



Van fixaties naar domotica?

Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking
voor mensen met dementie

Marja Depla, Sandra Zwijsen, Selma te Boekhorst,
Anneke Francke en Cees Hertogh

Van fixaties naar domotica?

Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking
voor mensen met dementie

Marja Depla (EMGO+/VUmc)
Sandra Zwijsen (EMGO+/VUmc)
Selma te Boekhorst (EMGO+/VUmc en Ideon)
Anneke Francke (NIVEL en EMGO+/VUmc)
Cees Hertogh (EMGO+/VUmc)



Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Doelstelling	5
1.2	Lezersdoelgroep	5
1.3	Achtergrond	5
1.4	Gehanteerde begrippen	6
1.5	Opbouw	7
2	De zeven verpleeghuizen in dit onderzoek	8
2.1	Selectie van de huizen	9
2.2	Kenmerken van de huizen	9
3	Opvattingen over vrijheidsbeperking	10
3.1	Focus van dit hoofdstuk	11
3.2	Is een maatregel wel of niet een vrijheidsbeperking?	11
3.3	Hoe belastend is een maatregel om uit te voeren?	12
3.4	Criterium 1: De beleving van de bewoner	12
3.5	Criterium 2: De intentie van de zorgverlener	14
3.6	Criterium 3: Privacy	14
3.7	Verschillende perspectieven	15
3.8	De belangrijkste bevindingen op een rij	15
4	Toepassing van vrijheidsbeperking	17
4.1	Focus van dit hoofdstuk	18
4.2	Aantal fixaties	18
4.3	Aantal domoticatoepassingen	18
4.4	Aantal vrijheidsbeperkingen per bewoner	18
4.5	Bij wie worden fixaties en domotica toegepast?	20
4.6	Aantal fixaties en domoticatoepassingen per huis	21
4.7	De belangrijkste bevindingen op een rij	22

5 Ervaringen met domotica 23

- 5.1 Focus van dit onderzoek 24
- 5.2 Met welk doel worden domotica toegepast? 24
- 5.3 Tegen welke beperkingen loopt men aan? 25
- 5.4 De belangrijkste bevindingen op een rij 27

6 Tot slot: van fixaties naar domotica? 28

- 6.1 Samenvatting van de belangrijkste bevindingen 29
- 6.2 Defenitie van vrijheidsbeperking 29
- 6.3 Van fixaties naar domotica? 31

Literatuur 34

Bijlage: methode van onderzoek 35



1 Inleiding

1.1 Doelstelling

In deze publicatie wordt verslag gedaan van een studie naar vrijheidsbeperking in psychogeriatrische verpleeghuizen. Centraal staat de vraag of domotica een alternatief vormen voor fixaties. Om deze vraag te beantwoorden is om te beginnen onderzocht hoe zorgprofessionals tegen vrijheidsbeperking aankijken. Uit eerder onderzoek is namelijk bekend (Hertogh e.a., 2004) dat er een verschil bestaat tussen de juridische opvattingen en de opvattingen die men in de praktijk van de zorg hanteert. Vervolgens zijn de eerste ervaringen met het werken met domotica als alternatief voor fixaties in kaart gebracht. Beschreven wordt welke bewoners met dementie deze maatregelen krijgen en hoe hun verzorgenden het werken met domotica ervaren.

1.2 Lezersdoelgroep

Deze publicatie is in de eerste plaats bedoeld voor kwaliteitsfunctionarissen, beleidsmedewerkers en professionals die zich bezighouden met het veiligheidsbeleid in verpleeghuizen. We bieden hen een kijkje in de keuken van verpleeghuizen die meer en minder ver gevorderd zijn met de implementatie van domotica. Het bevat daarmee belangrijke achtergrondinformatie voor hen die bezig zijn met het terugdringen van fixaties en hiervoor het gebruik van domotica overwegen.

Voor de wetenschappelijk geïnteresseerde lezer, die meer informatie wil over bijvoorbeeld de gebruikte onderzoeksmethoden, verschijnen daarnaast nog artikelen in internationale tijdschriften.

1.3 Achtergrond

In de psychogeriatrische verpleeghuiszorg wordt veel gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het gebruik van fixatie (fysieke vrijheidsbeperking) ligt wereldwijd tussen de 41 en de 64 procent (Hamers & Huizing, 2005). Fixatie wordt veelal gebruikt om gevaarlijke situaties, vooral valincidenten, te voorkomen. In toenemende mate is echter ook aandacht gekomen voor de negatieve effecten van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo kan het gebruik van fixaties met de Zweedse band leiden tot ernstige lichamelijke en psychische schade en zelfs overlijden (Evans e.a., 2002). Er is dan ook een breed gedragen streven binnen Nederland om het aantal fixaties binnen verpleeghuizen terug te dringen. Hoewel dit uiteraard een lofwaardig streven is, blijft het ook belangrijk de bewoners van psychogeriatrische verpleeghuizen te beschermen tegen onveilige situaties. Er moet dus gezocht worden naar een waardig alternatief voor de traditionele vrijheidsbeperkende maatregelen.

Eén van de alternatieven voor traditionele vrijheidsbeperkende maatregelen als de Zweedse band en de verpleegdeken zou het gebruik van domotica kunnen zijn.

Domotica is een samentrekking van het Latijnse 'domus' en 'robotica' en staat voor de integratie van technologie en diensten, ten behoeve van een betere kwaliteit van wonen en leven. De eerste domoticatoepassingen waren er vooral op gericht dat mensen met een functiebeperking zich langer zelfstandig kunnen redden. Bijvoorbeeld doordat zij vanuit hun rolstoel huiselijke taken kunnen (laten) uitvoeren. De tweede generatie domotica biedt daarnaast een keur aan elektronische voorzieningen die het leven van mensen aangenamer en gemakkelijker kunnen maken, zoals automatische verlichting en dergelijke.

Binnen de verpleeghuiszorg kan domotica ook gebruikt worden om toezicht op de bewoners te houden. Er kan dan onder andere gedacht worden aan bewegingssensoren, chips in kleding of deurverklidders. Op deze manier kan bijvoorbeeld geregistreerd worden of iemand 's nachts zijn kamer verlaat of opstaat uit zijn stoel, zodat de verzorgenden weten dat er zich mogelijk een gevaarlijke situatie voordoet.

Tot op heden is er geen onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van domotica als alternatief voor de traditionele manieren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. Deze publicatie is een verslag van een door ZonMw gesubsidieerd onderzoek (programma Patiëntveiligheid) naar dit onderwerp bij de psychogeriatrische afdelingen van zeven verpleeghuizen.

1.4 Gehanteerde begrippen

Vrijheidsbeperking

In deze publicatie worden onder vrijheidsbeperking alle interventies verstaan die in de zorg worden toegepast, en als doel of neveneffect hebben dat de vrijheid van de patiënten – in dit geval verpleeghuisbewoners met dementie – wordt aangetast (ontleend aan Arends, 2005). Daartoe rekenen we zowel fysieke maatregelen die de bewegingsvrijheid van bewoners op een directe manier beknotten als elektronische toepassingen die de vrijheid van bewoners aantasten door hen te bewaken. Daarmee sluiten we aan bij het toekomstig wettelijke kader van vrijheidsbeperking.

Fysieke vrijheidsbeperking: fixaties

In deze publicatie gebruiken we de termen fysieke vrijheidsbeperking en fixaties door elkaar. Met beide begrippen verwijzen we naar alle maatregelen die de bewoners op een fysieke manier in hun bewegingsvrijheid beperken. Concreet gaat het om de volgende maatregelen: vastbinden met een (Zweedse) band, gordel of ander hulpmiddel; een stoel gebruiken waaruit de bewoner niet zelf kan opstaan; beddekken plaatsen waardoor de bewoner niet zelf uit bed kan.

