



# Onderzoeksrapport 'Alternatieven voor de Zweedse band'

**Onderzoekers:** D.M. Bakker  
G. Boeve  
H.E. Hoff

**Organisatie:** \*\*\*\*\*

**Meesterproefbegeleider:** \*\*\*\*\*

**Plaats en datum:** Zwolle, mei 2010

# Alternatieven voor de Zweedse band

Een meta-analyse naar effectieve alternatieven

Afstudeeronderzoek voor de Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.

**Onderzoekers** D.M. Bakker  
G. Boeve  
H.E. Hoff

**Organisatie** \*\*\*\*\*

**Meesterproefbegeleider** \*\*\*\*\*

Zwolle, mei 2010

## VOORWOORD

In het kader van ons afstuderen voor de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle, ligt voor u het onderzoeksrapport met als onderwerp 'Effectieve alternatieven voor de Zweedse band'. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van een verpleeghuis.

Wij willen van de gelegenheid gebruik maken om de instelling te bedanken voor de mogelijkheid binnen deze instelling ons afstudeeronderzoek uit te voeren. Daarnaast veel dank aan onze afstudeerbegeleider, die ons tijdens onze afstudeerperiode vele malen weer op weg heeft geholpen. Dankzij zijn engelengeduld hebben wij ons afstudeeronderzoek af kunnen sluiten met als trots resultaat dit onderzoeksrapport.

Zwolle, mei 2010

Daniëlla Bakker, Gesina Boeve, Heleen Hoff



## SAMENVATTING

Vanaf februari '10 is er gestart met het onderzoek naar effectieve alternatieven welke ingezet kunnen worden voor de Zweedse band. Zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (Nursing, 2008) aangeeft moet het gebruik hiervan in 2011 gestopt zijn. In dit onderzoeksrapport staat de meta-analyse beschreven welke is gedaan naar alternatieven voor de Zweedse band.

Allereerst is er een literatuurstudie gedaan naar de omliggende kaders van de Zweedse band. Hierbij is van macro- naar microniveau gekeken. Zo is er eerst bestudeerd wat er in de Nederlandse wet- en regelgeving hierover is opgenomen.

De Zweedse band is een vorm van fixatie en zorgt er voor dat een cliënt in zijn vrijheid wordt beperkt. De wet die op fixeren betrekking heeft is de Wet BOPZ. Deze wet geeft aan onder welke voorwaarden middelen en maatregelen (M&M) mogen worden ingezet en welke vormen hier onder vallen. Fixatie is één van de vier vormen welke behoort tot de middelen en maatregelen en valt daarom onder de Wet BOPZ.

Vervolgens is er verder ingezoomd op het begrip fixeren. Er worden motieven genoemd om te fixeren, deze hebben vooral betrekking op het bieden van veiligheid; ter bescherming van de cliënt. Tot slot is zowel de definiëring als de gebruikswijze van de Zweedse band bestudeerd. Gebleken is dat er binnen Nederland geen Evidence-based richtlijn beschikbaar is, waardoor er geen eenduidig gebruik beschreven kan worden.

Vervolgens zijn vanuit de literatuurstudie de vraag- en doelstelling van het onderzoek opgesteld. De vraag welke beantwoord moet worden is, welke alternatieven voor het reduceren van de Zweedse band voor verpleegafdelingen kunnen worden ingezet, naast die van de instelling.

Aansluitend is een beschrijving gegeven van de methode van onderzoek. Het onderzoek naar alternatieven voor de Zweedse band betreft een kwalitatief onderzoek. Door middel van dataverzameling (De Jong e.a., 2003), -analyse (Boeijs, 2005) en verklaring is hier invulling aan gegeven.

Om te onderzoeken welke alternatieven er binnen de instelling worden ingezet zijn een tweetal interviews gedaan. De dataverwerking en -analyse is gedaan volgens de grounded theory van Glaser & Strauss (1967). De interviews hebben een overzicht met reeds ingezette alternatieven opgeleverd. Gezegd kan worden dat de instelling al verscheidene alternatieven inzet. Met deze alternatieven kon er een goede overgang gemaakt worden naar de meta-analyse.

In het beginstadium van de meta-analyse is studie gedaan naar alle, binnen Nederland beschikbare, alternatieven. De gevonden alternatieven konden ingedeeld worden in twee categorieën. De eerste categorie bevat de vrijheidsbeperkende interventies. Dit zijn alternatieven die ingezet kunnen worden voor de Zweedse band, maar wel de vrijheid van de cliënt kunnen beperken. Interventies die aan bod

komen kunnen zowel fysiek zijn als niet fysiek (Gastmans e.a., 2006). Bij het inzetten van deze interventies, als vervanging voor fixatie/de Zweedse band, dient de minst ingrijpende maatregel toegepast te worden (Jaspers & Mutschelknauss, 2005).

De tweede categorie bevat de alternatieven welke niet vrijheidsbeperkend zijn. Ook deze alternatieven zijn ingedeeld in categorieën: beleid, gegevensverzameling, toezicht, psychosociaal en hulpmiddelen (Van Nesselrooij, 2010).

Aan de hand van de gevonden alternatieven is er gekozen om een viertal alternatieven te onderzoeken op effectiviteit, te weten: gezelschapsdieren, belevingsgerichte zorg/snoezelen, (lichamelijke) activiteiten en de heupprotector/-beschermer. Om de effectiviteit te kunnen controleren is er gebruik gemaakt van verschillende typen studies: RCT's, CCT's, meta-analyse, richtlijn(en) en 'ervaringsartikelen', welke aan de opgestelde criteria moesten voldoen.

De conclusie geeft tot slot antwoord op de onderzoeksvraag: welke effectieve alternatieven ingezet kunnen worden op verpleegafdelingen, naast de alternatieven van de instelling. Op basis van de interviews kan geconcludeerd worden dat de instelling al veel verschillende alternatieven inzet om het gebruik van de Zweedse band te voorkomen. Veelal zijn dit vrijheidsbeperkende interventies. De uitgevoerde meta-analyse liet zien dat er naast deze alternatieven nog vele anderen waren.

Terugkomend op de onderzoeksvraag bleken drie van de vier alternatieven na het uitvoeren van de meta-analyse effectief inzetbaar te zijn.

In de discussie wordt zowel inhoudelijk als methodologisch ingegaan op tekortkomingen van het onderzoek. Hierbij worden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

In de laatste fase van het onderzoek zijn aanbevelingen gedaan naar de instelling om het gebruik van de Zweedse band te reduceren en/of te voorkomen.

# INHOUDSOPGAVE

<b>1.0</b>	<b>INLEIDING</b> .....	<b>8</b>
<b>2.0</b>	<b>LITERATUURSTUDIE FIXATIE</b> .....	<b>10</b>
2.1	ZOEKSTRATEGIE .....	10
2.2	WET- EN REGELGEVING .....	11
2.2.1	Wet BOPZ .....	11
2.2.2	Middelen en maatregelen .....	12
2.3	VRIJHEIDSBEPERKING .....	13
2.4	FIXATIE .....	13
2.4.1	Definitie fixatie .....	13
2.4.2	Redenen fixeren .....	14
2.5	ZWEEDSE BAND .....	15
2.5.1	Definiëring .....	15
2.5.2	Gebruikswijze .....	16
<b>3.0</b>	<b>DOEL VAN HET ONDERZOEK</b> .....	<b>17</b>
3.1	AANLEIDING .....	17
3.2	VRAAGSTELLING .....	17
3.3	DOELSTELLING .....	18
<b>4.0</b>	<b>METHODE VAN ONDERZOEK</b> .....	<b>19</b>
4.1	METHODOLOGIE INTERVIEWS .....	19
4.1.1	Interview methodiek .....	19
4.1.2	Data-analyse .....	19
4.1.3	Dataverwerking .....	20
4.1.4	Validiteit en betrouwbaarheid .....	20
4.2	METHODOLOGIE META-ANALYSE .....	21
4.2.1	Onderzoeksmethode .....	21
4.2.2	Dataverzameling .....	21
4.2.3	Data-analyse .....	22
4.2.4	Validiteit en betrouwbaarheid .....	22
4.3	ZOEKSTRATEGIE META-ANALYSE .....	23
4.3.1	Zoekstrategie alternatieven .....	24
4.3.2	Zoekstrategie effectiviteit .....	25
4.3.2.1	Gezelschapsdieren .....	26
4.3.2.2	Belevingsgerichte zorg / snoezelen .....	26
4.3.2.3	(Lichamelijke) activiteiten .....	27
4.3.2.4	Heupprotector/-beschermer .....	27
<b>5.0</b>	<b>RESULTATEN</b> .....	<b>29</b>
5.1	INTERVIEWS .....	29
5.1.1	Conclusie analyse interviews .....	32
5.2	LITERATUURSTUDIE ALTERNATIEVEN .....	34
5.2.1	Vrijheidsbeperkende interventies .....	34
5.2.2	Alternatieven .....	35
5.3	EFFECTIVITEIT ALTERNATIEVEN .....	42
5.3.1	Gezelschapsdieren .....	42
5.3.2	Belevingsgerichte zorg / snoezelen .....	45
5.3.3	(Lichamelijke) activiteiten .....	48
5.3.4	Heupprotector/-beschermer .....	50
5.4	CONCLUSIE ANALYSE EFFECTIVITEIT ALTERNATIEVEN .....	55
5.4.1	Gezelschapsdieren .....	55

5.4.2	Belevingsgerichte zorg/snoezelen .....	56
5.4.3	(Lichamelijke) activiteiten .....	58
5.4.4	Heupprotector-/beschermer .....	58
<b>6.0</b>	<b>CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN .....</b>	<b>61</b>
6.1	CONCLUSIE .....	61
6.2	DISCUSSIE .....	63
6.2.1	<i>Inhoudelijke discussie</i> .....	63
6.2.2	<i>Methodologische discussie</i> .....	67
6.3	AANBEVELINGEN .....	68
	<b>NAWOORD .....</b>	<b>70</b>
	<b>LITERATUURLIJST .....</b>	<b>71</b>
	<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>74</b>
	Bijlage I: Protocol Zweedse band (UMC Utrecht) .....	75
	Bijlage II: Vragenlijst interview .....	76

## 1.0 INLEIDING

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft vastgesteld dat het gebruik van de Zweedse band gereduceerd moet zijn in 2011 (Nursing, 2008). Binnen de instelling wordt gebruik gemaakt van verschillende fixatiematerialen, waaronder de Zweedse band. De instelling is zich bewust van het feit dat het gebruik van de Zweedse band zal moeten worden gereduceerd, afgeschaft en wellicht moet er een visie ontwikkeld worden omtrent het inzetten van de Zweedse band.

Verpleegkundig en verzorgend personeel staat dichtbij het afschaffen van de Zweedse band, omdat zij zorg verlenen aan mensen die gefixeerd worden. Als verpleegkundige en/of verzorgende ontcom je er dus niet aan in de komende maanden te zoeken naar werkomstandigheden die passen binnen de eis van de IGZ.

De relevantie van dit onderwerp kan gezocht worden in het feit dat de HBO-verpleegkundige verschillende rollen heeft waarin zij een taak vervult. De verpleegkundige is zorgverlener, regisseert het zorgproces (regisseur), ontwerpt zorgprogramma's of verpleegbeleid (ontwerper) en coacht collega's en/of studenten (coach). In de rol van beroepsbeoefenaar houdt de HBO-verpleegkundige zich bezig met vernieuwingen (innovatie) binnen het beroep en het bevorderen van de eigen deskundigheid én de deskundigheid van collega's. Bij dit actuele onderwerp, alternatieven voor de Zweedse band, is het voor een HBO-verpleegkundige van belang om op zoek te gaan naar vernieuwingen: alternatieven dus!

Eerder dit jaar heeft de instelling onderzoek gedaan naar de frequentie van het inzetten van middelen en maatregelen, de zogeheten 0-meting. Uit deze 0-meting is gebleken dat de Zweedse band op twee psychogeriatrische afdelingen frequent wordt ingezet. Met de instelling is in overleg bekeken waar behoefte aan is. De instelling gaf aan alternatieven voor de Zweedse band in te willen zetten om naar de eis van de inspectie toe te werken. Gezien de omvang van de meesterproef is besloten dit onderzoek te beperken tot het uitvoeren van een meta-analyse.

De persoonlijke interesse voor dit onderwerp komt grotendeels voort uit de stages die dit jaar gelopen zijn. Bij het ontwerpen van de protocollen probleemgedrag en valpreventie kwamen de begrippen fixatie en de Zweedse band regelmatig aan de orde. Bij het opstellen van deze protocollen is al rekening gehouden met het bieden van zoveel mogelijk vrijheid. Het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band gaat nog een stap verder. De alternatieven welke gezocht worden zullen de vrijheid van de cliënten van de instelling nog meer kunnen vergroten. Het bieden van meer vrijheid komt dan ook overeen met onze visie op zorgverlenen, namelijk het centraal stellen van de autonomie van de zorgvrager.



Daarnaast is stage gelopen in een ziekenhuis in Delft, waar regelmatig de Zweedse band werd ingezet bij patiënten met een delier. Ook hier heeft het onderwerp 'de Zweedse band' de interesse gewekt.

