, terwijl verpleeghuis B haar beleid niet heeft aangepast en nog steeds volop banden gebruikt.

Deze resultaten onderstrepen het belang van de toepassing van een combinatie van alle EXBELT onderdelen (scholing alleen is onvoldoende!) waarbij overigens geen uitspraken kunnen worden gedaan over de precieze effecten van de verschillende onderdelen. Ook moet de noodzaak worden benadrukt van blijvende aandacht voor reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Betekenis voor praktijk, beleid en wetgeving

Afgemeten aan de reacties die wij kregen tijdens presentaties op nationale congressen, was in 2000 ongeveer 95% van de zorgverleners (m.n. artsen en verpleegkundigen) ervan overtuigd dat het vastbinden van bewoners goede en veilige zorg is. Als we die vergelijking treffen met 2013 is dat nu misschien nog maar 5%. De algemene opinie lijkt mede dankzij onderzoek en de aandacht op scholingsdagen, symposia en in de media drastisch veranderd. Tegelijkertijd moeten we vaststellen dat dit nog onvoldoende is vertaald in het gedrag van zorgverleners. Er worden immers nog steeds veel banden en andere vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt.

Op 18 November 2008 ondertekenden de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC-LPR), de beroepsverenigingen V&VN, Sting, NIP en NVVA, vereniging voor zorgondernemers Actiz, Zorgverzekeraars Nederland en de IGZ een intentieverklaring waarin zij aangaven dat de Nederlandse verpleeghuizen in 2011 bandenvrij zouden moeten zijn. Helaas moet worden



Figuur 1 EXBELT: bandengebruik in procenten na 24 maanden

vastgesteld dat intentieverklaringen de zorgpraktijk en het beleid niet drastisch hebben veranderd.

Eind 2008 heeft de toenmalige staatssecretaris van VWS aangekondigd dat een wetwijziging aanstaande is. In 2009 is het wetsvoorstel ten aanzien van zorg en dwang voor personen met psychogeriatrische aandoening of een verstandelijk handicap aangeboden aan de Tweede Kamer.²⁸ In de memorie van toelichting bij deze wet is opgenomen dat de toepassing van banden alleen nog is toegestaan als alle alternatieven zijn uitgeput en er ernstig nadeel dreigt voor de bewoner met verwijzing naar hierboven beschreven onderzoeken. Valgevaar wordt daarbij expliciet uitgesloten van de definitie van ernstig nadeel. Niettemin laat het wetsvoorstel nog ruimte voor het toepassen van restrictieve maatregelen in bijvoorbeeld de thuiszorg. Dit leidt tot veel discussie waardoor er medio 2013 nog steeds geen nieuwe wetgeving is in Nederland. Bij het ter perse gaan van dit artikel is het wetsvoorstel zorg en dwang goedgekeurd door de Tweede Kamer en wacht nu de beoordeling bij de Eerste Kamer.

In Nederland heeft de reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen de afgelopen twee jaren veel aandacht gehad, vooral door projecten van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl),²⁹ Innovatiekring Dementie (www.innovatiekringdementie.nl), Zorg voor Beter (www.zorgvoorbeter.nl), en de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). De IGZ adviseerde verpleeghuizen al in 2011 om EXBELT in te voeren en de innovatiekring geeft verpleeghuizen die bandenvrij zijn een keurmerk. Hoewel het aantal huizen met zo'n keurmerk toeneemt, vormen zij nog een minderheid.

Samengevat kan worden gesteld dat de Nederlandse zorg duidelijk in beweging is als het gaat om het reduceren van vastbinden van mensen in verpleeghuizen en reductie van andere restrictieve vrijheidsbeperkende maatregelen. Tegelijkertijd zien we dat de veranderingen (op basis van aanwezige kennis te) langzaam plaatsvinden en dat blijvende aandacht voor het terugdringen van maatregelen noodzakelijk is. Daarnaast liggen er nieuwe uitdagingen te wachten.

Vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuissituatie

Met de toename van het aantal mensen met dementie thuis, is de belangrijkste uitdaging

voor de toekomst het voorkomen van bandengebruik en andere maatregelen in de thuiszorg. Over de prevalentie van maatregelen in de thuiszorg is internationaal geen kennis beschikbaar. Wel zijn er aanwijzingen dat er vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt.³⁰ Daarom hebben wij onlangs een studie uitgevoerd³¹ naar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (o.a. banden en bedhekken) en onvrijwillige zorg (o.a. afnemen/opbergen van middelen en verborgen medicatie toedienen) onder 3154 cliënten in de thuiszorg; van deze cliënten hadden er slechts 272 een psychogeriatrische indicatie. In deze groep werd bij 21% een vrijheidsbeperkende maatregel gebruikt. De meest frequent genoemde vrijheidsbeperkende maatregel was het gebruik van bedhekken (4%); banden werden niet gebruikt.³¹ Deze resultaten komen overeen met die van een recente internationale studie waarin we de zorg in 8 landen hebben vergeleken.³² Dit zijn positieve resultaten, maar met de kennis over bandengebruik uit andere sectoren en andere landen is het belangrijk om ervoor te waken dat het gebruik in de toekomst zal gaan toenemen. Vooral omdat we weten dat steeds meer mensen met dementie zo lang mogelijk thuis zullen wonen.

Vervolgonderzoek

In deze bijdrage is een overzicht gegeven van de opbrengsten van onderzoek naar vrijheidsbeperkende maatregelen in de intramurale ouderenzorg. Dit onderzoek heeft geleid tot nieuwe kennis over onder andere determinanten van vrijheidsbeperking en een methode (EXBELT) om vrijheidsbeperking te voorkomen en te reduceren. Ook heeft het onderzoek veel societal impact gehad; het beleid in Nederland is aangepast en restrictieve maatregelen worden minder toegepast in de verpleeghuiszorg.