Elektronische vrijheidsbeperking: domotica

De termen elektronische vrijheidsbeperking en domotica verwijzen in deze publicatie allebei naar maatregelen die de vrijheid van de bewoners met gebruikmaking van moderne elektronica kunnen aantasten. Te denken valt aan:

sensoren en andere opnameapparatuur waarmee de bewegingen van de bewoners worden geregistreerd of gevolgd; alarmeringssystemen die (potentieel) gevaarlijke situaties signaleren; chips in kleding waarmee deuren kunnen worden vergrendeld. In deze publicatie gaat het dus alleen over domotica waarmee toezicht op de bewoners wordt gehouden.

1.5 Opbouw

In hoofdstuk 2 vindt u enkele gegevens over de zeven verpleeghuizen die aan het onderzoek hebben meegewerkt.

In hoofdstuk 3 worden de opvattingen van zorgprofessionals en naasten over vrijheidsbeperking verkend.

Hoofdstuk 4 laat zien hoe vaak en bij welke bewoners fixaties en domotica in de onderzochte huizen worden toegepast.

Hoofdstuk 5 gaat in op de ervaringen van verzorgenden met domotica als alternatief voor fixaties.

In hoofdstuk 6 worden ten slotte de belangrijkste bevindingen op een rij gezet.

In de bijlage wordt per hoofdstuk de methode van onderzoek beschreven.



2 De zeven verpleeghuizen in dit onderzoek

2.1 Selectie van de huizen

Aan het onderzoek hebben zeven verpleeghuizen meegedaan. Voor de selectie hebben we gericht gezocht naar huizen die zich onderscheiden in de mate waarin ze al dan niet gebruik maken van domotica. Om deze selectie te kunnen maken, hebben we gebruik gemaakt van een landelijke inventarisatie uit 2008 naar de toepassing van domotica in Nederlandse verpleeghuizen. Aan ons onderzoek doen drie huizen mee die in deze inventarisatie hoog scoren op het gebruik van domotica.

Daarnaast doen vier verpleeghuizen mee die qua ligging en bewonersaantal redelijk overeenkomen met de eerder geselecteerde huizen, maar die zich niet profileren op het gebied van domoticagebruik. Wij hebben voor deze huizen gekozen omdat in deze huizen mogelijk andere opinies over vrijheidsbeperking en andere ervaringen met domotica leven dan in de 'voorlopers' op het gebied van domotica.

2.2 Kenmerken van de huizen

Vier van de zes huizen liggen in een zogenaamd kleinstedelijk gebied (tabel 1). Vijf huizen bieden kleinschalige zorg, in de zin dat de bewoners in groepswoningen van 6 à 8 personen wonen. Per huis varieert het aantal bewoners van 60 tot 142, met een totaal van 697 bewoners.

Huis	Gebruik domotica	Ligging	Type zorg	Aantal bewoners
Huis 1	Veel	Platteland	Kleinschalig	142
Huis 2	Veel	Grootstedelijk	Kleinschalig	72
Huis 3	Weinig	Kleinstedelijk	Grootschalig	103
Huis 4	Weinig	Kleinstedelijk	Grootschalig	60
Huis 5	Weinig	Kleinstedelijk	Kleinschalig	100
Huis 6	Weinig	Kleinstedelijk	Kleinschalig	100
Huis 7	Veel	Grootstedelijk	Kleinschalig	120

Tabel 1 Kenmerken van de huizen



3 Opvattingen over vrijheidsbeperking

3.1 Focus van dit hoofdstuk

Om inzicht te krijgen in de bruikbaarheid van elektronische alternatieven voor fixatie van verpleeghuisbewoners met dementie, is het belangrijk om stil te staan bij de opvattingen die in de praktijk leven over vrijheidsbeperkende maatregelen bij deze doelgroep. Hoe kijken zorgverleners en naasten tegen vrijheidsbeperking aan? Wanneer vinden zij dat een maatregel de vrijheid van de bewoner inperkt en wanneer ervaren zij een maatregel als een probleem? In dit hoofdstuk worden deze vragen op kwantitatieve en een kwalitatieve manier beantwoord.

3.2 Is een maatregel wel of niet een vrijheidsbeperking?

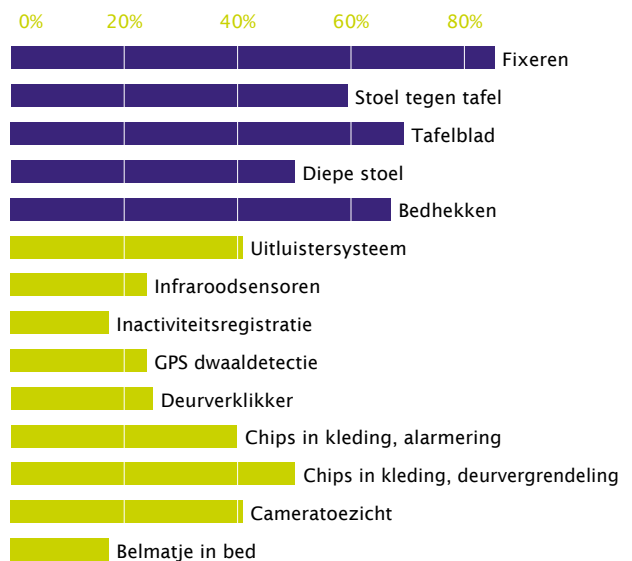
Om te beginnen is aan verzorgenden een vragenlijst met 14 maatregelen voorgelegd (zie ook Bijlage *Methode van onderzoek*). Vijf verwijzen naar fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen en negen naar elektronische. De verzorgenden moesten per maatregel aangeven of zij het wel of geen vrijheidsbeperking vonden.

Uit grafiek 1 kunnen we afleiden dat de fysieke maatregelen (paars) vaker als vrijheidsbeperkend worden aangemerkt dan de elektronische (groen).

Er zijn maar weinig verzorgenden die fixeren met bijvoorbeeld een Zweedse band, verpleegdekken of spanlaken géén vrijheidsbeperkende maatregel vinden. Ook het plaatsen van een tafelblad of een bedhek wordt door meer dan

70% van de verzorgenden als vrijheidsbeperkend aangemerkt. De fysieke maatregel die door de minste verzorgenden als een vrijheidsbeperking wordt gezien is het toepassen van een diepe stoel (52%).

Van de domoticatoepassingen wordt het percentage van 50% alleen gehaald door een chip in de kleding die ervoor zorgt dat deuren al dan niet open gaan. De andere domoticatoepassingen scoren een stuk lager. Dat geldt vooral voor de inactiviteitsregistratie en het belmatje (circa 20%).



Grafiek 1 Percentage verzorgenden dat een maatregel een vrijheidsbeperking vindt

3.3 Hoe belastend is een maatregel om uit te voeren?

Daarnaast is aan de verzorgenden gevraagd in welke mate zij zich bij de toepassing van een maatregel bezwaard voelen. De antwoorden kunnen variëren van 1 (= ik voel me niet/nauwelijks bezwaard) tot 5 (= ik voel me heel erg bezwaard).