Naar aanleiding van bovenstaande, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

*'Wat zijn effectieve alternatieven voor het reduceren van de Zweedse band voor verpleegafdelingen naast de alternatieven die al binnen de instelling worden toegepast?'*

In het onderzoeksrapport wordt naar aanleiding van een meta-analyse een opsomming gegeven van mogelijke alternatieven op de Zweedse band. Daarnaast zijn vier alternatieven onderzocht op effectiviteit. Door middel van twee interviews onder ervaringsdeskundigen binnen de instelling, is onderzocht welke alternatieven reeds bekend zijn. De instelling kan de aanbevelingen uit dit onderzoeksrapport gebruiken om de inzet van de Zweedse band te reduceren en/of voorkomen.

Het eerste onderdeel van dit onderzoeksrapport is een voorbereidende literatuurstudie, waarbij antwoord wordt gegeven op de volgende deelvragen: 'wat is fixatie?', 'waarom fixeren?', 'wat is de Zweedse band?' en 'hoe dient de Zweedse band gebruikt te worden?'. Daarna worden de hoofd- en deelvragen en de methodologie van het onderzoek weergegeven. Vervolgens is een hoofdstuk gewijd aan de resultaten van de interviews en de meta-analyse. Tot slot wordt een hoofdstuk gewijd aan de conclusie, discussie en aanbevelingen.

## 2.0 LITERATUURSTUDIE FIXATIE

Zoals in de inleiding vermeld, dient de Zweedse band in 2011 gereduceerd te zijn tot een minimaal gebruik. Voorafgaand aan het onderzoek naar alternatieven voor de Zweedse band, is een literatuurstudie gedaan naar centrale begrippen en omliggende kaders, welke de inzet van de Zweedse band bepalen. Ten eerste zal de zoekstrategie worden toegelicht. Daarna zal worden ingegaan op wetgeving en centrale begrippen van het onderzoek. Op deze wijze wordt er algehele kennis vergaard over het onderwerp en kunnen vragen over de wet- en regelgeving en het gebruik van de Zweedse band worden verhelderd.

### 2.1 Zoekstrategie

Bij het zoeken naar geschikte literatuur voor deze verdieping is gebruik gemaakt van verschillende databanken, namelijk: Invert, Nederlandse Artikeldatabank voor de Zorg (NAZ) en Denkbeeld. Daarnaast werd, om nog meer artikelen te verzamelen, gebruik gemaakt van de volgende websites: IDé ([www.innovatiekringdementie.nl](http://www.innovatiekringdementie.nl)), Denkbeeld ([www2.bsl.nl/denkbeeld/](http://www2.bsl.nl/denkbeeld/)), Inspectie voor de Gezondheidszorg ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)), Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport ([www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)) en Google ([www.google.nl](http://www.google.nl)).

Er is gekozen om te zoeken naar Nederlandstalige literatuur om het onderzoek af te bakenen. In de zoekmachines werd dan ook, waar mogelijk, aangegeven 'zoeken naar Nederlandse literatuur'. Hiervoor zijn de volgende sleutelwoorden gebruikt: 'fixatie', 'definitie fixatie', 'vrijheidsbeperking', 'middelen en maatregelen', 'vrijheidsbeperkende interventies', 'Zweedse band', 'onrustband'. Naast het gebruik van bovengenoemde woorden is er ook gezocht op combinaties. Er is gekozen voor de combinaties 'BOPZ en middelen en maatregelen', 'Zweedse band en fixatie' en 'protocol en Zweedse band'.

Uitgaande van de opgestelde criteria:

- artikelen zijn gepubliceerd vanaf het jaar 2000,
- centrale begrippen in de artikelen moeten 'fixatie' en/of 'Zweedse band' zijn,
- de artikelen moeten betrekking hebben op 'ouderen' en/of 'verpleeghuizen' werden artikelen geselecteerd om te gebruiken voor het onderzoek.

De eerste combinatie leverde in zoekmachine Google 7.960 hits op. Vervolgens is aan deze combinatie het sleutelwoord 'fixatie' toegevoegd wat uiteindelijk tot 1.060 hits leidde. Van deze uitkomsten zijn een aantal artikelen geselecteerd die verwerkt zijn in dit hoofdstuk. De tweede combinatie leverde in de NAZ 5 hits op. Een van de hits betrof een onderzoeksrapport van de Inspectie voor de

gezondheidszorg (IGZ). Verder leverde de tweede combinatie in Google 2.040 hits op.

De databanken Invert en NAZ hebben geholpen bij het zoeken naar artikelen in Nederlandstalige tijdschriften.

Invert leverde met de sleutelwoorden 'fixatie' en 'vrijheidsbeperking' 2 hits op. Afzonderlijk van elkaar leverden voorgaande woorden 16 en 24 hits op. De sleutelwoorden 'middelen en maatregelen' leverden in Invert 3 hits op. Vervolgens werd gezocht op 'vrijheidsbeperkende interventies', welke 6 hits op leverde. Tot slot werd gezocht naar artikelen waarin de 'Zweedse band' of de 'onrustband' centraal stond. Invert leverde 4 hits.

NAZ leverde met het sleutelwoord 'fixatie' 30 hits op.

'Vrijheidsbeperking' leverde 42 hits op. Een combinatie van voorgaande sleutelwoorden leverde 3 hits op. Vervolgens werd gezocht naar artikelen die meer informatie konden opleveren wat betreft 'middelen en maatregelen'. NAZ leverde 8 hits op. Uitgaande van de criteria, met name met betrekking tot het jaartal van publiceren, werden geen artikelen geselecteerd met de sleutelwoorden 'middelen en maatregelen'.

Bij het zoeken naar artikelen waarin 'vrijheidsbeperkende interventies' centraal stonden leverde NAZ 10 hits op. Tot slot werd ook in NAZ gezocht met de sleutelwoorden 'Zweedse band' en 'onrustband', welke 12 en 2 hits op leverden.

De onderzoekers konden concluderen dat een aantal gevonden artikelen in Invert en NAZ met elkaar overeenkwamen.

## 2.2 Wet- en regelgeving

Het hoofdstuk is opgedeeld van macro naar micro. Fixatie is een begrip wat in de Nederlandse wet is opgenomen. In deze paragraaf wordt studie gedaan naar deze wet- en regelgeving. De wetgeving biedt namelijk kaders voor het toepassen van fixerende maatregelen.

### 2.2.1 Wet BOPZ

De Wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) en de Wet WGBO (Wet inzake de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst) gaan allebei over de behandeling van cliënten. Zowel de Wet BOPZ en de WGBO hebben betrekking op de rechten van cliënten.

De WGBO is een algemene wet die geldt voor alle cliënten opgenomen in zorginstellingen.

De Wet BOPZ geldt voor onvrijwillig opgenomen cliënten in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, zwakzinnigeninrichtingen,

verpleeghuizen en BOPZ-afdelingen van verzorgingshuizen ([www.btsg.nl](http://www.btsg.nl)).

Wanneer iemand een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen is gedwongen opname noodzakelijk. Daarnaast lijdt de persoon aan een geestesstoornis en is niet in staat buiten de instelling te functioneren omdat hij gevaar veroorzaakt dat alleen voorkomen kan worden door opname. 'De wet Bopz is er om cliënten te beschermen die te maken krijgen met gedwongen opname en/of behandeling', (Vilans, 2009, p. 3).

### 2.2.2 Middelen en maatregelen

Het toepassen van middelen en maatregelen mag alleen wanneer de zorgvrager en diens vertegenwoordiger akkoord gaan met de behandeling. Wanneer de zorgvrager zich verzet tegen behandeling, en de vertegenwoordiger gaat wel akkoord, dan is er sprake van dwangbehandeling. De (BOPZ-)arts moet dwangbehandeling melden aan de inspecteur voor de gezondheidszorg en moet hierbij aangeven wat de reden is van het besluit.

De Wet BOPZ maakt onderscheid tussen twee vormen van dwangbehandeling, namelijk voor korte tijd (maximaal zeven dagen) en dwangbehandeling voor langere tijd.

Wanneer dwangbehandeling in een acute situatie wordt ingezet gaat het om toepassing van middelen en maatregelen. Er is sprake van acuut gevaar en meteen ingrijpen is noodzakelijk. In deze situatie mag de toepassing van middelen en maatregelen maximaal zeven aaneengesloten dagen duren.

Wanneer dwangbehandeling noodzakelijk is voor een langere periode dan valt dit niet meer onder toepassing van middelen en maatregelen. Dwangbehandeling in dergelijke situaties valt dan onder 'dwangbehandeling zonder meer'. Deze vorm van behandeling moet dan ook worden vermeld in het zorgplan ([www.btsg.nl](http://www.btsg.nl)).

'Middelen en maatregelen in het kader van de Wet BOPZ zijn:

- Afzondering: het voor behandeling, verpleging en verzorging insluiten van de bewoner in een daarvoor bestemde eenpersoonskamer (volledige separatie zoals in de psychiatrie wordt toegepast, is in een verpleeghuis niet toegestaan);
- Fixatie: het op enigerlei wijze beperken van de bewoner in zijn bewegingsvrijheid (bijvoorbeeld Zweedse band, tafelblad in rolstoel, bedhekken omhoog, enz.);
- Medicatie: het onder dwang toedienen van geneesmiddelen;
- Het onder dwang toedienen van vocht en voedsel' (Beumer & Den Hartog-van Ter Tholen, 2005, p. 155; De instelling, BOPZ Beleid, 2008, p. 11).

Het beperken van een bewoner in zijn bewegingsvrijheid, oftewel 'vrijheidsbeperking', zal in de volgende paragraaf verder worden toegelicht.



## 2.3 Vrijheidsbeperking

Bijzonder hoogleraar verpleging en verzorging van ouderen, J. Hamers definieert vrijheidsbeperking als volgt:

*'Alle (fysieke) maatregelen die de bewegingsvrijheid van mensen beperken, zoals de toepassing van bedhekken, heupgordels (zoals de Zweedse band), stoelplanken, rolstoelen op de rem, diepe stoelen en infrarood waarschuwingssystemen. Daarnaast kan soms ook kalmerende medicatie als een (niet fysieke) maatregel worden geduid.'* (Van de Pasch & Kersten, 2009, p. 24).

Dielis-van Houts e.a. (2004) omschrijven vrijheidsbeperkende interventies als *'interventies die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van cliënten'* (Dielis-van Houts e.a., 2004, p. 40). De beperkende gevolgen hebben betrekking op de bewegingsvrijheid, beperking van het gedrag en effecten van medicatie.

Uit deze definities kan geconcludeerd worden dat vrijheidsbeperking zowel fysiek als niet-fysiek kan worden toegepast. Beide definities geven aan dat ook het toepassen van bepaalde medicatie vrijheidsbeperkend kan zijn. Tot slot geven beide definities aan dat alle maatregelen en/of interventies die getroffen worden de vrijheid van cliënten beperken.

In de volgende paragraaf wordt één vorm van vrijheidsbeperking verder toegelicht, namelijk fixatie. Zoals de definitie van Hamers weergeeft is de Zweedse band een vorm van vrijheidsbeperking, waarbij de cliënt gefixeerd wordt. Later in dit hoofdstuk wordt de Zweedse band en het gebruik hiervan beschreven.

## 2.4 Fixatie

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, is fixatie een vorm van vrijheidsbeperking. Om te weten te komen wat fixatie is, wordt in deze paragraaf omschreven wat de verschillende definities van fixatie zijn en wat overeenkomsten en verschillen zijn. Daarnaast worden in de tweede paragraaf redenen weergegeven voor het toepassen van fixatie.

### 2.4.1 Definitie fixatie

Allereerst worden er in deze subparagraaf meerdere definities van fixatie weergegeven.

De Wet BOPZ (1994) definieert fixatie als: *'het beperken van iemands bewegingsmogelijkheden, bijvoorbeeld door middel van een onrustband. Andere toepassingen zijn het plaatsen van*

bedekken, plaatsen in een diepe stoel of een stoel met een plank' (Min. VWS, 2002, p. 8).

Een vrij algemene, maar geregeld toegepaste definitie, is die van het CBO (Centraal -Begeleidings Orgaan):

*'Vrijheidsbeperkende interventies (VBI) zijn maatregelen die gevolgen hebben voor de vrijheid van de patiënt'* (CBO, 2001).

Het woordenboek Van Dale (2009) geeft 'fixeren' in kernwoorden weer: *'1 vasthechten 2 bepalen: een datum ~ 3 strak aankijken: iem ~ 4 (van tekeningen, foto's) onuitwisbaar maken 5 (met op) richten op: gefixeerd op geld'*.

In het Tijdschrift voor Geneeskunde wordt een artikel (Gastmans & Milisen, 2006) geschreven over fysieke fixatie.

De definitie van fysieke fixatie wordt in dit artikel als volgt beschreven: *'Elke handelingsmethode (menselijk of mechanisch toegepast), materiaal of uitrusting aan of in de buurt van het lichaam van een persoon, met de opzettelijke bedoeling dat de persoon deze niet kan verwijderen en die de bewegingsvrijheid beperkt'* (Gastmans & Milisen, 2006, p. 1651).

Voorbeelden van fysieke fixatie zijn pols- en enkelbanden, riemen, vestjes, lakens, handschoenen, rolstoelen of zetels die achterwaarts kunnen kantelen al dan niet met aangepaste veiligheidsgordels en/of voorzettafel, slaapzak (trappelzak) en onrusthekkers.

Bovenstaande definities geven een duidelijke overeenkomst weer. Alle definities beschrijven dat een persoon in zijn vrijheid wordt beperkt door een bepaalde maatregel.