Toch blijft ook een aantal vragen onbeantwoord. Hoe kan het dat het ene verpleeghuis van een zorgorganisatie bandenvrij is terwijl een ander huis, behorend tot dezelfde organisatie, mensen vastbindt en het beleid op dit terrein niet aanpast? Of anders gezegd, waarom wordt een evidence-based interventie in de ene instelling uitgerold en in de andere instelling niet? Vervolgonderzoek naar deze vragen is belangrijk. Datzelfde geldt voor de vraag of de in EXBELT-aanpak is te vertalen als succesvolle methode voor het doorvoeren van veranderingen op andere terreinen. Anders gezegd, heeft een aanpak waarbij alle lagen van een organisatie zijn betrokken de grootste kans op succes om veranderingen door te

voeren? Ten slotte wordt aanbevolen nieuw onderzoek te entameren naar vrijheidsbeperking en onvrijwillige zorg in de thuissituatie. Dat moet enerzijds gericht zijn op het verkrijgen van inzicht in het voorkomen en determinanten van

vrijheidsbeperking. Anderzijds moet dat onderzoek focussen op het ontwikkelen van methoden om het toepassen van vrijheidsbeperking en onvrijwillige zorg thuis te voorkomen.

Literatuur

1. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Geront Geriatr* 2005; 38: 19–25.
2. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross sectional study. *J Clin Nurs* 2012; 21: 1033–1040.
3. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen, T, Capezuti E, Van Rossum E, Hamers JPH. Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multi-component intervention program (EXBELT). *JAGS* 2011; 59: 2029–2036.
4. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. A Delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints. *Geront* 2012; 52(s1): 136.
5. Huizing AR, Hamers JPH, Candel M, De Jonge J, Berger MPF. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Soc Sci Med* 2007; 65: 924–933.
6. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Geront* 2008; 48: 442–452.
7. Meyer, G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: a cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2008; 18: 981–990.
8. Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 980–988.
9. Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lövhim H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. *Int Psychogeriatr* 2012; 24: 1144–1152.
10. Capezuti E. Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nurs Clin N Am* 2004; 39: 625–647
11. Hamers JPH, Gulpers MJM, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs* 2004; 45: 246–251.
12. Castle, NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes. *Admin Policy Ment Health* 2006; 33: 696–704.
13. Hamers JPH, Gulpers MJM, Bleijlevens M, Huizing AR, Scherder EJ, Houweling H, Van Rossum E. Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. *T Ouderengeneesk* 2009; 34:156–9.
14. Kuske, B., T. Luck, et al.. Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *Int Psychogeriatr* 2009; 21: 295–308.
15. Lai, C. K. Y., M. H. Chan, et al. A retrospective study on the outcomes of a collaborative restraint reduction project by a residential home for older people and a hospital-based community geriatric assessment service. *Hong Kong Nurs J* 2006; 42: 23–30.
16. Huizing, A. R., J. P. Hamers, et al. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. *JAGS* 2009; 57: 1139–48.
17. Huizing, A. R., J. P. Hamers, et al. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: a cluster-randomized trial. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 459–69.
18. Testad, I., A. M. Aasland, et al. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 587–90.
19. Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *JAGS* 1997; 45: 675–681.
20. Capezuti, E., L. M. Wagner, et al. (2007). Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *JAGS* 2007; 55: 334–41.
21. Mac Dermaid, L. and C. Byrne (2006). Restraint reduction education. *Canad Nursing Home* 2006; 17: 10–4.
22. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care – a Cochrane review. *J Clin Nurs* 2012; 21: 3070–3081.
23. Hamers JPH, Gulpers MJM. Reducing physical restraints in nursing homes: results of a pilot study. *J Nutr Health Aging Suppl* 2009; 13: S17.
24. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Van Rossum E, Capezuti E, Hamers JPH. Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. *BMC Geriatr* 2010; 10: 11.
25. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Capezuti E, Van Rossum E, Ambergen T, Hamers JPH. Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2012; 49: 1473–1479.
26. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen, T, Capezuti E, Van Rossum E, Hamers JPH. Reduction of belt restraint use: long-term effects of the EXBELT intervention. *JAGS* 2013; 61: 107–112.

27. Bleijlevens MHC, Gulpers MJM, Capezuti E, Van Rossum E, Hamers JPH. Process evaluation of a multi-component intervention program (EXBELT) to reduce belt restraints in nursing homes. *JAMDA* 2013; 14: 599–604.
28. Tweede Kamer der Staten Generaal. Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijk handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten), vergaderjaar 2008–2009, 31 996 nr. 1–4. Den Haag, 30 juni 2009.
29. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Schols JMGA, Hamers JPH. Keys to successfully embedding scientific research in nursing homes: a win-win perspective. *JAMDA* 2013; doi:[10.1016/j.jamda.2013.09.006](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.006)
30. De Veer AJE, Francke AL, Buijse R, Friele R. The use of physical restraints in home care in The Netherlands. *JAGS* 2009; 57: 1881–1886.
31. Hamers JPH, Gulpers MJM, Brock B, Van Eijsden L, Grouls J, Verbeek H. *Vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg*. Maastricht: Universiteit Maastricht
32. Verbeek H, Meyer G, Leino-Kilpi H, Zabalegui A, Hallberg IR, Saks K, Soto ME, Challis D, Sauerland D, Hamers JPH & RightTimePlaceCare Consortium. A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health* 2012; 12: 68.