In tabel 2 is te zien dat de verzorgenden zich gemiddeld het meest bezwaard voelen als ze een bewoner vastbinden met een gordel of onrustband. Het toepassen van een bedhek of belmatje levert nauwelijks bezwaarde gevoelens op. In vergelijking met de vorige paragraaf valt op dat de fysieke en elektronische maatregelen elkaar afwisselen. Op 'ervaren belasting' scoren de fysieke maatregelen met andere woorden niet consequent ongunstiger dan de elektronische. Vooral het toepassen van een uitluisterstelsysteem levert de verzorgenden enige stress op; zij voelen zich gemiddeld 'een beetje bezwaard' als ze bij een bewoner deze maatregel toepassen.

Maatregel	Gemiddelde
Gordel / onrustband	3.3
Uitluistersysteem	2.2
Diepe stoel / tafelblad	2.1
Chips in kleding	1.7
Bedhekken	1.5
Belmatje / sensor	1.5

Tabel 2 De mate waarin verzorgenden zich bezwaard voelen bij het toepassen van een maatregel (range 1-5, waarbij 1 staat voor niet of nauwelijks bezwaard en 5 voor heel erg bezwaard.)

In focusgroepsgesprekken en interviews zijn we dieper ingegaan op wat het begrip vrijheidsbeperking in de dagelijkse zorgpraktijk betekent (zie ook Bijlage *Methode van onderzoek*). Daaruit komen drie criteria naar voren op grond waarvan zorgverleners en naasten een maatregel al dan niet een vrijheidsbeperking vinden. In de volgende paragrafen worden de zorgverleners soms aangeduid met hun discipline (verzorgende, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde) en soms met de term 'sleutelfiguur'. Een sleutelfiguur is een zorgverlener die zich bezighoudt met het beleid over vrijheidsbeperking en domotica.

3.4 Criterium 1: De beleving van de bewoner

Het eerste criterium betreft de beleving van de bewoner. Dat wil zeggen dat men in de praktijk een maatregel vaak pas een vrijheidsbeperking vindt als de bewoner hem ook als zodanig beleeft.

Dat blijkt lang niet bij alle toepassingen het geval te zijn. In sommige gevallen lijkt een bewoner het niet of nauwelijks door te hebben dat een maatregel wordt toegepast. In andere gevallen heeft een bewoner het misschien wel door, maar lijkt hij of zij er geen last van te hebben. Het kan zelfs voorkomen dat een bewoner een maatregel prettig vindt, doordat het hem of haar een gevoel van veiligheid of comfort geeft.

In dat laatste geval vinden zorgverleners en naasten een maatregel vrijwel nooit een vrijheidsbeperking; over de eerste twee situaties ('niet bewust van een maatregel' en 'geen last van een maatregel') zijn de meningen wat meer verdeeld. Zeker is wel dat de beslissing om een maatregel te nemen of te continueren makkelijker wordt genomen als de bewoner er geen last van lijkt te hebben.

Sleutelfiguur

Over bedekken

Als mensen eigenlijk ver weg zijn in hun dementie en alleen maar naar het randje van hun bed schuiven... en er dan dreigen uit te vallen, dan hebben ze er nauwelijks last van. Dan is het voor die mensen eigenlijk geen vrijheidsbeperking.

Psycholoog

Ik vind dat er een verschil is tussen er geen last van hebben of het als prettig ervaren. Ja, waar je dan de grens trekt [...] Als iemand het als prettig ervaart vind ik het sowieso geen M&M.

Een complicerende factor bij de toepassing van het eerste criterium is dat je als zorgverlener of naaste niet zeker bent van de beleving van de bewoner. Naarmate de dementie vordert wordt het voor de bewoner moeilijker om duidelijk te maken wat hij van een maatregel vindt en moet de omgeving meer afgaan op zijn eigen interpretatie van de (gedrags)uitingen van de bewoner. Het bieden van geen verzet hoeft daarbij niet altijd te betekenen dat de bewoner de maatregel accepteert. Het kan ook zijn dat hij zijn verzet heeft opgegeven of zich door zijn beperkte cognitieve vermogens geen andere situatie dan de gebodene kan voorstellen.

Verzorgende

Als ze dat zelf aan kunnen geven, zei toen de arts, maar [...] ja, je hebt niet echt meer het soort mensen die dat zelf goed aan kunnen geven.

Specialist ouderengeneeskunde

Ja, dat zijn mensen bij wie je er moeilijker achterkomt. Het klopt dus dat je het aan onrust zou moeten zien, aan dat soort dingen. Ik denk dat we daar wat zouden kunnen missen, als mensen dat niet meer kunnen uiten.

3.5 Criterium 2: De intentie van de zorgverlener

Veel verzorgenden hebben moeite met de term vrijheidsbeperking als een maatregel wordt ingezet met de intentie om een gevaarlijke situatie, zoals vallen of uitputting, te voorkomen. Zij vinden de term vrijheidsbeperking eigenlijk alleen van toepassing op een maatregel die gericht is op het inperken van de vrijheid van de bewoner. Als de bedoeling van de maatregel is om de bewoner te beschermen of te helpen is er in hun opinie niet sprake van vrijheidsbeperking maar van zorg.

Sensoren bijvoorbeeld kunnen met een verschillende intentie worden toegepast. De geïnterviewde zorgverleners benadrukken dat ze sensoren lang niet altijd gebruiken om iemand bijvoorbeeld direct terug in bed te leggen (= vrijheidsbeperking), maar om de bewoner te assisteren bij wat hij of zij van plan was om te gaan doen (= geen vrijheidsbeperking).

Sleutelfiguur

Het ligt eraan hoe je domotica gebruikt. Als je op het moment dat er een signaal afgaat iemand weer in bed duwt, ja dan is het natuurlijk in feite een vrijheidsbeperking. Maar als bij iemand de bel afgaat en je helpt hem naar de wc, ja dan vind ik het een ander verhaal.

3.6 Criterium 3: Privacy

De vraag of men een maatregel als een vrijheidsbeperking ervaart wordt ten slotte ook bepaald door de mate waarin zij de privacy van de bewoner aantast. Vooral de sleutelfiguren maken zich zorgen over dit aspect van domotica. Deze bedenkingen komen bij verzorgenden veel minder voor. Familie maakt zich over het algemeen niet druk over de privacy van hun naaste en is soms verbaasd dat anderen dat wel doen.

Sleutelfiguur

Als het niet nodig is en iemand slaapt lekker, nou dan vind ik eigenlijk niet dat het me aangaat wat hij eventueel 's nachts nog in bed doet. Ja dat vind ik echt op de grens van of het ethisch verantwoord is ten aanzien van de privacy van iemand.

Familie lid

Over uitluistersysteem

Ik vind het prima dat er zo'n systeem is en dat het werkt. Als zij [de verzorging] wat gerommel horen, dan kunnen zij erheen. Nee, ik zie het helemaal niet als beperking, ik vind het fantastisch dat het er is.

3.7 Verschillende perspectieven

Niet alleen op het gebied van privacy verschillen de opvattingen van de sleutelfiguren van die van de andere geïnterviewden. Als drijvende kracht achter het terugdringen van het aantal vrijheidsbeperkingen in het verpleeghuis zijn zij zich bewuster van de nadelen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen en zijn zij ook eerder geneigd een maatregel als zodanig te benoemen. Hun terughoudendheid met betrekking tot het inzetten van vrijheidsbeperking wordt niet altijd begrepen door verzorgenden en familie.

Verzorgende

Over het afschaffen vrijheidsbeperkingen

Wij hebben een arts die is heel erg tegen middelen en maatregelen, die moet je wel overtuigen, heel erg.

Dochter

Over band in bed

Ze kwam wel even omhoog, maar ze protesteerde niet en ze ging eigenlijk weer terug liggen. Het stoorde haar schijnbaar niet, anders had ze dat, zeker gezien haar uitingen over andere dingen, best kenbaar gemaakt. Maar de arts wilde daar niet aan, het mocht niet van de richtlijnen. Het waren allemaal vrijheidsbeperkende maatregelen, daar stond ze toch helemaal niet achter.