Er kan dus geconcludeerd worden dat er verschillende vormen van vrijheidsbeperking zijn. Niet alleen het vastbinden door middel van een Zweedse band, maar ook afdelings- of gedragsregels en een gesloten afdeling zijn vormen van vrijheidsbeperking (Dielis-van Houts e.a., 2004). Fixatie is dus een maatregel die de vrijheid van iemand beperkt. Een van de vormen van fixatie betreft de Zweedse band. In de volgende paragraaf wordt deze vorm van fixatie verder beschreven. Allereerst volgt een subparagraaf met de redenen en/of motieven om fixatie toe te passen.

#### **2.4.2 Redenen fixeren**

Om fixatie toe te passen kunnen verschillende redenen en/of motieven worden genoemd. Uit een onderzoek naar *'Vrijheidsbeperkende interventies: een inventarisatie onder verzorgenden'* (De Veer e.a., 2007) zijn verschillende redenen naar voren gekomen om vrijheidsbeperking toe te passen. Het gaat hierbij om: *'bescherming van de cliënt, op verzoek van de cliënt, op verzoek van de vertegenwoordiger van de cliënt, weinig tijd voor toezicht, zonder deze maatregel is de cliënt niet te handhaven, ter voorkoming van gevaar voor anderen, het is gebruikelijk binnen de instelling, er zijn weinig afleidende activiteiten, ter voorkoming van schade aan materialen'* (De Veer e.a., 2007, p. 9).

Een ander onderzoek, 'Veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking bij ouderen' (Dielis-van Houts e.a., 2004), beschrijft de volgende motieven om fixatie toe te passen: 'ter voorkoming van vallen, dwalen, onrust en het verwijderen van medische hulpmiddelen' (Dielis-van Houts e.a., 2004, p. 41).

Kortom, er zijn diverse redenen en motieven om fixatie toe te passen. De meest voorkomende reden is preventie van valincidenten. Meestal wordt fixatie, als onderdeel van vrijheidsbeperking, toegepast om de veiligheid van de cliënt te bevorderen. In het onderzoek naar de motieven wordt daarbij de vraag gesteld '... of vrijheidsbeperking de beste interventie is om de veiligheid te bevorderen', (Dielis-van Houts e.a., 2004, p. 41). Want deze interventies brengen de nodige risico's met zich mee:

- Lichamelijke risico's:
  - immobiliteit,
  - verminderde circulatie,
  - verminderde conditie,
  - verminderde spiermassa,
  - verlies van balans,
  - vallen,
  - toename van afhankelijkheid,
  - incontinentie,
- Psychische/sociale risico's:
  - angst,
  - agitatie,
  - agressie,
  - verwardheid,
  - desoriëntatie,
  - sociaal isolement,
  - afwijkend gedrag,
  - toename van onrust(Dielis-van Houts e.a., 2004).

In de volgende paragraaf wordt er een beschrijving gegeven van de Zweedse band, wat een vorm van fixatie is. Naast de definiëring wordt er ingegaan op de gebruikswijze van de Zweedse band.

## 2.5 Zweedse band

In de voorgaande paragraaf werd omschreven wat fixeren is en waarom het toegepast wordt. Een vorm van fixatie is de toepassing van de Zweedse band, ook wel onrustband genoemd. De volgende subparagrafen geven weer wat de Zweedse band is en hoe deze gebruikt dient te worden.

### 2.5.1 Definiëring

Een onrustband is een van de vele mogelijke vrijheidsbeperkende maatregelen. Andere benamingen voor onrustband zijn: Zweedse band, Bratex band, zwarte band of Houdini-vestje. De onrustband geeft alle banden weer waarbij een zorgvrager vastgebonden is aan stoel of bed en hierbij de band niet zelf kan openen.

De band wordt vooral ingezet in zorgorganisaties zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Dit hulpmiddel wordt toegepast om te voorkomen dat ouderen,

gehandicapten of onrustige zorgvragers vallen of gaan rondlopen. Ook worden hiermee situaties voorkomen waarbij de zorgvrager een gevaar voor zichzelf of voor een ander vormt (Vilans, 2009).

## 2.5.2 Gebruikswijze

Voor het onderzoek werd gezocht naar een Evidence-based richtlijn waarin de gebruikswijze van de Zweedse band omschreven wordt. Allereerst werden de gebruiksaanwijzingen van leveranciers gevonden, echter kunnen deze omschrijvingen van het gebruik van de Zweedse band niet als Evidence-based materiaal gezien worden. De leveranciers hebben immers als doel de Zweedse band te verkopen en zullen wellicht geen objectieve omschrijving weergeven.

Naast de gebruiksaanwijzingen van de leveranciers van de Zweedse band, kwam de *'Richtlijn gebruik fixatiemateriaal'* van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (2007) naar voren. Er werd contact gelegd met J.A. van der Woude, wiens naam onder deze richtlijn vermeldt staat, om navraag te doen naar de bron die gebruikt werd bij het opstellen van het protocol *'fixeren van patiënt d.m.v. Zweedse tailleband'*. Er werd doorverwezen naar T. van Nesselrooij, nurse practitioner consultatieve psychiatrie binnen het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Voor het opstellen van het genoemde protocol werd gebruik gemaakt van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wet WGBO) en de gebruiksaanwijzing die door de firma die de Zweedse band levert (It Fits, 2007, 2009) werd opgesteld. Echter werd aangegeven dat dit protocol aangepast moet worden en niet Evidence-based is.

Uit bovenstaande is gebleken dat een Evidence-based richtlijn voor het gebruik van de Zweedse band in Nederland niet voor handen is. Om die reden is gekozen voor het opnemen in bijlage II van het protocol *'fixeren van patiënt d.m.v. Zweedse tailleband'* uit de *'Richtlijn gebruik fixatiemateriaal'* van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (2007).

In bovenstaand hoofdstuk is beschreven wat de kaders voor dit onderzoek zijn. In het volgende hoofdstuk zullen, naast de aanleiding van het onderzoek, de vraag- en doelstelling beschreven worden.



## 3.0 DOEL VAN HET ONDERZOEK

In het voorgaande hoofdstuk werden de begrippen fixatie en Zweedse band verder toegelicht. In dit hoofdstuk zullen de aanleiding, de onderzoeksvraag en de doelstelling van het onderzoek worden beschreven.

### 3.1 Aanleiding

Zoals in de inleiding van dit onderzoeksrapport werd aangegeven, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aangegeven dat het gebruik van de Zweedse band uiterlijk in 2011 uitgebannen moet zijn (Nursing, 2008). Belangrijk is te vermelden dat het hierbij niet gaat om een wettelijk verbod, maar om een eis. Dit betekent dat in uitzonderlijke gevallen de Zweedse band nog wel ingezet mag worden. Hiervoor dient aangetoond te kunnen worden dat geen enkele minder restrictieve maatregel mogelijk is. Instellingen zullen de Zweedse band op eigen verantwoordelijkheid af moeten schaffen.

Ook de instelling is zich bewust van de eis van de Inspectie en wil het gebruik van de Zweedse band aanpakken. Inmiddels is er binnen de instelling een zogeheten 0-meting uitgevoerd, waarbij een overzicht is verkregen van alle middelen en maatregelen die op dit moment worden ingezet. De uitslag van deze meting is de aanleiding voor de vraag- en doelstelling van dit onderzoek.

Verschillende onderzoeken (IGZ, 2008; Dielis-van Houts e.a., 2004) hebben omschreven welke alternatieven er ingezet kunnen worden om het gebruik van de Zweedse band te verminderen en/of te voorkomen. In dit rapport zullen de onderzoekers een beschrijving geven van het onderzoek naar de alternatieven waarbij is gekeken naar de effectiviteit.

Een overzicht van de gevonden alternatieven en de daarnaast onderzochte effectiviteit kan de instelling ondersteunen in het afbouwen van het gebruik van de Zweedse band.

### 3.2 Vraagstelling

Voor dit onderzoek is gekozen voor de volgende vraagstelling: *‘Wat zijn effectieve alternatieven voor het reduceren van de Zweedse band voor verpleegafdelingen naast de alternatieven die al binnen de instelling worden toegepast?’*

Voorafgaand aan de uitwerking van de vraagstelling is er een verdiepende literatuurstudie gedaan naar de begrippen fixatie en de Zweedse band. Deze literatuurstudie is gedaan omdat voorgaande

begrippen ook in het onderzoek naar alternatieven terug zullen komen en het daarbij verduidelijking geeft omtrent het onderwerp. De instelling heeft de onderzoekers gevraagd alternatieven te zoeken die aansluiten bij de alternatieven die op dit moment worden ingezet binnen de instelling. Daarom zijn – naast de meta-analyse – twee inhoudsdeskundigen van de instelling geïnterviewd. Van belang hierbij was om te weten te komen welke alternatieven er binnen de instelling al ingezet worden.

De alternatieven die tijdens de interviews naar voren komen, kunnen naast de gevonden alternatieven uit de literatuur gelegd worden. Vervolgens worden vier alternatieven onderzocht op effectiviteit. Naar aanleiding hiervan kan advies gegeven worden aan de instelling.

Onderstaand een overzicht van de deelvragen die bij dit onderzoek zijn opgesteld:

**Deel A:** Algemene literatuurstudie

- Wat is fixatie?
- Waarom fixeren?
- Wat is de Zweedse band?
- Hoe dient de Zweedse band gebruikt te worden?

In het voorgaande hoofdstuk zijn de bovengenoemde deelvragen reeds uitgewerkt in een literatuurstudie.

**Deel B:** Studie met betrekking tot effectieve alternatieven, in Nederland

- Welke alternatieven worden er binnen de instelling toegepast?
- Welke alternatieven komen naar voren in (onderzoeks)literatuur?
- Wat zegt reeds uitgevoerd onderzoek over de effectiviteit van alternatieven?

Het volgende hoofdstuk zal de uitwerking omvatten van bovenstaande deelvragen.

### 3.3 Doelstelling

In eerste instantie willen de onderzoekers duidelijk krijgen welke alternatieven er binnen de instelling al worden ingezet. Vervolgens wordt het onderzoek voortgezet door in de literatuur te zoeken naar alternatieven.

Het doel van het onderzoek is, nieuwe alternatieven aan te dragen die de instelling kan gaan inzetten om het gebruik van de Zweedse band te verminderen en/of voorkomen. Vervolgens zullen een aantal alternatieven op effectiviteit worden onderzocht.

In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op de methode die is toegepast om de vraagstelling te beantwoorden.

## 4.0 METHODE VAN ONDERZOEK

Zoals voorgaand hoofdstuk beschrijft is het doel van dit onderzoek het onderzoeken wat effectieve alternatieven zijn om het gebruik van de Zweedse band te reduceren. In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek omschreven. Er wordt weergegeven op welke manier het onderzoek is opgezet en op welke manier te werk is gegaan.

### 4.1 Methodologie interviews

Een onderdeel van het onderzoek zijn twee interviews. Hierbij is gebruik gemaakt van een methode, welke in deze paragraaf omschreven zal worden.

#### 4.1.1 Interview methodiek

Door middel van interviews wordt onderzocht welke alternatieven er voor de Zweedse band al ingezet worden binnen de instelling. Er bestaan twee soorten interviews (Baarda e.a., 2005, 2007): het open interview en het gesloten interview. Bij een kwalitatief onderzoek wordt veel gebruik gemaakt van open interviews. Een open interview is ongestructureerd, wat inhoudt dat de vragen en antwoorden van tevoren niet vast liggen. De geïnterviewde personen worden door deze manier geen woorden in de mond gelegd, maar krijgen hierdoor de kans hun eigen ideeën te verwoorden. Bij dit onderzoek is gekozen voor een semigestructureerd interview. Dit houdt in dat de opbouw van het gesprek niet vast ligt, maar er wel gebruik wordt gemaakt van een topiclijst. De topiclijst is opgesteld aan de hand van de methode die Baarda e.a. (2007) beschrijven in de literatuur. Baarda e.a. omschrijven dat bij een topiclijst wordt uitgegaan van de vraagstelling. Er wordt begonnen met gestructureerde vragen over persoonsgegevens. De topics worden opgesteld, waarbij rekening wordt gehouden dat eerst makkelijke onderwerpen aan bod komen. Later wordt ingegaan op moeilijke topics. Tot slot dient rekening gehouden te worden dat de onderwerpen in chronologische volgorde verlopen.

#### 4.1.2 Data-analyse

De interviews zijn uitgewerkt volgens de methode voor het prepareren van kwalitatieve gegevens zoals Baarda e.a. (2005) beschrijven in de literatuur. De eerste stap in deze methode is het opstellen van het verbatim. Naast het letterlijk uittypen van de interviews, worden relevante emoties en non-verbaal gedrag genoteerd. Om tot bruikbare informatie te komen, dient het verzamelde materiaal gereduceerd te worden. Hierbij worden eerst niet-relevante tekst geschrapt: informatie

die geen antwoord geeft op de vooraf opgestelde vraagstelling. Vervolgens dient een keuze gemaakt te worden voor een analyse-eenheid: woorden, zinnen, fragmenten of thema's. Er is in het kader van deze interviews gekozen om te analyseren aan de hand van fragmenten. Deze keuze is gebaseerd op het feit dat de interviews bij het afnemen al waren onderverdeeld in onderwerpen. Hierdoor bleek het passend de verkregen informatie te verwerken in fragmenten, onderverdeeld in onderwerpen.

De beide interviews werden woordelijk uitgeschreven, samengevat, geanalyseerd en open gecodeerd. De onderzoekers hebben voorgaande werkzaamheden steeds met elkaar geëvalueerd.