3.8 De belangrijkste bevindingen op een rij

- Fysieke maatregelen worden door verzorgenden vaker aangemerkt als een vorm van vrijheidsbeperking dan elektronische. Dat heeft mogelijk te maken met het feit dat zij schending van privacy veelal niet associëren met vrijheidsbeperking.
- Vrijwel alle verzorgenden zijn het erover eens dat het vastbinden van een bewoner een vrijheidsbeperking is. Het is ook de maatregel waardoor zij zich het meest belast voelen.
- Het plaatsen van een tafelblad voor een stoel en het gebruik van beddekken wordt door ruim 70% van de verzorgenden als een vrijheidsbeperking gezien. Beddekken vinden de verzorgenden echter niet erg om toe te passen.
- Van de domoticatoepassingen wordt de maatregel 'chips in kleding om deuren te vergrendelen' het vaakst een vrijheidsbeperking genoemd. Dat is niet vreemd omdat zij als enige domoticamaatregel de bewegingsruimte van de bewoner beperken. De andere maatregelen hebben vooral een monitorende functie.
- Dat neemt niet weg dat de verzorgenden zich bij het toepassen van een uitluistersysteem meer belast voelen dan bij het plaatsen van een chip in de kleding van de bewoner.

- Uit de focusgroepen en interviews is duidelijk geworden dat het vrijheidsbeperkend karakter van een maatregel niet zozeer bepaald wordt door de maatregel als zodanig, maar door criteria die samenhangen met 1) de beleving van de bewoner van de maatregel; 2) de intentie waarmee de zorgprofessional haar toepast; en 3) de mate waarin de maatregel gepaard gaat met schending van privacy.
- In de toepassing van deze criteria leggen de verzorgenden en de naasten andere accenten dan de sleutelfiguren die belast zijn met het beleid rondom vrijheidsbeperking en domotica. Verzorgenden en naasten vinden een maatregel eigenlijk alleen een vrijheidsbeperking als de bewoner er last van heeft en als de maatregel niet in het belang van de bewoner wordt ingezet. Toepassing van het begrip vrijheidsbeperking in andere gevallen doet voor hun gevoel geen recht aan hun positieve intentie om de bewoner te beschermen en te assisteren in situaties waarin hij/zij mogelijk 'de weg kwijt is'.



Toepassing van vrijheidsbeperking

4

4.1 Focus van dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk beschrijven we het feitelijk gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in de zeven deelnemende instellingen. Centraal staan de volgende vragen: Hoe vaak worden de bewoners gefixeerd en hoe vaak wordt bij hen een domoticamaatregel toegepast? Zijn er ook bewoners die meerdere maatregelen krijgen? Zijn er verschillen tussen bewoners met fysieke vrijheidsbeperking en bewoners met een elektronische vrijheidsbeperking? Omdat de zeven verpleeghuizen geen a-selecte steekproef vormen kunnen de antwoorden op deze vragen niet automatisch gegeneraliseerd worden naar alle verpleeghuizen in Nederland. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk komen we daarop terug.

4.2 Aantal fixaties

Ongeveer drie procent van de bewoners (n=20) wordt op het moment van het onderzoek op een of andere manier vastgebonden (zie tabel 3), zo blijkt uit registraties van zorgverleners aan de hand van een checklist (zie ook Bijlage *Methode van onderzoek*).

Eveneens drie procent (n=22) wordt op een zodanige manier in een stoel of aan tafel geplaatst dat hij of zij niet op eigen kracht kan opstaan.

Aanvankelijk waren in de checklist ook beddekken opgenomen. De reden dat zij niet in de tabel worden vermeld is dat er (zowel in de huizen waar veel domotica worden gebruikt als

in de huizen met weinig domotica) bij zoveel bewoners beddekken worden gebruikt, dat het voor de verpleeghuizen niet haalbaar was om over al deze bewoners gegevens te verstrekken. We kunnen daardoor geen exacte cijfers over het gebruik van beddekken geven, maar wel vaststellen dat het gebruik zeer frequent is.

4.3 Aantal domoticatoepassingen

Domotica worden op grotere schaal toegepast dan fysieke beperkingen (zie tabel 4). De infraroodsensoren zijn daarbij verreweg het meest populair. Zij worden bij ruim twintig procent van de bewoners in de deelnemende verpleeghuizen toegepast.

Op de tweede plaats staan uitluistersystemen, gevolgd door de toepassing van chips in kleding en deurverklikkers.

Slechts enkele bewoners van de deelnemende verpleeghuizen zijn uitgerust met een Global Positioning System (GPS). Ook de toepassing van inactiviteitsregistratie en belmatjes is (nog) niet wijdverbreid.

4.4 Aantal vrijheidsbeperkingen per bewoner

In de vorige paragrafen is het gebruik van vrijheidsbeperkingen per maatregel in kaart gebracht. In deze paragraaf houden we rekening met mogelijke overlap tussen de maatregelen. Een bewoner kan immers met meer dan één vrijheidsbeperking te maken hebben.

Maatregel		Bewoners
Aantal	Percentage	
Vastbinden met een hulpmiddel, zoals gordel, onrustband, spanlaken, verpleegdeken, jumpsuit of Zweedse band	20	2,9
Diepe stoel / tafelblad / stoel tegen tafel	22	3,2

Tabel 3 Aantal bewoners met een fixatie in de zeven verpleeghuizen (N=697)

Maatregel		Bewoners
Aantal	Percentage	
Cameratoezicht	0	0
Uitluistersysteem	51	7,3
Chips in kleding, alarmering	22	3,2
Chips in kleding, deurvergrendeling	28	4,0
GPS dwaaldetectie	8	1,1
Inactiviteitsregistratie	13	1,9
Infraroodsensoren	153	22,0
Deurverklikkers	25	3,6
Belmatjes in bed	6	0,9

Tabel 4 Aantal bewoners met een domoticatoepassing in de zeven verpleeghuizen (N=697)

Aantal maatregelen		Bewoners
Aantal	Percentage	
Een	119	17,1
Twee	46	6,6
Drie	31	4,4
Vier	11	1,6
Totaal	207	29,7

Tabel 5 Aantal maatregelen per bewoner (N=697).

In de zeven deelnemende verpleeghuizen wonen in totaal 697 mensen met psychogeriatrische problematiek. 207 (29,7%) van hen hebben één of meer vrijheidsbepurende maatregelen. Bij de meesten van hen gaat het om één maatregel (zie tabel 5). Daarbij moet wel worden aangetekend dat de rubricering van de fysieke maatregelen vrij grof is. Iemand die in het onderzoek bijvoorbeeld alleen maar op de eerste fysieke maatregel wordt gescoord, kan in de praktijk met verschillende hulpmiddelen worden gefixeerd. Daarnaast is het gebruik bedekken niet meegeteld. Het maximaal aantal voorkomende maatregelen per bewoner is vier. In de deelnemende verpleeghuizen is daarvan bij elf mensen sprake.

De onderverdeling naar fixaties en domotica (zie tabel 6) is als volgt: 37 bewoners (5,3%) worden op één of andere manier gefixeerd en 170 bewoners (24,4%) hebben één of meer domoticatoepassingen. Van de 37 bewoners die gefixeerd worden krijgen er 21 ook nog een domoticatoepassing.

4.5 Bij wie worden fixaties en domotica toegepast?

In de vorige paragraaf zijn drie soorten bewoners onderscheiden: bewoners met alleen fixaties, bewoners met alleen domoticatoepassingen en bewoners met een combinatie van beide typen maatregelen.

Vergelijking van deze drie groepen (voor de gebruikte vragenlijsten zie Bijlage *Methode van onderzoek*) leert dat bewoners met alleen een domoticatoepassing minder ernstige cognitieve problemen hebben dan bewoners met een fysieke vrijheidsbeperking. Gemiddeld genomen is in de domoticagroep sprake van ‘matig ernstige cognitieve achteruitgang’ en in de fixatiegroep en de gecombineerde fixatie-domoticagroep van ‘ernstige cognitieve achteruitgang’.

Hiermee samenhangend zijn de mensen in de domoticagroep minder ADL-afhankelijk dan de mensen in beide fixatiegroepen. Terwijl de mensen in de domoticagroep nog enige zelfredzaamheid kennen, zijn de mensen met een fixatie bij al hun dagelijkse activiteiten aangewezen op hulp van anderen.

Soort maatregelen		Bewoners	
Aantal	Percentage		
Alleen fixatie	16	2,3	
Alleen domotica	170	24,4	
Fixatie + domotica	21	3,0	
Totaal	207	29,7	

Tabel 6 Soort maatregelen per bewoner (N=697).

Kijken we naar gedragsproblemen dan blijkt de gecombineerde fixatie-domoticagroep de meest problematische te zijn. De bewoners met alleen een fixatie hebben niet meer gedragsproblemen dan de bewoners met alleen domotica.

Ten slotte is sprake van een opvallend verschil in sekse. Terwijl in de domoticagroep 62 procent vrouwen zitten, bestaan de fixatiegroep en de gecombineerde fixatie-domoticagroep uit respectievelijk 81 en 91 procent vrouwen. Dat zou te maken kunnen hebben met het door Bosch (1995) geobserveerde fenomeen dat vrouwelijke verpleeghuisbewoners 'naar huis' willen. Mannen zouden dat minder hebben omdat zij vanuit hun socialisatie al gewend zijn om zich buitenshuis te bewegen.

4.6 Aantal fixaties en domotica-toepassingen per huis

Bij de selectie van de verpleeghuizen is onderscheid gemaakt tussen huizen die hoog scoren op een landelijke inventarisatie naar domotica-gebruik en huizen die dat niet doen. In tabel 7 staat beschreven bij hoeveel bewoners zij feitelijk vrijheidsbeperkingen toepassen.

Daaruit blijkt dat eerstgenoemde huizen ('hoog op gebruik domotica') niet alleen hoger scoren op domoticagebruik (gemiddeld resp. 42,8 en 13,2%) maar ook lager op fixaties (gemiddeld resp. 1,2 en 9,1%).

Huis 6 neemt een tussenpositie in. Hoewel het zich 'op papier' niet op domoticagebruik profileert, blijken de medewerkers in de praktijk toch bij ruim een kwart van hun bewoners een of andere vorm van domotica toe te passen.

Verpleeghuis	Domotica	Fixatie
Percentage	Percentage	
Hoog op gebruik domotica		
Huis 1	30,9	1,4
Huis 2	61,1	1,4
Huis 7	45,8	0,8
Totaal	42,8	1,2
Laag op gebruik domotica		
Huis 3	1,9	6,8
Huis 4	6,7	11,7
Huis 5	15,0	15,0
Huis 6	27,0	4,0
Totaal	13,2	9,1

Tabel 7 Percentage bewoners met een vrijheidsbeperking per verpleeghuis

Binnen de groep 'laag op gebruik domotica' valt dat huis bovendien op door een relatief laag gebruik van fixaties.

4.7 De belangrijkste bevindingen op een rij

- Domotica worden op grotere schaal toegepast dan fysieke beperkingen (bedhekken daargelaten). Het meest populair zijn infraroodsensoren; zij worden bij één vijfde van de bewoners toegepast.
 - Vastbinden (met gordels en dergelijke) en vastzetten (in speciale stoelen) komt allebei bij circa 3% van de onderzochte bewoners voor.
 - In totaal heeft 5,3% van de bewoners een fysieke vrijheidsbeperkende maatregel en 27,5% een domoticoepassing. Er is (geringe) overlap in het gebruik van beide typen maatregelen; in totaal heeft 29,8% een of andere vorm van vrijheidsbeperking.
 - Over de prevalentie van fysieke vrijheidsbeperking bestaan op dit moment nog weinig eenduidige gegevens. Hamers & Huizinga (2005) hanteren een range van 41 tot 64% (afhankelijk van het wel of niet meetellen van bedhekken). Dat zou betekenen dat de verpleeghuizen in dit onderzoek relatief weinig fixaties toepassen.
- Fixaties en domotica worden bij verschillende typen bewoners toegepast. Bewoners met een domoticamaatregel zijn vaker man, hebben minder ernstige cognitieve problemen en zijn minder ADL-afhankelijk dan de bewoners met een fysieke vrijheidsbeperking.
 - Omdat domotica op grotere schaal en bij beter functionerende bewoners worden voorgeschreven, lijkt het aannemelijk dat elektronische en fysieke vrijheidsbeperkingen elkaar qua functie maar gedeeltelijk overlappen.
 - In huizen met veel relatief veel domotica-toepassingen worden relatief weinig fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast.



Ervaringen met domotica 5

5.1 Focus van dit hoofdstuk

Op basis van de cijfers over het gebruik van fixaties en domotica lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat domotica breder worden ingezet dan louter als vervanging van fixaties. Reden om de interviews en focusgroepen nogmaals te analyseren – nu specifiek gericht op de vraag in hoeverre domotica gezien worden als een alternatief voor fixaties. Voor welke doelen gebruiken verzorgenden domotica? En tegen welke beperkingen lopen zij daarbij aan?

5.2 Met welk doel worden domotica toegepast?

Domotica worden eerst en vooral ingezet om de bewoner veiligheid te bieden (en daarmee de omgeving gemoedsrust) – ook in situaties waarin niet direct gevaar dreigt.

Specialist ouderengeneeskunde

Je wil veiligheid, je wil die zo veel mogelijk inbouwen voor die cliënt, voor de familie maar ook voor de verzorging. Dat ze het gevoel hebben van nou, we hebben mogelijkheden om het te bewaken. Dat is eigenlijk het idee erachter.

Een tweede toepassingsgebied is hiervan een specificatie. Het gaat wederom om het bieden van veiligheid, maar nu in aanvulling op andere vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de bewoner zijn ingesteld. Het gaat met andere woorden om extra veiligheidswaarborgen –

bovenop reeds getroffen maatregelen. Een vaak genoemd voorbeeld hiervan is het plaatsen van een sensor naast een bed met bedhekken. Voorheen kwam het volgens de geïnterviewde zorgverleners wel eens voor dat een bewoner ondanks de bedhekken toch uit bed klom en op de grond belandde. Door een sensor naast het bed met bedhekken te plaatsen kan volgens hen worden voorkomen dat bewoners uren op de grond liggen als zij over de bedhekken heen zouden klimmen.

Vanwege de behoefte aan veiligheid kan het volgens de geïnterviewde sleutelfiguren verleidelijk zijn om bij bijna alle bewoners domotica te gebruiken. Terwijl de meeste sleutelfiguren dat een risico vinden, hebben de verzorgenden en naasten daar doorgaans geen moeite mee: ‘Wat is er mis met de bewoner met een gerust gevoel achter kunnen laten?’

Sleutelfiguur

Over sensoren

De enige terughoudendheid die we hebben is dat we een beperkt aantal sensoren hebben. Maar [...] ik heb echt gepleit dat we ze allemaal hebben, bij wijze van spreken, voor iedereen.