#### 4.1.3 Dataverwerking

Bij de dataverwerking en de analyse is gebruik gemaakt van de gefundeerde theoriebenadering (grounded theory) zoals de grondleggers Glaser & Strauss (1967) hebben ontwikkeld. Deze theorie houdt in dat er in de analyse eerst wordt gecodeerd zodat er structuur wordt aangebracht. Op deze manier worden de uitkomsten van de interviews voortdurend vergeleken om de vraagstelling te kunnen beantwoorden (Boeije, 2006).

Door het gebruik van bovengenoemde onderzoeksmethode is naar een antwoord gezocht op de volgende vraagstelling:  
'Welke alternatieven voor de Zweedse band worden er binnen de instelling al toegepast?'

#### 4.1.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Omdat de betrokken instelling met dit onderzoek ook richting de praktijk wil gaan, is er gekozen voor het interviewen van een aantal inhoudsdeskundige personen. In verband met de tijdsplanning en de grootte van het onderzoek is ervoor gekozen twee personen te interviewen.

Voor meer validiteit en betrouwbaarheid zouden meerdere personen geïnterviewd moeten worden. Er zijn twee criteria opgesteld, waaraan de geïnterviewden moesten voldoen:

- deskundig zijn,
- veel kennis en ervaring hebben op het gebied van de Zweedse band.

Hiermee kan de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot worden.

Op basis van bovengenoemde criteria zijn in overleg met de instelling twee inhoudsdeskundigen gevraagd mee te werken aan dit onderzoek. Een van de te interviewen personen was iemand van de verpleegkundige dienst, de tweede betrof iemand van een



verpleegafdeling. Kijkend naar de functies en de afdeling konden de onderzoekers concluderen dat deze personen antwoord zouden moeten kunnen geven op de vraagstelling. In het volgende hoofdstuk wordt dit verder uitgewerkt.

Om de geïnterviewden vooraf niet te veel te sturen is gekozen om de geïnterviewden vooraf slechts in te lichten over de hoofdonderwerpen die aan bod zouden komen. Op deze wijze zorgden de onderzoekers ervoor dat de geïnterviewde personen niet geheel onvoorbereid het interview in gingen.

De beide interviews zijn, in goedkeuring met de geïnterviewden, opgenomen middels een voice-recorder. Boeije (2006) geeft aan dat met het opnemen van interviews de onderzoekers de verkregen informatie zo betrouwbaar mogelijk kunnen verwerken. De intonatie van de gegeven informatie kan hierdoor ook worden meegenomen in de resultaten.

## **4.2 Methodologie meta-analyse**

In deze paragraaf wordt de methodiek omschreven, welke is gebruikt bij het opzetten en het uitvoeren van het onderzoek naar effectieve alternatieven voor de Zweedse band.

### **4.2.1 Onderzoeksmethode**

Gezien het doel van dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode (Boeije, 2005; Baarda e.a., 2005). Een kenmerk van kwalitatief onderzoek is de relatie tussen gegevens en begrippen (De Jong e.a., 2003). De kwalitatieve onderzoeksmethode kan worden gebruikt wanneer men weinig weet van het fenomeen dat ter discussie staat. Ook wanneer de vraagstelling zich richt op een bepaalde stand van zaken of gebeurtenissen waarvan nog weinig bekend is.

In het onderzoek naar effectieve alternatieven voor de Zweedse band gaat het ook om uitzoeken van de bestaande alternatieven. Kwalitatief onderzoek heeft een systematische aanpak die betrekking heeft op de cyclus van dataverzameling, data-analyse en verklaring van onderliggende begrippen. Tijdens dit onderzoek zullen dan ook alternatieven worden 'verzameld'. Vervolgens worden vier alternatieven onderzocht op effectiviteit.

### **4.2.2 Dataverzameling**

De te gebruiken data-verzamelmethode (De Jong e.a., 2003) hebben betrekking op interviews en de literatuur.

Door middel van een meta-analyse is onderzocht welke alternatieven er zijn voor de Zweedse band. Hierbij wordt gebruik gemaakt van

(onderzoeks-) literatuur, onderzoeksrapporten en wetenschappelijke artikelen. Vervolgens worden vier alternatieven onderzocht op effectiviteit. Hiervoor worden RCT's (Randomized Controlled Trials), CCT's (Controlled Clinical Trials), meta-analyses, richtlijnen en ervaringsartikelen gezocht.

Een meta-analyse is het kritisch beoordelen en samenvatten van beschikbare onderzoeken en literatuur (De Jong & Vandenbroele e.a., 2003). Doordat de alternatieven voor de Zweedse band in verschillende studies positief of negatief beoordeeld worden kan de effectiviteit van de alternatieven op basis van eerder gedane studies worden weergegeven.

#### 4.2.3 Data-analyse

Bij het analyseren van de gevonden gegevens is gebruik gemaakt van 'de onderzoeksslang', een model voor de analyse, zoals omschreven door Boeije (2005). De eerste stap van dit model is het doornemen van de literatuur, bijvoorbeeld door middel van een literatuurstudie. Vervolgens wordt de gevonden informatie constant vergeleken doordat vele auteurs over hetzelfde onderwerp hebben geschreven. Deze fase wordt ook wel een verdiepende fase genoemd.

'Analyseren is denken en doen' (Boeije, 2005, p. 81). Tussen denken en doen dienen de onderzoekers een balans te vinden. De onderzoeker moet vele activiteiten *doen*, zoals lezen, literatuur zoeken of gegevens combineren. Daarnaast is *denken* gedurende het gehele proces van belang. De onderzoeker moet bijvoorbeeld nagaan hoe de onderzoeksvragen mogelijk te beantwoorden zijn. Denken stimuleert het doen en vice versa.

Een duidelijke structuur is van belang tijdens het analyseproces voor een goed verloop van het onderzoek. 'Het kwalitatief onderzoeksproces kent geen lineair verloop, maar is veeleer een cyclisch proces' (Boeije, 2005, p. 81).

#### 4.2.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de kwaliteit van een onderzoek te waarborgen moet het onderzoek zo valide en betrouwbaar mogelijk zijn. Dit betekent dat het onderzoek geldig en herhaalbaar dient te zijn.

Door consequent brongebruik en betrouwbare bronnen te gebruiken, kan gezegd worden dat dit onderzoek herhaalbaar is. Men kan geraadpleegde bronnen natrekken en het onderzoek opnieuw uitvoeren indien gewenst (Verhoeven, 2004).

'Een belangrijk doel van evidence-based practice is het toepassen van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (bewijs) en getoetste en betrouwbaar bevonden kennis (evidence) in de beroepspraktijk, om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de geleverde zorg te verantwoorden' (Cox, 2008, p. 20).

Door gebruik te maken van de EBP-methode wordt het huidige, beste bewijsmateriaal geselecteerd. Dit draagt bij aan de validiteit en de betrouwbaarheid van de meta-analyse.

In de volgende paragraaf zal verder worden ingegaan op de methodologie die is toegepast bij het voorbereiden, uitvoeren en verwerken van de meta-analyse.

### 4.3 Zoekstrategie meta-analyse

Voor het uitvoeren van een meta-analyse is het van belang dat er een goede zoekstrategie is. Onder zoekstrategie wordt verstaan op welke manier er in gevonden boeken, internetpagina's of documenten op zoek wordt gegaan naar de benodigde informatie.

Een strategie, de Big6™, zoals onder andere Berkowitz (Eisenberg & Berkowitz, 1992; Canning, 2002) heeft ontwikkeld heeft betrekking op regels omtrent de zoekactie.

In de eerste plaats moet de zoekopdracht worden gedefinieerd. Er moet worden vastgesteld welke informatie er al is en wat nog precies gezocht moet worden. Nadat de zoekopdracht gedefinieerd is wordt bepaald waar er gezocht gaat worden. Naast internet kan er natuurlijk ook gezocht worden in boeken en tijdschriften. Om de nodige informatie te vinden wordt gebruik gemaakt van 'sleutelwoorden' (Verhoeven, 2004).

Voor de meta-analyse is besloten gebruik te maken van de volgende zoekmachines:

- <http://www2.bsl.nl/corp/common/framecreator.asp?ak=welkom&ap=vakb&altp=http://vb23.bsl.nl/frontend/index.asp%3fcontent=login.asp> (Denkbeeld)
- <http://levv.adlibsoft.com/ccz/default.aspx> (Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg)
- <http://www.google.com>
- <http://www.hbo-kennisbank.nl>
- <http://www.invert.be>

Daarbij worden sleutelwoorden als 'fixatie', 'vrijheidsbeperking', 'terugdringen fixatie', 'middelen en maatregelen', 'vrijheidsbeperkende interventies', 'alternatieven fixatie' en 'non-fixatiebeleid' gebruikt. Bovenstaande sleutelwoorden worden gebruikt voor het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band. Naar aanleiding van deze alternatieven, worden nieuwe sleutelwoorden gevormd, welke gebruikt worden in het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieven.

Naast de boven beschreven databanken zijn er ook internetsites naar voren gekomen tijdens het vooronderzoek, welke kunnen worden gebruikt voor het onderzoek. Dit zijn [www.ban-de-fix.nl](http://www.ban-de-fix.nl), [www.igz.nl](http://www.igz.nl), [www.innovatiekringdementie.nl](http://www.innovatiekringdementie.nl), [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) en [www.zorgvoorzorg.nl](http://www.zorgvoorzorg.nl).

Nadat alle informatie gevonden is wordt deze bestudeerd en vervolgens geselecteerd op bruikbaarheid. Op deze manier wordt slechts die informatie gebruikt die past binnen de criteria welke gesteld zijn voor dit onderzoek.

Als laatste wordt er nogmaals gekeken naar de gevonden informatie. Soms mist er nog bepaalde informatie en moet er nog meer worden gezocht of andere sleutelwoorden worden gebruikt. De voorgaande regels/stappen zullen herhaald moeten worden totdat er voldoende informatie is om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

#### 4.3.1 Zoekstrategie alternatieven

De onderzoekers hebben afzonderlijk van elkaar gezocht naar artikelen, waarbij ieder een selectie sleutelwoorden had. De volgende sleutelwoorden zijn gebruikt voor de zoekstrategie: 'terugdringen fixatie', 'alternatieven fixatie', 'alternatieven vrijheidsbeperking', 'RCT', 'vrijheidsbeperking', 'vrijheidsbeperkende interventies', 'non-fixatiebeleid', 'alternatieven fixatie', 'Zweedse band'. Daarnaast is er ook nog een combinatie van de bovenstaande sleutelwoorden toegepast.

Uitgaande van de opgestelde criteria:

- artikelen zijn geschreven/gepubliceerd vanaf het jaar 2000,
- het onderwerp Zweedse band moet aan bod komen,
- de begrippen 'ouderen' en/of 'verpleeghuis' staan centraal in het artikel,
- in de artikelen moeten alternatieven voor de Zweedse band naar voren komen,

werden verschillende artikelen geselecteerd om te gebruiken voor het onderzoek.

De zoekstrategie zal vervolgens per selectie sleutelwoorden worden beschreven.

In NAZ leverde de tweede combinatie ('alternatieven fixatie') 4 artikelen op. De derde combinatie ('alternatieven vrijheidsbeperking') leverde in Invert 1 artikel op. In NAZ leverde de derde combinatie 3 artikelen op, waarvan 1 artikel overeen kwam met het gevonden artikel in Invert. Zoekmachine Google leverde bij een combinatie van het derde en vierde sleutelwoord in totaal 90 zoekresultaten op.

Op de website Ban de Fix leverde de tweede combinatie 5 resultaten op waarvan 1 studie (State Of The Art Studie (SOTA) van Dielis-van Houts e.a. uit 2004) bruikbaar voor dit onderzoek. Ook de website Innovatiekring Dementie (IDé) leverde verschillende artikelen op.

Het vijfde sleutelwoord ('vrijheidsbeperking') leverde in Invert 24 hits op, waarvan 2 werden geselecteerd voor het onderzoek. In NAZ leverde dit sleutelwoord 42 hits op, waarvan 4 geselecteerd en één artikel overeenkwam met een artikel uit Invert.

Een combinatie van de sleutelwoorden 'vrijheidsbeperking en RCT' leverde in zoekmachine Google 129 hits op waarvan 2 geselecteerd. Deze twee artikelen kwamen overeen met de resultaten bij de sleutelwoorden 'alternatieven vrijheidsbeperking RCT'. De sleutelwoorden 'vrijheidsbeperkende interventies' leverden in Invert 6 artikelen op, waarvan 2 geselecteerd. Eén van deze artikelen kwam overeen met zoeken op het sleutelwoord 'vrijheidsbeperking' in Invert. NAZ leverde 10 artikelen op, waarvan ook één overeenkwam met zoeken op het sleutelwoord 'vrijheidsbeperking' in Invert. Het zoeken met het sleutelwoord 'non-fixatiebeleid' gaf zowel in Invert als in NAZ geen bruikbare artikelen.

Bij het zoeken naar de alternatieven met de sleutelwoorden 'alternatieven fixatie' en 'Zweedse band' leverde Invert 9 artikelen, waarvan 2 voldeden aan de criteria. NAZ leverde 4 artikelen op, waarvan 1 bruikbaar voor het onderzoek.

Na een lange periode van zoeken leverden de genoemde sleutelwoorden geen nieuwe en bruikbare hits meer op. De onderzoekers kwamen dezelfde artikelen tegen met verschillende sleutelwoorden. Er trad verzadiging op in de zoektocht.