Sleutelfiguur

Over sensoren

Nou ja, het sluipt er wel eens in. Dat die dingen altijd aanstaan terwijl het misschien niet nodig is. Want het is ook een soort zekerheidsgevoel van, ‘ik weet dat hij in bed ligt’.

Een derde winstpunt van domotica is dat het de bewoners meer bewegingsvrijheid en rust geeft dan voorheen. Doordat chips in kleding individueel kunnen worden ingesteld, hoeft de afdeling bijvoorbeeld niet meer standaard op slot en kunnen bewoners die dat aankunnen vrij door de hele instelling lopen. Ook hoeven verzorgenden de bewoners 's nachts niet meer te storen in hun slaap, omdat zij geen vaste rondes meer hoeven te lopen, maar alleen in actie hoeven te komen als een sensor of alarm afgaat.

Sleutelfiguur

Over chips in kleding

Daarmee wordt de bewegingsvrijheid gewoon groter dan voorheen, want dan kwam [een bewoner] niet buiten die deur. En nu kunnen mensen dus zelfstandig naar de rookruimte. En die komen wel weer terug. En als ze een half uurtje later terugkomen dan weet je nu toch dat ze niet naar buiten kunnen.

5.3 Tegen welke beperkingen loopt men aan?

In de focusgroepen en interviews zijn vijf beperkingen van domotica genoemd. De eerste beperking is dat domotica weliswaar gevaarlijke situaties kunnen signaleren, maar dat ze niet kunnen voorkomen dat mensen vallen. Ook al reageert de verzorging snel en adequaat op signalen, dan nog kunnen mensen

over hun bedhek klimmen of opstaan uit hun stoel. Voor bewoners die direct vallen wanneer ze opstaan zal hulp per definitie te laat komen. Een tweede beperking is dat verzorgenden niet kunnen garanderen dat zij snel ter plekke zijn. Zij vertellen dat het aantal signalen dat ze krijgen niet altijd 'te belopen' is. Wanneer verschillende bewoners tegelijkertijd onrustig zijn, gaan er te veel signalen af om adequaat op te kunnen reageren. Verzorgenden moeten dan kiezen welke bewoner het meest urgent hulp nodig heeft.

Sleutelfiguur

Er zijn echt mensen die nog in hun programma hebben zitten, ik wil er wel uit, en waarvan ik zeker weet dat het niet lukt [...] en waar je ook weet dat een laser ruim niet voldoende is, dus als ze eenmaal eruit gaan dat je dan ook te laat bent om ze weer op te rapen.

Nachtdienst

Maar het blijkt, omdat ik alleen maar nachtdienst draai, als je op dat moment echt hele onrustige mensen hebt, ja dan, dat is in de nachtdienst, niet te belopen. Omdat je dan iedere minuut daar naartoe moet, en dat ga je gewoon niet redden.

De derde beperking is mogelijk van tijdelijke aard en heeft te maken met het feit dat veel toepassingen nog in de kinderschoenen staan: de verzorgenden klagen dat de gebruikte

domotica niet altijd naar behoren werken. Sommige apparaten gaan snel kapot en andere (sensoren) moeten heel precies geplaatst worden om goed te kunnen functioneren. Dat geeft aanleiding tot veel valse meldingen en dientengevolge onzekerheid bij de verzorgenden. Door het gebrek aan vertrouwen in de apparatuur voelen sommige verzorgenden zich ook genoodzaakt extra rondes te lopen om te kijken of alle apparatuur goed werkt.

Verzorgende

Over infrarood

Tijdens de eerste ronde kijk je altijd wel of die goed staat...

Verzorgende

[maakt zin van collega af] ...maar ook of ze goed staan, net wat je zegt, soms zitten ze wat scheef, dat is bij ons dus laatst mis gegaan. Die is dus wel uit bed gevallen en de nachtdienst heeft het niet gemerkt.

Een vierde beperking, dan wel een onbedoeld gevolg, is dat er soms fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, juist vanwege het gebruik van domotica. In de vorige paragraaf kwam reeds het systeem van chips in de kleding ter sprake waardoor het openen van deuren niet meer is voorbehouden aan verpleging en bezoek. Een onbedoeld gevolg hiervan is dat het voor bewoners die niet van de afdeling af mogen gemakkelijker is geworden om

mee te lopen met de bewoners die door hun chip de deur van de afdeling wel kunnen ontgrendelen. De domotica hebben met andere woorden een nieuw probleem gecreëerd waarvoor een nieuwe oplossing gevonden moet worden. In onderstaand voorbeeld wordt beschreven hoe de mevrouw met de chip in haar kleding wordt gefixeerd om het meelopen van medebewoners te voorkomen.

Verzorgende

Dat is dan een meneer, die mag de woning niet uit. Maar aan de andere kant, dus ertegenover, zit een mevrouw. Die gaat continu de woning in en uit, doet de deur open. Dus wat is het gevolg: die meneer loopt weg (...) Nu heeft die andere woning daarvoor een oplossing, ze halen die mevrouw uit de rolstoel, ongeveer 2 uur lang zit ze in een gewone stoel, om alleen maar de woning aan de overkant [van die meneer] rust te geven, zodat zij niet de hele tijd maar heen en weer gaat. Maar ik denk dan, dat is ook een soort vrijheidsbeperking voor haar.

Een vijfde beperking van domotica is in hoofdstuk 3 al aan de orde geweest en heeft te maken met de privacy van de bewoners. Vooral sleutelfiguren stellen dat het continu monitoren van bewoners verzorgenden het gevoel kan geven dat ze alles onder controle hebben en dat de situatie veilig is. Het is volgens hen echter maar de vraag of je dat van elke bewoner altijd moet weten en of bij sommige bewoners hierdoor niet

onnodig de privacy geschaad wordt. Sommige verzorgenden deelden die mening, maar dit zijn vooral verzorgenden uit huizen waar nog weinig domotica worden gebruikt.

Sleutelfiguur

Ja dan heb ik weer zoiets van...het ethische hè... als het niet nodig is en iemand slaapt lekker, nou dan vind ik eigenlijk niet dat het me aangaat wat hij eventueel 's nachts nog in bed doet of wil of... Ja dat vind ik echt op de grens of het ethisch verantwoord is ten aanzien van de privacy van iemand.

5.4 De belangrijkste bevindingen op een rij

- Domotica worden ingezet om de bewoners maximale veiligheid te bieden en om de vrijheid van bewoners die dat aankunnen te vergroten.
 - Een belangrijke beperking van domotica-toepassingen is dat zij het vallen van bewoners doorgaans niet kunnen voorkomen. Zij kunnen het slechts signaleren – met als gevolg dat de verzorgenden vaak te laat ter plekke zijn.
 - Andere beperkingen zijn dat sommige domoticasystemen (nog) niet precies afgesteld kunnen worden of soms onbedoelde gevolgen (meer vrijheidsbeperking) hebben voor de medebewoners.
- Sommige sleutelfiguren vinden dat de behoefte aan controle van de omgeving moet worden afgewogen tegen de behoefte aan privacy van de bewoner.
 - Door de behoefte al het mogelijke te doen om de veiligheid van de bewoners te waarborgen, worden domotica op grote schaal ingezet. Doordat zorgverleners vinden dat zij minder bescherming bieden dan fixaties, ziet men domotica eerder als aanvulling op de bestaande maatregelen dan als een alternatief.



6 Tot slot: van fixaties naar domotica?

6.1 Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

Zijn we met domotica op weg naar ‘goede’ vrijheidsbeperking? Dat is de vraag die in de titel wordt gesteld. In de voorgaande hoofdstukken is vanuit verschillende invalshoeken en met behulp van verschillende methodieken geprobeerd aan de beantwoording van deze vraag een bijdrage te leveren. We zetten de belangrijkste bevindingen hier nogmaals op een rij.

Beleving en intentie

Om te beginnen is gebleken dat verzorgenden en familieleden een maatregel veelal alleen vrijheidsbeperkend vinden als de bewoner er naar hun idee last van heeft en als de maatregel niet in het belang van de bewoner wordt ingezet maar louter om diens vrijheid te beperken. Zij geven aan dat bewoners vaak geen last van een maatregel hebben omdat ze zich van de toepassing nauwelijks bewust zijn of omdat zij deze niet vervelend lijken te vinden en misschien zelfs wel prettig. De noodzaak van een het vinden van een alternatief wordt in deze situaties niet als dwingend ervaren.

Verschillende indicatiegebieden

De cijfers over het feitelijk gebruik van fixaties en domotica in de onderzochte verpleeghuizen doen vermoeden dat de indicatiegebieden van deze vrijheidsbeperkende maatregelen elkaar maar gedeeltelijk overlappen. Domotica worden bij een veel grotere groep bewoners toegepast, en bovendien vaker bij bewoners met minder ernstige cognitieve en functionele problemen.

Behoeftes aan veiligheid

Het vermoeden dat het om verschillende indicatiegebieden gaat, wordt bevestigd door de ervaringen met domotica in de praktijk. Domotica worden in veel meer situaties ingezet dan die waarin er sprake is van direct gevaar. Het monitoren van de bewoners geeft verzorgenden en naasten het veilige gevoel dat zij alle potentieel gevaarlijke situaties in de gaten kunnen houden.

Voor de meest gevaarlijke situaties lijken domotica bovendien geen bevredigend alternatief te zijn. Een belangrijk bezwaar van elektronische maatregelen is volgens de verzorgenden dat ze het vallen en dwalen van bewoners niet kunnen voorkomen, maar hooguit signaleren. Hierdoor ziet men domotica eerder als een welkome aanvulling op de bestaande maatregelen dan als een alternatief.

6.2 Definitie van vrijheidsbeperking

Discrepantie wettelijk kader en praktijk

In hoofdstuk 1 wordt vrijheidsbeperking gedefinieerd als ‘alle interventies die in de zorg worden toegepast, en als doel of neveneffect hebben dat de vrijheid van de patiënten – in dit geval verpleeghuisbewoners met dementie – wordt aangetast’. In deze definitie wordt geen onderscheid gemaakt tussen doel en neveneffect. Het is precies op dat punt dat veel zorgprofessionals (maar ook naasten) moeite hebben met de wet Bopz en het vrijheidsbegrip dat daaraan ten grondslag ligt. Als het doel van een maatregel is om de bewoner te beschermen,

dan kan het neveneffect zijn dat de vrijheid van de bewoner wordt aangetast, maar daarmee blijft de positieve intentie van de maatregel in hun visie overeind.

Waar het onderscheid tussen doel en neven-effect voor de wet niet relevant is, is dit voor de praktijk cruciaal. De intentie om de bewoner te beschermen is een intentie waaraan het begrip vrijheidsbeperking in de beleving van zorgprofessionals geen recht doet. Om beter bij het referentiekader van zorgprofessionals aan te sluiten zou men in situaties waarin een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast om de betreffende persoon te beschermen, wellicht beter kunnen spreken over 'intentie om te beschermen door vrijheidsbeperking'.

Vrijheidsbeperking als doel

Kennelijk kan vrijheidsbeperking ook het doel van een maatregel zijn. Dat is althans de implicatie van toepassing van het intentie criterium op vrijheidsbeperkende maatregelen; dat er maatregelen zijn die tot doel hebben de bewoner te beschermen en maatregelen die tot doel hebben zijn of haar vrijheid te beperken. In welke situaties zou men de vrijheid van bewoner doelbewust willen inperken? Een enquête onder verzorgenden naar redenen om vrijheidsbeperking toe te passen geeft daar inzicht in (De Veer e.a., 2007). Naast bescherming worden onder andere de volgende categorieën onderscheiden: weinig tijd voor toezicht; zonder deze maatregel is cliënt niet te handhaven; voorkomen van gevaar voor anderen; weinig afleidende activiteiten; voorkomen van schade aan materialen. Afhankelijk van het type

maatregel worden al deze redenen in meer of mindere mate door de verzorgenden uit de enquête bevestigd. Zo is bijvoorbeeld gebrek aan toezicht volgens bijna eenderde aanleiding om iemand in een diepe stoel te plaatsen of een tafelsteun te gebruiken.

Gesteld dat veel zorgprofessionals het begrip vrijheidsbeperking op deze situaties wel van toepassing vinden, dan is daarmee nog niet gezegd dat er voor deze indicaties gemakkelijke alternatieven bestaan. De meeste domotica zijn althans niet bedoeld voor het omgaan met moeilijk te hanteren gedragsproblemen van bewoners.

Beleving van vrijheidsbeperking

Het tweede criterium dat in het bijzonder voor verzorgenden zwaar weegt is, hoe de bewoner een maatregel beleeft. Op het eerste gezicht lijkt dit een begrijpelijke overweging: waarom een maatregel problematiseren als die door de betrokkene zelf niet als een probleem wordt ervaren?

Een complicerende factor is wel dat mensen met dementie niet altijd kunnen aangeven wat zij van een maatregel vinden. Ook als zij zich niet tegen een maatregel verzetten is daarmee nog niet gezegd dat zij de toepassing ervan op prijs stellen. Het niet uiten van verzet zou ook kunnen betekenen dat de bewoner zijn verzet heeft opgegeven, of dat hij zich simpelweg geen andere 'niet-beperkende' situatie kan voorstellen.

Bovendien valt niet uit te sluiten dat mensen met dementie schade van vrijheidsbeperkende maatregelen ondervinden. Daarmee bedoelen

we niet uitsluitend lichamelijke schade. Fixatie kan bijvoorbeeld ook leiden tot sociaal isolement met bijgevolg een lagere kwaliteit van leven. Dit soort gevolgen zijn minder goed zichtbaar en meetbaar bij mensen met dementie, maar het is wel van belang daar rekening mee te houden. Ook deze aspecten zouden daarom bij toepassing van het belevingscriterium betrokken moeten worden.

6.3 Van fixaties naar domotica?

Substitutie?

Zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve resultaten laten zien dat domotica maar gedeeltelijk in de plaats komen van fixaties. Zij vormen meer een welkome aanvulling dan een echt alternatief.

Dat wil niet zeggen dat er helemaal geen substitutie kan plaatsvinden. In de huizen met veel domotica worden bijvoorbeeld minder fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast dan in huizen met weinig domotica. Dat zou kunnen betekenen dat men een reductie heeft weten te realiseren door de introductie van domotica. Het is echter ook niet uitgesloten dat huizen die voorop lopen bij het terugdringen van fixaties, ook de huizen zijn die voorop lopen bij de implementatie van domotica. Lauriks e.a. (2008) vonden in een huis met weinig fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen geen effect van de introductie van domotica op de toepassing deze maatregelen. Om goed zicht te krijgen op de substitutiemogelijkheden van domotica zou men een dergelijke studie ook

moeten uitvoeren bij huizen met meer fysieke maatregelen bij aanvang.

Betekenis domotica

Als domotica maar beperkt een alternatief vormen voor fixaties, wat voor een functie hebben ze dan wel?