Uitgaande van bovengenoemde resultaten is met behulp van de sneeuwbal methode (Polit & Hungler, 1999) aanvullende literatuur verzameld.

#### 4.3.2 Zoekstrategie effectiviteit

Naar aanleiding van het onderzoek naar de binnen Nederland bekende alternatieven – welke konden worden gevonden in de beschikbare tijd voor dit onderzoek – , zijn vier alternatieven uitgezocht om te onderzoeken op effectiviteit. Hiervoor werden een aantal criteria opgesteld.

Allereerst was een criterium dat er binnen Nederland naar het alternatief verschillende vergelijkende onderzoeken zijn gedaan. Daarnaast is gekeken naar de directe toepasbaarheid binnen de instelling. De alternatieven moesten op de verpleegafdelingen ingezet kunnen worden. Ook moest er voldoende informatie beschikbaar zijn over het alternatief.

Naar aanleiding van deze criteria, is uiteindelijk gekozen voor de volgende alternatieven:

- gezelschapsdieren,
- belevingsgerichte zorg/snoezelen,
- (lichamelijke) activiteiten,
- heupprotector/-beschermer.



Er is gezocht naar artikelen om de effectiviteit van de alternatieven zo goed mogelijk te kunnen beoordelen. De volgende typen studies zijn hiervoor geraadpleegd:

- Randomized Controlled Trials (RCT's),
- Controlled Clinical Trials (CCT's),
- meta-analyse,
- richtlijn(en),
- ervaringsartikelen.

Voor het zoeken naar de verschillende studies welke hierboven genoemd zijn, werden eveneens een aantal criteria opgesteld waaraan deze moesten voldoen:

- de resultaten van de studies zijn gepubliceerd vanaf het jaar 2000,
- het effect van de verschillende alternatieven moet naar voren komen,
- de onderzoeken/studies zijn gedaan bij ouderen en/of in een verpleeg- of verzorgingshuis.

In de volgende subparagrafen wordt de zoekstrategie per alternatief weergegeven.

#### 4.3.2.1 Gezelschapsdieren

Bij het zoeken naar het effect dat dieren hebben op ouderen is gebruik gemaakt van verschillende zoekmachines. Google leverde, bij de combinatie 'RCT', 'effect', 'dieren', 'ouderen', 'verpleeghuizen', 246 hits op. Eén van de resultaten, namelijk een literatuurstudie, was bruikbaar voor het onderzoek.

Invert leverde met de combinatie 'huisdieren en ouderen' 1 hit op. NAZ leverde met de voorgaande combinatie 'huisdieren en ouderen' 2 hits op. Eén van de artikelen kwam overeen met het artikel dat via Invert werd gevonden.

Denkbeeld leverde met de combinatie 'dieren en ouderen' meer dan 50 hits op. Om de resultaten te verfijnen is de combinatie 'dieren en ouderen en verpleeghuis' toegepast. Dit leverde vervolgens 21 hits op. Tot slot werden de resultaten nog meer verfijnd door de combinatie 'effect, dieren, ouderen, verpleeghuis' toe te passen. Deze combinatie leverde uiteindelijk 16 hits op.

Uitgaande van bovengenoemde artikelen is met behulp van de sneeuwbal methode (Polit & Hungler, 1999) aanvullende literatuur verzameld.

#### 4.3.2.2 Belevingsgerichte zorg / snoezelen

Bij het zoeken naar het effect dat belevingsgerichte zorg/snoezelen heeft op ouderen is gebruik gemaakt de sleutelwoorden 'snoezelen', 'belevingsgerichte zorg', 'ouderen'.

Invert leverde bij het eerste sleutelwoord 26 artikelen. De tweede combinatie leverde 33 artikelen op. NAZ leverde met het eerste sleutelwoord 24 hits op. Het sleutelwoord 'belevingsgericht' leverde 58 hits op. Vervolgens werd de combinatie gebruikt van de sleutelwoorden 'belevingsgerichte zorg' en 'ouderen'. Dit leverde in NAZ 4 hits op. Tot slot werd gezocht in zoekmachine Google met een combinatie van bovengenoemde sleutelwoorden. Dit leverde 3510 hits op, waarvan een enkele bruikbaar omdat dit een RCT betrof. Uitgaande van de opgestelde criteria werden verschillende artikelen geselecteerd om te gebruiken voor het onderzoek.

#### 4.3.2.3 (Lichamelijke) activiteiten

Een derde punt was het zoeken naar het effect van het aanbieden van activiteiten aan ouderen. Hierbij werd gebruik gemaakt van de volgende combinaties: '(gerandomiseerd) onderzoek', 'effect', 'activiteiten', 'activiteitenbegeleiding', 'bewegen', 'ouderen'.

Met de combinatie 'bewegen en ouderen' leverde NAZ 2 resultaten op. Invert leverde met het sleutelwoord 'activiteiten' 7 hits op. In NAZ is gezocht met het sleutelwoord 'looptraining', wat 2 hits gaf.

Uitgaande van de opgestelde criteria werd in Invert één artikel geselecteerd om te gebruiken voor het onderzoek. In NAZ werd eveneens één artikel geselecteerd om te gebruiken.

Zoekmachine Google leverde met de sleutelwoorden 'onderzoek, activiteiten, ouderen' vele hits op, waarvan één werd geselecteerd op de betrouwbaarheid van de bron (website IDé). Met de zoekwoorden 'gerandomiseerd onderzoek, controlegroep, activiteiten ouderen' leverde zoekmachine Google 3810 hits op. Een tweetal websites werd geselecteerd omdat deze gerandomiseerde onderzoeken beschreven. Denkbeeld leverde met de sleutelwoorden 'effect lichamelijke activiteiten ouderen' 50 hits op.

Vervolgens werd nogmaals in Invert gezocht, maar dan op 'lichamelijke activiteiten'. Dit leverde 2 hits op, waarvan één artikel, uitgaand van de criteria, bruikbaar. In NAZ werd ook nogmaals gezocht op de voorgaande combinatie en leverde dezelfde resultaten op als Invert.

#### 4.3.2.4 Heupprotector/-beschermer

Tot slot is er gezocht naar de effectiviteit van het dragen van een heupprotector of -beschermer ter voorkoming van heupfracturen bij ouderen in het verpleeghuis. Hierbij is gebruik gemaakt van de sleutelwoorden 'heupprotector', 'heupbeschermer', 'heupbroekje', welke ook gebruikt werden in combinatie met 'RCT'.

NAZ leverde bij het zoeken naar 'heupbeschermer' 2 hits op. De woorden 'heupprotector' en 'heupbroekje' leverden in deze zoekmachine geen hits. Ook het zoeken op de woorden in combinatie met 'RCT' gaf geen resultaten.

Invert had geen resultaten op de bovengenoemde sleutelwoorden.

Met behulp van zoekmachine Google werd op het internet gezocht met 'heupprotector en RCT', welke 7 hits gaf. De combinatie 'heupbroekje en RCT' leverde 4 hits op. Eén zoekresultaat kwam overeen met een artikel, welke eveneens gevonden werd met de combinatie 'heupprotector en RCT'. Uitgaande van de opgestelde criteria werd in NAZ 1 artikel geselecteerd om te gebruiken voor het onderzoek. Zoekmachine Google gaf 4 bruikbare artikelen.

Het volgende hoofdstuk geeft de resultaten en de conclusie analyse weer van de interviews en de meta-analyse.

## 5.0 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews en van de meta-analyse beschreven. De eerste paragraaf omvat een omschrijving van de resultaten van de interviews. Hierbij is gebruik gemaakt van de indeling in hoofdonderwerpen en subonderwerpen zoals opgesteld voor de interviews. Tot slot wordt er antwoord gegeven op de vraagstelling die de onderzoekers voor de interviews hebben opgesteld. De tweede paragraaf omvat de resultaten van de meta-analyse, waarbij onderscheid is gemaakt in de literatuurstudie naar alle alternatieven en het onderzoek naar de effectiviteit van geselecteerde alternatieven.

### 5.1 Interviews

Het resultaat van de analyse en de verwerking van de interviews is een overzicht geworden van verschillende hoofdonderwerpen met subonderwerpen. Onderstaande tabel geeft dit weer:

Hoofdonderwerp	Subonderwerp
Vrijheidsbeperking	Eis IGZ Gevolgen voor de instelling
Zweedse band	Redenen/motieven inzetten ZB Kennis gebruik ZB (medewerkers)
Alternatieven	Ingezette alternatieven (de instelling) Motivatie medewerkers Betrokkenheid van familie

Voor het weergeven van de resultaten van de interviews zullen bovengenoemde hoofdonderwerpen en subonderwerpen als leidraad dienen. De hoofdonderwerpen zijn **dikgedrukt** én onderstreept weergegeven. De subonderwerpen springen in vanaf de kantlijn én zijn **dikgedrukt**.

In de uitwerking zullen citaten van de geïnterviewde personen worden gebruikt. Deze citaten zullen *cursief* worden weergegeven. Citaten van verschillende personen worden weergegeven met enkele regelafstand

tussen de citaten. Wanneer nodig, wordt uitleg gegeven bij de citaten. Dit wordt weer gegeven door middel van haakjes: [...].

### **Vrijheidsbeperking**

Bij het hoofdonderwerp vrijheidsbeperking komen de volgende subonderwerpen aan bod:

- eis IGZ,
- gevolgen voor de instelling.

### **Eis IGZ**

[De eis van de IGZ betreft het afschaffen van de Zweedse band. In 2011, zo stelt de IGZ, moet de Zweedse band afgeschaft zijn. De interviewers waren zeer benieuwd of de geïnterviewden op de hoogte waren van deze eis en hoe medewerkers hier tegenover staan].

*‘Vervolgens kwam ook vanuit de inspectie eigenlijk de eis dat er sowieso aandacht werd gegeven aan scholing en dat ook de banden eruit moesten.’*

*‘Dus je bent er niet om zomaar te zeggen, we stoppen de band, want we hebben een simpeler alternatief. Daar staan we nu eigenlijk binnen de instelling. Vooral het evalueren van, hoe zitten wij met banden, wat doen wij er nu aan?’*

*‘Op zich wel positief, maar ze zijn wel een beetje bang voor wat er komen gaat. Sommigen weten er gewoon niet veel van. ... Heel veel denken eigenlijk gewoon van, nou het wordt afgeschaft en we moeten maar zien hoe we het gaan redden.’*

### **Gevolgen voor de instelling**

*‘Het heeft wel heel veel impact, met name de band, meer dan andere maatregelen. Dus ik denk dat het uiteindelijk heel erg positief is, ook omdat je bewoners, veel breder gaat bekijken.’*

*‘Maar straks moet je echt gaan denken wat past bij die bewoner past. Het wordt dan ook iets gezamenlijks.’*

### **Zweedse band**

Bij het hoofdonderwerp Zweedse band komen de volgende subonderwerpen aan bod:

- redenen/motieven inzetten Zweedse band,
- kennis gebruik Zweedse band.

### **Redenen/motieven inzetten Zweedse band**

*‘Valgevaar en onrust. De banden die we nu nog hebben zijn bij bewoners die het besef niet meer hebben dat zij niet meer kunnen staan. Door innerlijke drang blijven zij dit proberen. En we hebben één bewoner die in*



*de band ligt omdat die bewoner anders 's nachts gewoon niet in slaap valt. Die heeft dan zodanige bewegingsdrang dat hij moet blijven bewegen.'*

[Op dit moment wordt de Zweedse band vooral ingezet voor veiligheid].  
*'Dat mensen uit bed klimmen is eigenlijk de voornaaste reden. Dat mensen gaan staan terwijl ze niet kunnen staan. Over de bedhekken gaan hangen, plus erge agressie. Voor de eigen veiligheid.'*

### **Kennis gebruik Zweedse band**

[De interviewers waren benieuwd hoe het is gesteld met de kennis van medewerkers als het gaat om het gebruik van de Zweedse band].

*'Kijk, als je dingen natuurlijk heel weinig gebruikt, werk je eigenlijk al in de hand dat mensen er minder goed mee om kunnen gaan. ... Daarnaast hebben we ook niet hier in huis het onderscheid gemaakt in wie hem aan mag leggen, dus in principe mogen alle niveaus aanleggen. Dus ja, dat betekent eigenlijk ook niet dat je er heel erg veel zicht op hebt. ... Dat is ook wel iets waar we ons zorgen over maken vanuit de BOPZ commissie. ... Dus we hebben in het nieuwe stroomschema, in het nieuwe protocol, verwerkt dat de verpleegkundige dienst wanneer de Zweedse band wordt ingezet eerst altijd nog weer meegaat voor een instructie.'*

*'Ik denk wel dat het grootste deel wel op de hoogte is van wat ze wel en niet kunnen. ... Ik denk dat scholing op het gebied van, hoe kan ik voorkomen om de band in te zetten belangrijk is, in plaats van waarom zet je de band in? Wat kan ik in plaats van die band gaan inzetten, welke acties zijn er en welke middelen zijn er?'*

### **Alternatieven**

Bij het hoofdonderwerp alternatieven komen de volgende subonderwerpen aan bod:

- ingezette alternatieven,
- motivatie medewerkers,
- betrokkenheid familie.

### **Ingezette alternatieven**

[De interviewers wilden graag te weten komen welke alternatieven er al ingezet worden binnen de instelling, zodat hier verder in het onderzoek op aangesloten kan worden].

*'Nou we hebben heel veel andere middelen en maatregelen, maar het meest gebruikte alternatief is denk ik toch de sensor. We hebben sowieso een geluid- akoestisch systeem op elke bewonerskamer van de pg afdelingen. ... Dat is dus het eerste hulpmiddel wat je hebt om een bewoner te observeren. ... Daarnaast zijn dus sensoren mogelijk op de kamers, dat is dus een bewegingsdetectie. ... Daarnaast hebben we de belmat nog steeds. ... Vervolgens kennen we het detectiesysteem. ... We hebben extra handsop, de verpleegdekens. We hebben de bedhekken*

*natuurlijk en de bedhekkbeschermers, waarvan ook een van plexiglas. Dan hebben we natuurlijk nog de kantelstoel, de plankstoel en de trippelstoel.'*

*'We werken heel veel met een sensor bij het bed en af en toe hebben we wel eens dat we een matras voor het bed leggen, maar dat vinden wij niet ideaal. ... Het bed op de laagste stand is namelijk nog vrij hoog... We doen ook nog wel eens mensen in een verpleegdeken, maar als mensen echt heel beweeglijk zijn, dan komen ze daar echt wel uit.'*

### **Motivatie medewerkers**

[De interviewers wilden vervolgens te weten komen hoe medewerkers staan tegenover het inzetten van alternatieven].

*'We zijn nog niet zo ver dat iedereen laaiend enthousiast is. Maar daarvoor hebben we ook echt weer die scholing [verwijzing naar een eerder citaat\*] nodig; het met elkaar in gesprek gaan.'*

*[\*] 'Het is de bedoeling dat in het najaar van dit jaar, scholing gaat plaatsvinden op basis van casuïstiek. Zodat mensen echt een casus van een afdeling inbrengen en dat we dan met elkaar in gesprek raken. Wat vindt je er nu erg aan en hoe kijk je aan tegen vrijheidsbeperking. Dat is de discussie die we heel graag op gang willen brengen.'*

*'Ja, heel veel hebben denk ik zo iets van, wat me aangedragen wordt, dat vind ik wel prima. En niet heel veel mensen zijn er mee bezig. Het is meer zo van het wordt ons weer opgelegd dat het weer niet mag, nou dan komen ze ook maar met iets nieuws. ... Terwijl ik juist zo iets heb van: joh dat kun je toch zelf. Je gaat even op internet zoeken. Er zijn ook veel dingen voor handen...'*

### **Betrokkenheid familie**

[De interviewers waren benieuwd naar de betrokkenheid van familie bij het afbouwen van de Zweedse band en het inzetten van alternatieven].

*'Het is echt de bedoeling dat er gekeken wordt met de familie of de bewoner het liefst zelf, van wat past bij iemand? En daarom is het multidisciplinaire overleg ook zo belangrijk. Omdat natuurlijk ook een activiteitenbegeleider of een fysiotherapeut een heel andere kijk daarop heeft.'*

*'We proberen familie wel te betrekken maar die mensen zijn er niet helemaal in thuis. Ze weten niet goed wat er te verkrijgen is aan alternatieven.'*

## **5.1.1 Conclusie analyse interviews**

Vanuit de interviews kan gezegd worden dat er binnen de instelling al verschillende alternatieven worden ingezet, maar dat deze vaak nog wel vrijheidsbeperkend kunnen zijn voor de cliënt.

In de eerste plaats zijn de twee geïnterviewden op de hoogte van de eis die de Inspectie voor de gezondheidszorg stelt, namelijk dat de Zweedse band in 2011 afgeschaft moet zijn. De geïnterviewden gaven aan hier positief tegenover te staan, maar medewerkers op de werkvloer blijken daarnaast ook bang te zijn voor wat er komen gaat. Een belangrijk gevolg voor de instelling is dat men echt (breder) moet gaan kijken welk alternatief er het beste bij de cliënt past. Vervolgens spraken de interviewers en de geïnterviewden over de Zweedse band. De geïnterviewden gaven allebei aan dat de Zweedse band voornamelijk wordt ingezet bij valgevaar, onrust en agressie. De meningen van de geïnterviewden waren verdeeld als het gaat om de kennis die de medewerkers hebben ten aanzien van het gebruik van de Zweedse band. De eerste geïnterviewde gaf aan dat bij weinig gebruik de kennis over het gebruik van de Zweedse band minder goed is. Daarentegen gaf de tweede geïnterviewde aan dat het grootste gedeelte van de collega's op haar afdeling wel op de hoogte is. De opmerking die daarbij gemaakt kan worden, is of er op de afdeling van de tweede geïnterviewde dan meer wordt gewerkt met de Zweedse band. Vanuit de interviews is naar voren gekomen dat de instelling wel toewerkt naar het bekwaam maken van het personeel door middel van verschillende, nog te geven, scholingen. In het derde en tevens laatste onderwerp van de interviews werd onder andere gevraagd naar de motivatie van de medewerkers om alternatieven in te zetten. De geïnterviewden gaven aan dat medewerkers nog niet zo enthousiast zijn over het inzetten van alternatieven. Tot slot waren de interviewers benieuwd naar de alternatieven die op dit moment worden ingezet binnen de instelling in plaats van de Zweedse band.

Terugkomend op de vraagstelling die de onderzoekers voorafgaand aan de interviews hebben opgesteld: *'welke alternatieven voor de Zweedse band worden er binnen de instelling al toegepast?'*, kan gezegd worden dat de volgende alternatieven al worden ingezet binnen de instelling:

- de sensor,
- een geluidssysteem,
- bewegingssensoren,
- matras voor het bed,
- de belmat,
- het detectiesysteem,
- de hansop,
- de verpleegdeken,
- bedhekken,
- Bedhekbeschermers (plexiglas),
- kantelstoel,
- plankstoel,
- trippelstoel.

Vanuit bovengenoemde alternatieven zijn de onderzoekers verder gaan zoeken naar alternatieven die in de onderzoeksliteratuur naar voren komen. Omdat de instelling de onderzoekers heeft gevraagd naar alternatieven te zoeken die nog niet binnen de instelling worden ingezet, wordt er in de volgende paragraaf een literatuurstudie hierover weergegeven.

## 5.2 Literatuurstudie alternatieven

De volgende paragrafen omvatten de resultaten van de meta-analyse. Allereerst is er literatuurstudie gedaan naar binnen Nederland beschikbare alternatieven. Naar aanleiding hiervan is een lijst opgesteld zoals weergegeven in deze paragraaf.

### 5.2.1 Vrijheidsbeperkende interventies

De eerste categorie gevonden alternatieven op de Zweedse band, zijn maatregelen die eveneens vallen onder de vrijheidsbeperkende interventies. Het inzetten van de Zweedse band wordt als zeer restrictieve maatregel gezien (Hamers, 2009). Hieruit kan geconcludeerd worden dat er minder restrictieve vrijheidsbeperkende maatregelen zijn die kunnen worden ingezet als alternatief op de Zweedse band.

Gastmans e.a. (2006) geven in hun artikel *'Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak'* de volgende definitie voor fysieke fixatie: *'elke handelingsmethode (menselijk of mechanisch toegepast), materiaal of uitrusting aan of in de buurt van het lichaam van een persoon, met de opzettelijke bedoeling dat de persoon deze niet kan verwijderen en die de bewegingsvrijheid beperkt'*. Aan de hand van deze definitie is een indeling van fysieke en niet-fysieke maatregelen gemaakt in onderstaande lijst met vrijheidsbeperkende interventies.

#### Fysieke maatregelen

- Bedhekken (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2000; Dielis-van Houts e.a., 2004; De Veer e.a., 2006; Hamers & van Wijmen, 2007; Hamers, 2009; van der Kruk, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Bedscherf of bedombouw van plexiglas (IGZ, 2008),
  - *'Maakt fixeren in bed onnodig'* (IGZ, 2008, p. 50).
- Boxbed (IGZ, 2008),
  - *'Een box, dat tevens gebruikt wordt als bed. Door de aanwezigheid van spijlen, plexiglas of ander materiaal is fixatie niet nodig'* (IGZ, 2008, p. 50).
- Diepe stoel (Dielis-van Houts e.a., 2004; De Veer e.a., 2006; Hamers & Van Wijmen, 2007; Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
  - *'Minder mobiele cliënten kunnen hier niet uit komen. Fixatie m.b.v. Zweedse band wordt voorkomen'* (IGZ, 2008, p. 52).
  - *'... om te voorkomen dat hij gaat lopen en ten val komt'* (De Veer e.a., 2006, p. 30).
- Scheurpakken (De Veer e.a., 2006; IGZ, 2008),
  - *'Voorkomt dat cliënt eigen kleding gaat scheuren'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Rolstoel op rem (Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Stoelplanken (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2000; Hamers & van Wijmen, 2007; Hamers, 2009; Pasch & Kersten, 2009),

- Tafelblad (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2000; Dielis-van Houts e.a., 2004; De Veer e.a., 2006; Hamers & Van Wijmen, 2007),
- Verpleegdeken (Hamers & Van Wijmen, 2007).

#### Niet-fysieke maatregelen

- Domotica (De Veer e.a., 2006; IGZ, 2008; Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
  - *'Domotica is een verzamelbegrip van geavanceerde technologische toepassingen, om de cliënt veilig en comfortabel te laten wonen'* (IGZ, 2008, p. 51).
- Gedragsbeïnvloedende medicijnen (Jaspers & Mutschelknauss, 2005; De Veer e.a., 2006; Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Woonkamer in twee delen scheiden (IGZ, 2008),
  - *'Zo kunnen prikkelgevoelige cliënten in prikkelarme omgeving vertoeven. Cliënten, die zich prettiger voelen bij meer prikkels kunnen in een omgeving met meer prikkels vertoeven'* (IGZ, 2008, p. 55).
- Plakplastic aanbrengen voor ramen van cliënten die naakt rondlopen (IGZ, 2008),
  - *'Cliënt kan ongestoord in eigen kamer vertoeven zonder gedwongen te worden zich aan te kleden vanwege de overburen'* (IGZ, 2008, p. 53).
- Maaltijden in twee groepen voor minder prikkels (IGZ, 2008),
  - *'Zorgt voor minder prikkels'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Bordje 'niet storen' bij het eten (IGZ, 2008),
- Psychogeriatrische afdeling op begane grond huisvesten (IGZ, 2008),
  - *'Uitzicht op tuin of straat. Geeft huiselijk en minder opgesloten gevoel. De cliënten kunnen makkelijker en daardoor vaker naar buiten'* (IGZ, 2008, p. 53).
- Afsluiten van kamer of ruimte (Dielis-van Houts e.a., 2004; Hamers & Van Wijmen, 2007; IGZ, 2008; Van der Kruk, 2009).

Alvorens een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten, dienen eerst alle alternatieven op fixatie overwogen te worden om tot de minst ingrijpende maatregel te komen (Jaspers & Mutschelknauss, 2005).

### 5.2.2 Alternatieven

In deze paragraaf wordt een opsomming gegeven van alternatieven op de Zweedse band die overwogen kunnen worden om gevaar voor letsel te voorkomen, te beperken of te accepteren. In de gevonden artikelen zijn verschillende kaders omschreven die een onderverdeling maken in de alternatieven. Het kader dat gebruikt wordt in *'Alternatieven voor vrijheidsbeperkende interventies'* van Van Nesselrooij (2010), geeft de basis voor de onderverdeling van alternatieven in deze paragraaf. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in:

- beleid,



- gegevensverzameling,
- toezicht,
- psychosociaal,
- hulpmiddelen.

Van Nesselrooij (2010) gebruikt daarnaast communicatie, welke in dit onderzoek achterwege wordt gelaten vanwege de lage relevantie.