Om te beginnen zouden chips en sensoren een alternatief kunnen vormen voor gesloten afdelingen en het wakend oog van de verzorging, resulterend in meer bewegingsvrijheid voor bewoners die dat nog aankunnen.

Daarnaast lijken domotica vooral een extra middel in het arsenaal aan hulpmiddelen om de veiligheid van de bewoners te bevorderen, een middel dat vanwege het minder invasieve karakter eerder wordt ingezet, dan wel in situaties worden ingezet waar men het gevaar eerst (noodgedwongen) voor lief nam.

Nadelen domotica

Toch zijn deze middelen ook niet zonder nadelen. Bij sommige zorgprofessionals bestaat aarzeling over het op grote schaal inzetten van elektronische bewakingsmiddelen. De behoefte aan controle van de omgeving zal moet worden afgewogen tegen de behoefte aan privacy van de bewoner.

In dit verband is het goed om op te merken dat in de kinderopvang een vergelijkbare ontwikkeling – en daarmee gepaard gaande discussie – plaatsvindt. Het voornemen van een Franse crèche om een chip te plaatsen in de kleding van kinderen zodat ze continu in de gaten kunnen worden gehouden, stuitte op verzet omdat het kinderen een beleid van absolute

controle oplegt (Volkskrant, 11 september 2010).

Van fixaties naar meer risico's

De vraag of we met domotica op weg zijn naar 'goede' vrijheidsbeperking kan op basis van deze studie niet eenduidig positief worden beantwoord. Het anti-fixatiebeleid moet zich ons inziens daarom niet beperken tot het aanprijzen van elektronische toepassingen die net zo veilig als fixeren zouden zijn. Verzorgenden weten domoticoepassingen te waarderen, maar zij weten ook feilloos hun beperkingen aan te wijzen.

Een cultuurverandering komt pas echt tot stand als de praktijk meer risico's durft te nemen. Dat wil zeggen als naasten, verzorgenden en artsen de kans op ongelukken die het gevolg kunnen zijn van het afzien van fysieke vrijheidsbeperking voor hun rekening durven nemen.

Nagedacht moet worden onder welke voorwaarden de praktijk dat durft. Een belangrijk onderdeel van de succesvolle Exbelt methode (Gulpers e.a., 2010) is dat Raden van Bestuur de verantwoordelijkheid op zich nemen voor de gevolgen van het niet meer vastbinden van bewoners. De uitvoerenden moeten zich met andere woorden gesteund weten door het management.

Een ander hulpmiddel om 'het automatisme van beschermen' te doorbreken zou het houden van een moreel beraad kunnen zijn. Doel van die methode is om in het individuele geval met de betrokkenen de juiste afweging te maken tussen de veiligheid en vrijheid van de bewoner. Van belang is dat het bieden van maximale vrijheid evenzeer tot de zorgethiek van zorgprofessio-

nals gaat behoren als het bieden van maximale bescherming.

Literatuur

Arends, L.A.P. (2005). Psychogeriatrische patiënt en recht. Zorg voor vrijheidsbeperking. Sdu Uitgevers, Reeks Gezondheidsrecht 25. Academisch proefschrift.

Bosch, C.F.M. (1996). Vertrouwdheid, verlangen, ervaren en creëren. Een onderzoek naar de werkelijkheidsbeleving van dementerende ouderen verblijvend op psychogeriatrische verpleegafdelingen. Utrecht: LEMMA.

Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing* 40, 616-625.

Gulpers, M.J.M., Bleijlevens, M.H.C., Rossum, E. van, Capezuti, E. & Hamers, J.P.H. (2010). Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. *BMC Geriatrics*, 10: 11.

Hamers, J.P. & Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 19-25.

Hertogh, C., The, A.M. & Eefsting, J. (2004). [The law and the local fairness of care practice. Reflections on the ethnographic field investigation concerning the failure of the Bopz Act in psychogeriatric nursing home care]. *Tijdschrift voor Gerontologie & Geriatrie*, 35, 46-54.

Lauriks, S., Osté, J.P., Hertogh, C.M.P.M. & Droës, R.M. (2008). Meer levenskwaliteit met domotica. Effectonderzoek naar de toepassing van domotica in kleinschalige groepswoningen voor mensen met dementie. GGD Amsterdam, EMGO Instituut, VU medisch centrum.

Veer, A.J. de, Francke, A.L., Kruif, A. de & Bolle, J.J. (2007). Vrijheidsbeperkende interventies. Een inventarisatie onder verzorgenden. *Tijdschrift voor Verpleeghuis-geneeskunde*, 32, 7-11.

Volkskrant (2010). Kinderen in crèche krijgen chip. Amsterdam, 11 september 2010.

Bij hoofdstuk 3 en 5

Vragenlijst

Een korte vragenlijst is gestuurd naar alle verzorgenden van de deelnemende huizen. De vragenlijst, die gebaseerd is op eerdere vragenlijsten van De Veer e.a. (2007) en van Arends (2005), bestaat uit een vraag over het vrijheidsbeperkend karakter van een aantal maatregelen (te beantwoorden met ja of nee) en een vraag over hoe belastend deze maatregelen zijn voor verzorgenden om uit te voeren (te beantwoorden op een 5-puntsschaal). De vragenlijst is door 271 verzorgenden ingevuld. Dat is 46% van het totaal aantal verzorgenden dat op dat moment in de zeven onderzochte verpleeghuizen werkt.

Focusgroepen en interviews

Er zijn zes focusgroepsdiscussies met verzorgenden gehouden en twee met een multidisciplinair team. Gemiddeld bestonden de groepen uit zes personen. In de focusgroepen werd een casus uit het eigen verpleeghuis gepresenteerd waarmee de discussie over vrijheidsbeperking werd opgestart.

Daarnaast hebben we een individueel interview gehouden met

- 1) zeven naasten van een bewoner bij wie onlangs een maatregel is ingesteld; en
- 2) negen zogenoemde sleutelfiguren die zich in het verpleeghuis bezighouden met het beleid rondom vrijheidsbeperking en domotica (meestal een specialist ouderengeneeskunde).

Bij hoofdstuk 4

Registratie

Aan elk verpleeghuis is gevraagd om een overzicht te maken van de in totaal 697 bewoners die op 1 april 2009 bij hen in huis met één of meer maatregelen bekend zijn. Zij hebben dat gedaan aan de hand van een checklist met twee groepen van fysieke maatregelen (zie tabel 3, p. 19) en zeven elektronische maatregelen (zie tabel 4, p. 19).

Vragenlijsten

Vervolgens zijn bij de eerst verantwoordelijk verzorgende van elke geselecteerde bewoner mondeling een aantal vragenlijsten afgenomen over de kenmerken van die persoon. Het gaat om de volgende kenmerken:

- leeftijd en geslacht,
- stadium van de dementie (gemeten met de Global Deterioration Scale),
- ADL-hulpbehoefendheid (gemeten met de Barthel-index),
- psychiatrische symptomen (gemeten met de Neuropsychiatric Inventory),
- stemming en gedragsproblemen (beide gemeten met het Resident Assessment Instrument).

Colofon

© 2010, VUmc, Amsterdam
ISBN 978-90-5669-122-6

Projectleiding

Prof. dr. Cees Hertogh
Prof. dr. Anneke Francke

Projectuitvoering

Selma te Boekhorst, MSc
Sandra Zwijsen, MSc
Dr. Marja Depla

Fotografie Hollandse Hoogte,
Nationale Beeldbank

Vormgeving DATBureau, Amsterdam

Het onderzoek is gefinancierd door
ZonMw, programma Patiëntveiligheid