### **Beleid**

- Aanbod extra individuele activiteiten (IGZ, 2008; Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Accepteren risicogedrag (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2005),
- Accommodatie (Van der Kruk, 2009),
  - De bouw van een afdeling heeft invloed op de mate waarin vrijheidsbeperking toegepast wordt. Hierbij wordt gedacht aan alternatieve ruimtes waar mensen zich kunnen terugtrekken (zogenaamde comfort-rooms), zichtbaarheid en nabijheid van het personeel, mogelijkheden om naar buiten te gaan, rust op de afdeling, de beschikking over een eigen slaapkamer en het aanwezig zijn van een looproute, wat bijdraagt aan de bewegingsvrijheid (Van der Kruk, 2009).
- Activiteitenbegeleiding (De Veer e.a., 2007; Van Nesselrooij, 2010),
- Afspraken opstellen (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2000),
- Afspraken ziekenhuis over beperkt gebruik bedekken bij opname (De Veer e.a., 2007),
- Belevingsgerichte zorg (IGZ, 2008),
  - *'Empathische benadering, met als uitgangspunt de beleving van de cliënt. Wat speelt er zich in het innerlijk van de cliënt af? Waarom zou hij/zij angstig, onrustig kunnen zijn?'* (IGZ, 2008, p. 50).
- Besluitvormingsprotocol (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2000)
  - *'Garandeert een heldere besluitvorming voor alle betrokkenen, van patiënt en diens familie tot alle leden van het multidisciplinaire team over de best mogelijke interventie'* (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2000, p. 27).
- Buitenactiviteiten (IGZ, 2008),
- Draagvlak bij alle betrokkenen (Van der Kruk, 2009),
- Fysieke vrijheidsbeperking niet afspreken bij opname (IGZ, 2008),
  - *'In plaats hiervan goed observeren. Fysieke vrijheidsbeperking 'kan altijd nog afgesproken worden, indien dit echt nodig blijkt te zijn'* (IGZ, 2008, p. 51).
- Kijken naar individu (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2005; Van de Pasch & Kersten, 2009),
  - *'Zorgverlening waar geen standaard- of routinematige handelingen worden uitgevoerd'* (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2005, p. 33).
- Kleinschalige woonprojecten (IGZ, 2008),

- Multidisciplinaire behandeling (IGZ, 2008; van Nesselrooij, 2010),
  - *'Systematisch multidisciplinair bespreken op welke wijze de cliënt het beste kan worden benaderd'* (IGZ, 2008, p. 50).
- Observatielijsten voor gedragsproblemen/agressie (IGZ, 2008),
  - *'Doordat gedragspatronen tijdig herkend worden, kan op tijd de juiste actie worden ingezet, om de onrust te verminderen, dan wel te voorkomen'* (IGZ, 2008, p. 53).
- Preventie van gevaarlijke situaties (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2005),
- ROT, validering, reminiscentie, warme zorg (Van Nesselrooij, 2010),
- Ruime kamers/ appartementen / huiskamers (IGZ, 2008),
  - *'Veroorzaakt minder onrust dan een kleinere kamer/appartement'* (IGZ, 2008, p. 53).
- Scholing van medewerkers (De Veer e.a., 2007; Van der Kruk, 2009),
- Snellere doorstroom naar verpleeghuis (De Veer e.a., 2007),
- Visie op zorg aanpassen (Van den Schoor, 2007; IGZ, 2008; Van Nesselrooij, 2010),
  - *'De individuele begeleiding en autonomie van de bewoners staan voorop. Daaruit vloeit automatisch het beleid van fixatievrij verlegen voort'* (Van den Schoor, 2007, p. 20).
- Werktijden activiteitenbegeleiding op behoefte cliënten aanpassen (IGZ, 2008),
  - *'Activiteitenbegeleiding aanbieden op tijden dat er vraag naar is, zoals in de avonden of in het weekend in plaats van alleen tijdens kantooruren'* (IGZ, 2008, p. 55).
- Woon/leefomgeving afstemmen op individu (IGZ, 2008),
  - *'Iedere cliënt een eigen (gevoelsmatig veilige) plek, prikkelarm, indien cliënt prikkelgevoelig is'* (IGZ, 2008, p. 55).

#### **Gegevensverzameling**

- Nagaan waarom iemand onrustig wordt (De Veer e.a., 2007),
- Sneller herkennen onrust (De Veer e.a., 2007),
- Waaier met gedrags- en benaderingswijze van cliënt (IGZ, 2008),
  - *'Dit instrument zorgt voor een eenduidige benadering van de cliënt'* (IGZ, 2008, p. 54).

#### **Verhogen toezicht op cliënt**

- Cameratoezicht (De Veer e.a., 2007; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Extra personeel (Van der Kruk, 2009),
  - *'... om fixatie te voorkomen of om scholing mogelijk te maken'* (Van der Kruk, 2009, p. 25).
- Groot team vaste vrijwilligers (IGZ, 2008),
  - *'Zo kan meer individuele aandacht aan de cliënten gegeven worden'* (IGZ, 2008, p. 51).
- Kamer met meer toezicht (Jaspers & Mutschelknauss, 2005),

- Kijkgat in deur (IGZ, 2008),
  - *'Maakt de kamer betreden door personeel minder vaak nodig. Afsluitbaar, zodat medecliënten het kijkgat niet kunnen gebruiken'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Meer toezicht (De Veer e.a., 2007),
- Toezicht door inschakeling van familie (Gastmans & Milisen, 2006; Van Nesselrooij, 2010),
  - *'... bijvoorbeeld een bezoekschema wordt gemaakt waarin de familie vooral op risicomomenten komt. Dit is meestal buiten bezoektijden'* (Van Nesselrooij, 2010, p. 5).

### **Lichamelijk**

- Regelmatige toilettijden (Jaspers & Mutschelknauss, 2005; Van Nesselrooij, 2010),
  - *'... kan de loopdrang en het dwalen beperken'* (Jaspers & Mutschelknauss, 2005, p. 34).
- Patiënt krijgt naar wens eten, drinken en warmte (Van Nesselrooij, 2010),
- Activiteitenplan, voor activiteiten ook 's avonds (Van Nesselrooij, 2010),
- Bewegingsprogramma (Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Regelmatig lopen met de patiënt (Van Nesselrooij, 2010),
- Trainen loopfunctie (Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Correct gebruik van bril en gehoorapparaat (Gastmans & Milisen, 2006),
- De minst belastende behandeling kiezen (Van Nesselrooij, 2010),
- Laat zwerfgedrag toe (Gastmans & Milisen, 2006),
- Oriënteer patiënt regelmatig in tijd, plaats en persoon (Gastmans & Milisen, 2006),
- Tandem/duofiets (IGZ, 2008),
  - *'Cliënt, die niet zelfstandig kan fietsen, kan zo toch fietsen'* (IGZ, 2008, p. 54).
- Zelfstandigheid stimuleren evt. met aangepaste rolstoel (Van Nesselrooij, 2010),
- Zorg voor voldoende verlichting en vermijd verblindend licht (Gastmans & Milisen, 2006).

### **Psychosociaal**

- Eettijden aanpassen aan ritme cliënten (IGZ, 2008),
  - *'Eettijden aanpassen zodat bewoners minder onrustig worden en tijd nemen voor maaltijden'* (IGZ, 2008, p. 51).
- 's Avonds warm eten: rust op de ochtend (Van den Schoor, 2007),
  - *'Dan hoef je 's ochtends niet zo te haasten en te zorgen dat iedereen op tijd uit bed is'* (Van den Schoor, 2007, p. 20).

- 's Nachts onrustig: begeleiden bij een aantal rondjes lopen (Van den Schoor, 2007),
  - *'Dan worden ze moe en gaan ze vanzelf wel weer een keertje slapen, is de ervaring...'* (Van den Schoor, 2007, p. 20).
- Actief luisteren (Gastmans & Milisen, 2006),
- Afleiding wordt aangeboden door muziek, boeken en een gesprek (Van Nesselrooij, 2010),
- Bewegingstherapie (Van Nesselrooij, 2010),
- Buitenlucht en licht (Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Clown op bezoek (IGZ, 2008),
  - *'Het samenspelen met een clown is een uitlaatklep voor emoties, cliënten worden in beweging gebracht of doorbreken hun normale patronen. Hiervoor opgeleide clowns geven op deze manier vreugde en rust bij dementerenden en (zeer) (zwaar) verstandelijk gehandicapten'* (IGZ, 2008, p. 50).
- Creëer een therapeutische omgeving: continuïteit van zorg, vertrouwensklimaat, respectvolle benadering (Gastmans & Milisen, 2006),
- Creëren van omgeving die prettig is voor de cliënt (De Veer e.a., 2007),
- Documenteer en analyseer gedrag van patiënt (Gastmans & Milisen, 2006),
- Familie (heeft vaak een kalmerende werking op patiënten) (Jaspers & Mutschelknauss, 2005),
- Foto's van cliënt op deuren (IGZ, 2008),
- Geef voldoende uitleg bij diagnostische en therapeutische interventies en bouw voldoende rustperiodes in (Gastmans & Milisen, 2006),
- Huisdierentherapie (Van Nesselrooij, 2010),
- Dier-o-theek (IGZ, 2008),
  - *'Bij een dier-o-theek kan tijdelijk (bijvoorbeeld een dagdeel of een week) een huisdier gehuurd worden. De dieren worden gebracht en gehaald. Er zijn enkele dier-o-theken in Nederland gevestigd'* (IGZ, 2008, p. 51).
- Huiselijke sfeer door gezellige hoekjes op de gang (IGZ, 2008),
  - *'Afdeling of huiskamer in de locatie zoveel mogelijk als 'gewone' huiskamer inrichten'* (IGZ, 2008, p. 51).
- Huiselijke sfeer: eigen natuurlijke omgeving meubels van thuis (IGZ, 2008),
  - *'Mensen mogen bij opname meubilair (laten) meenemen'* (IGZ, 2008, p. 51).
- Juiste dosering van prikkels (Van Nesselrooij, 2010),
  - *'... niet teveel prikkels, maar te weinig prikkels kan ook agitatie veroorzaken. Bijvoorbeeld geluid wordt verminderd: tv en radio worden uitgezet, ook die van kamergenoten'* (Van Nesselrooij, 2010, p. 5).
- Kalmerende muziek (Van Nesselrooij, 2010),

- Kamerdeur van cliënt voorzien van foto (IGZ, 2008),
  - *'Zo weet cliënt dat dit zijn/haar kamer is'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Kas in tuin (IGZ, 2008),
  - *'Glazen kas voor bloemen en planten'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Klankschalentherapie (IGZ, 2008),
  - *'Klankschalentherapie is een akoestische, 'vibratorische' ervaring die de harmonie en balans in het lichaam herstelt. Afkomstig uit Tibet en Nepal.'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Levensboek samenstellen en deze kennis gebruiken bij de zorg (IGZ, 2008),
  - *'Een levensboek is een zeer persoonlijk geschiedenisboek met het levensverhaal aangevuld met foto's, opmerkingen, met duidelijke gegevens over belangrijke en soms emotionele gebeurtenissen. Hierin is te vinden wie de persoon is, hoe hij in de wereld staat. Wat belangrijk voor hem is, wat hij prettig vindt, wat hij graag doet, (hobby's), waar hij tegen op ziet en wat hij aan anderen vraagt. Hierdoor wordt het voor familie, verzorging of verpleging makkelijker om contact met de cliënt te krijgen'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Loopcircuit in verbinding met de tuin (IGZ, 2008),
- Moedig bezoek van vertrouwenspersoon aan (Gastmans & Milisen, 2006),
- Muziektherapie (Van Nesselrooij, 2010),
- Patiënt krijgt iets wat hij kan vasthouden (Van Nesselrooij, 2010),
- Patiënt krijgt gerichte zinvolle taken (Van Nesselrooij, 2010),
  - *'..., zoals het opvouwen van handdoeken of simpel administratief werk'* (Van Nesselrooij, 2010, p. 5).
- Slaap wordt niet verstoord (Van Nesselrooij, 2010),
- Snoezelen (IGZ, 2008),
  - *'Op verschillende manieren door middel van zintuigprikkeling een aangename sfeer creëren voor de cliënt'* (IGZ, 2008, p. 53).
- Zintuigactivering (De Wal, 2005),
- Speelattributen in de tuin (IGZ, 2008),
- Speelruimtes voor verschillende groepen (IGZ, 2008),
  - *'Dit voorkomt conflictsituaties'* (IGZ, 2008, p. 54),
- Tuin: belevingsgericht, groot en veilig (IGZ, 2008),
- Uitleg geven over noodzaak van fixatie aan cliënt (IGZ, 2008),
  - *'Op een aan het niveau van de cliënt aangepaste manier, bijvoorbeeld met een foto van de armfractuur'* (IGZ, 2008, p. 54).
- Voorzie voldoende activiteiten en vermijd verveling (Gastmans & Milisen, 2006),
- Wintertuin (IGZ, 2008),
  - *'Het 'buiten' binnen brengen bij cliënten die weinig buiten komen. Verbeteren van het leefmilieu. Ook het verhogen van de hoeveelheid daglicht in het gebouw werkt positief en ontspannend'* (IGZ, 2008, p. 55).



## Hulpmiddelen

- Aangepaste loophulpmiddelen (Gastmans & Milisen, 2006),
- Antislipsokken (Gastmans & Milisen, 2006; Van Nesselrooij, 2010),
- Bed in de laagste stand (Gastmans & Milisen, 2006),
- Bed tegen de muur (Van Nesselrooij, 2010),
  - *'Dit kan de patiënt dwingen aan dezelfde kant uit bed te stappen dan dat hij thuis gewend is. Dit kan ook zijn ter vervanging van een bedhek'* (Van Nesselrooij, 2010, p. 7).
- Bewegingssensor (De Veer e.a., 2007; Zorg voor beter, 2009).
- Elektronisch waarschuwingssysteem (Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009),
- Briefje geven aan de cliënt als geheugensteun (Dielis-van Houts & Schuurmans, 2000),
- Heupbeschermers (Gastmans & Milisen, 2006; Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009; Van Nesselrooij, 2010),
- Installatie van de patiënt in nabijheid/in het zicht van verpleegstation (Gastmans & Milisen, 2006),
- Kalender (oriëntatie) (Jaspers & Mutschelknauss, 2005),
- Korrelstoel (IGZ, 2008),
  - *'Minder mobiele cliënten kunnen hier niet uit komen. Fixatie m.b.v. Zweedse band wordt voorkomen'* (IGZ, 2008, p. 52).
- Kussens in het bed (Van Nesselrooij, 2010),
  - *'... om te voorkomen dat de patiënt uit bed valt, bijvoorbeeld kussens die net zo lang zijn als de patiënt'* (Van Nesselrooij, 2010, p. 7).
- Laaglaag bed (Jaspers & Mutschelknauss, 2005; Gastmans & Milisen, 2006; IGZ, 2008),
  - *'Uit bed vallen heeft geen ernstige nadelen meer voor de cliënt, waardoor fixeren niet nodig is'* (IGZ, 2008, p. 50).
- Leunstoel (IGZ, 2008; van Nesselrooij, 2010),
  - *'Als cliënten niet goed zitten of liggen kan onrust bij de cliënt ontstaan. Om dit te voorkomen zijn er speciaal vervaardigde stoelen, sofa's of ligbanken om het lichaam dusdanig te ondersteunen dat er daadwerkelijk ontspanning kan ontstaan'* (IGZ, 2008, p. 54).
- Matras op de grond naast het bed (Jaspers & Mutschelknauss, 2005; Gastmans & Milisen, 2006; Hamers, 2009; Van de Pasch & Kersten, 2009; Zorg voor beter, 2009; Van Nesselrooij, 2010),
- Rollator (Van Nesselrooij, 2010),
- Schokabsorberende vloerbedekking (Gastmans & Milisen, 2006),
- Schommelstoel, kan drang om dwalen verminderen (Van Nesselrooij, 2010),
  - *'... kan de drang om te dwalen verminderen'* (Van Nesselrooij, 2010, p. 7).
- Stoelen aanpassen aan fysieke eigenschappen (IGZ, 2008),
  - *'Het zitten is comfortabel en werkt daardoor rustgevend'* (IGZ, 2008, p. 54).
- Stok (Van Nesselrooij, 2010),

- Swash haircaps (IGZ, 2008),
  - *'Het haar van de client kan zo gewassen worden, zonder dat hij/zij in bad of onder de douche hoeft. Voorkomt onrust bij cliënten, die niet onder de douche of in bad willen'* (IGZ, 2008, p. 54).
- White board voor oriëntatie (Van Nesselrooij, 2010).

Aan de hand van bovenstaande lijst is een keuze gemaakt om vier alternatieven te onderzoeken aan de hand van een meta-analyse. Het doel van deze meta-analyse is het verkrijgen van informatie over de effectiviteit van deze alternatieve interventies.

Er is gekozen voor gezelschapsdieren, snoezelen/belevingsgerichte zorg, (lichamelijke) activiteiten en de heupprotector. Naar deze alternatieven is in het verleden geregeld vergelijkend onderzoek gedaan om de effectiviteit te bepalen, waardoor het mogelijk wordt ze te gebruiken voor een meta-analyse. Daarnaast zijn deze alternatieven voor de instelling nieuwe interventies die wellicht ingezet kunnen worden op de verpleegafdelingen.

### 5.3 Effectiviteit alternatieven

Het tweede onderdeel van de meta-analyse is het onderzoeken van de effectiviteit van vier alternatieven uit bovenstaande lijst. In deze paragraaf worden hiervan de resultaten weergegeven.

#### 5.3.1 Gezelschapsdieren

Er zijn verschillende onderzoeken gevonden waarin het effect van (huis-)dieren op ouderen wordt beschreven. In zes van de gevonden onderzoeken is het effect van (huis-)dieren daadwerkelijk in de praktijk getest.

Diesveldt (2006) beschrijft in zijn artikel dat een buitenlands onderzoek (Filan & Llewellyn-Jones, 2006) liet zien dat demente bewoners die onrustig waren baat hadden bij een bezoek van een therapiehond en de baas. Het effect dat gezien werd was dat het sociale gedrag van de bewoner toe nam en de bloeddruk en hartslag daalden. Onder het sociale gedrag wat gezien werd, verstaat het artikel lachen, naar de hond kijken, met elkaar praten en het aaien van hond. Vervolgens is getoetst of de hond daadwerkelijk het verschil maakte. De genoemde effecten kwamen niet voor bij dezelfde groep bewoners wanneer de baas zich zonder de hond bij hen voegde. Uit een ander onderzoek (RCT) is gebleken dat bewoners die regelmatig in contact werden gebracht met kleine gezelschapsdieren, na drie maanden opmerkelijke veranderingen vertoonden. De bewoners waren minder angstig, minder geagiteerd en gemakkelijker in omgang. Dit in tegenstelling tot de bewoners die in deze drie maanden niet in aanraking kwamen met gezelschapsdieren. Vervolgens wordt er in het artikel overgegaan naar het effect van een aquarium in een eetzaal. Het onderzoek (RCT) dat

hier naar is gedaan heeft het effect gemeten bij twee groepen bewoners. De ene groep kreeg zicht op een aquarium in de eetzaal. Dit stimuleerde de eetlust en leidde tot een toename van het lichaamsgewicht van de bewoners met Alzheimerdementie. De ander groep bewoners kreeg in de eetzaal zicht op een schilderij. Hierbij werden de bovengenoemde effecten niet geconstateerd. Dezelfde reactie trad vervolgens wel op toen daar de eetzaal ook werd voorzien van een aquarium. Een bijkomend effect van het aquarium is dat bewoners rustiger, alerter en aandachtiger werden. Er werd wel een nadeel bevonden; namelijk dat huisdieren en aquaria vragen om zorg en onderhoud.

De voorgaande onderzoeken geven allemaal een bevestigend antwoord op de vraag of de aanwezigheid van dieren het welzijn van bewoners bevordert. Wel moet er rekening gehouden worden met mogelijk individuele verschillen. Iedere bewoner kan in verband met eerdere ervaringen namelijk anders reageren op de aanwezigheid van een huisdier.

Het artikel van Enders-Slegers (2008) geeft een reeks van onderzoeken weer naar het effect van gezelschapsdieren op bewoners van zorginstellingen. In haar proefschrift wordt beschreven dat gezelschapsdieren veel voor ouderen kunnen betekenen. Met het ouder worden, wordt het netwerk steeds kleiner. Bij alleenstaande ouderen kunnen de gezelschapsdieren gaten opvullen in het sociale netwerk. De dieren zorgden voor afleiding en stimuleerden de ouderen tot activiteiten. Een gezelschapsdier bij dementerende ouderen *'kan fungeren als een bron van vertrouwdheid, van veiligheid en gezelligheid en daarmee een steunende stabiele factor zijn in een nieuwe situatie'* (Enders-Slegers, 2008, p. 29).

Binnen Nederland zijn twee instellingen vier maanden met elkaar vergeleken als het gaat om het effect dat poezen hebben op bewoners van psychogeriatrische afdelingen (RCT). Eén afdeling kreeg twee jonge poezen, de andere afdeling was een controleafdeling. Het effect, in vergelijking met de afdeling die geen poezen had, was dat er meer plezier was onder de ouderen. Onder plezier verstaat het artikel lachen en glimlachen. De sfeer werd omschreven als meer ontspannen en huiselijker.

Hetzelfde effect is ook gemeten met honden gedurende acht weken bij dementerende ouderen op de dagopvang (RCT). De ene groep ouderen kreeg dagelijks één uur bezoek van een vrijwilliger die voorlas en liedjes met hen zong. De andere groep kreeg één uur lang bezoek van een getrainde hond. Bij de ouderen van de 'voorleesgroep' veranderde nauwelijks iets in gedrag in tegenstelling tot de groep ouderen waar de hond langs kwam. *'Daar werden allerlei activiteiten ondernomen (vaak op initiatief van de ouderen) als het gooien met een balletje, kammen, borstelen, aaien, etc.'* (Enders-Slegers, 2008, p. 30). Bijkomende effecten waren lachen, praten en roepen naar de hond.

Tot slot geeft het artikel aan dat het effect niet vrijblijvend was. Na de tijd is het effect nogmaals gemeten, maar zonder veranderingen in gedrag voordat het onderzoek werd uitgevoerd. De conclusie die hieruit getrokken wordt is dat wanneer een structurele verandering wordt

beoogd, de periode van het bezoek van het gezelschapsdier waarschijnlijk langer zou moeten zijn. Een voorwaarde is wel dat er draagkracht is binnen de instelling en dat het slagen daarnaast ook afhangt van de wensen en behoeften van de ouderen.

De Bruin (2006) beschrijft het effect dat zorgboerderijen in Nederland hebben op ouderen. In tegenstelling tot de reguliere zorg vinden veel activiteiten op een zorgboerderij buiten plaats. Kwalitatief onderzoek heeft aangetoond dat zorgboerderijen voor dementerende ouderen van waarde kunnen zijn. De effecten die in het onderzoek beschreven worden hebben betrekking op de interactie met dieren, het contact met andere mensen (niet alleen medecliënten), deelname aan grote verscheidenheid van activiteiten en het aangesproken worden op de gezonde kanten. Om het effect te kunnen onderzoeken is er een meting gedaan onder ouderen op een reguliere afdeling en ouderen op een zorgboerderij (RCT). Beide groepen werden gedurende één jaar gevolgd om zicht te krijgen op de kwaliteit van leven.

De resultaten van dit onderzoek zouden in de loop van 2008 bekend zijn. Na contact opgenomen te hebben met S.R. de Bruin zijn de resultaten van dit onderzoek ontvangen in twee Engelstalige artikelen. Deze studie van De Bruin (2010) beschrijft een belangrijk verschil tussen de bewoners van de zorgboerderij en de bewoners van de reguliere afdeling. Op de zorgboerderij worden de bewoners betrokken bij de maaltijd, door fruit, groenten en aardappels te bereiden. De warme maaltijd op een reguliere afdeling wordt vaak voorzien op een institutionele manier: geserveerd in plastic bekertjes en kant-en-klaar opgediend op het bord. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat een zorgboerderij ouderen meer stimuleert activiteiten te ondernemen dan op de reguliere afdeling. Activiteiten zoals maaltijden voorbereiden en dieren verzorgen zijn op een zorgboerderij continu aanwezig. *'Het effect van het leven en/of wonen op een zorgboerderij kan zorgen voor een sterkere gevoel voor autonomie en identiteit'* (De Bruin e.a., 2009, p. 384). Effecten van het leven op een zorgboerderij geven positieve gezondheidsresultaten zoals beter fysiek functioneren, beter humeur, minder depressie, minder gedragsproblemen, betere nachtrust en tot slot een vertraagde cognitieve achteruitgang.

Een literatuurstudie van Janssen & Bakker (2007) beschrijft de therapeutische werking van huisdieren bij psychiatrische problemen. In deze studie wordt aandacht besteed aan de effectiviteit van dierondersteunende interventies. Door middel van Controlled Clinical Trial's (CCT's) en Randomized Controlled Trial's (RCT's) is de effectiviteit van dieren onderzocht.

Dierondersteunende interventies lijken effect te hebben op het verminderen van stress/angst, het verbeteren van sociaal gedrag en functioneren, het verbeteren van de stemming, het verminderen van gedragsproblemen en het verhogen van welzijn en kwaliteit van leven. In één van de onderzoeken werden huisdieren vergeleken met placebo's (knuffeldier/robotdier). Het huisdier bleek beter uit te vallen. Hierop is de vraag naar voren gekomen of dit het effect zou kunnen zijn van het dier zelf of dat het de begeleider van het dier was.

Daarnaast is er een artikel gevonden waarin de ervaring wordt beschreven van verschillende instellingen die werken met (huis-)dieren op de afdelingen (De Pelsmaeker, 2004). De instelling heeft ervaren dat de dieren (hond en poes) een verrijking waren voor de instelling en de bewoners. Doordat de dieren een wandeling nodig hebben, een aai krijgen en geborsteld moeten worden, wordt het mobiliseren van de bewoners gestimuleerd. Ten tweede brengen de dieren vriendschap en verruimen zij de leefwereld. Ook bij het snoezelen kunnen de dieren een belangrijke rol spelen, want zij zorgen voor het stimuleren en ontspannen. Tot slot zorgen de dieren voor sociale contacten tussen bewoners en zorgverleners.

Tot slot is er een artikel gevonden, welke een samenvatting van een gesprek met de voorzitter van de Landelijke Stichting Ouderen en Huisdieren (LSOH) betrof (Hamel, 2000). De voorzitter concludeert vanuit verschillende gedane onderzoeken dat huisdieren een positief effect hebben op ouderen. *'De zorg voor een dier geeft ouderen het gevoel nuttig te zijn en verhoogt het gevoel van eigenwaarde'*, aldus de voorzitter (Velkamp-Dalman, 2000, p. 32). Een betere fysieke conditie lijkt te ontstaan doordat iemand zich minder eenzaam voelt en doordat het dier meer zin, orde en regelmaat aan het dagelijks leven geeft. Wel waarschuwt de voorzitter voor overenthousiast handelen, want een instelling moet zich wel bewust zijn van de zorg die het huisdier met zich mee brengt.

### 5.3.2 Belevingsgerichte zorg / snoezelen

Belevingsgerichte zorg richt zich op het ondersteunen van de cliënt en zijn of haar naasten. Het is een manier van verzorgen, begeleiden en ondersteunen. Deze zorg sluit aan bij de belevingswereld vanuit de situatie, de ziekte en mogelijkheden van de cliënt. Belevingsgerichte zorg omvat verschillende omgangsvormen, zoals validation, snoezelen en reminiscentie (Pool, 2003; Opella, 2008; Thesaurus Zorg en Welzijn, 2010).

In dit onderzoek is gekeken naar de effectiviteit van belevingsgerichte zorg in combinatie met snoezelen. Zoals al eerder in dit onderzoeksrapport naar voren is gekomen (par. 6.3), beschrijft Thesaurus Zorg en Welzijn (2010) snoezelen als

*'het aanbieden van aangename zintuiglijke prikkels, zoals geuren, aanraken van zachte materialen, speciale lichteffecten enz. in een aangepaste ruimte; bedoelt voor kinderen en volwassenen met een meervoudige of verstandelijke handicap en ook toegepast bij dementerende ouderen'.*

Er zijn verschillende onderzoeken en studies gevonden waarin het effect van belevingsgerichte zorg en het effect van snoezelen op ouderen

wordt beschreven. In alle van de gevonden onderzoeken is het effect van deze manier van zorgverleners daadwerkelijk in de praktijk getest.

Schrijnemaekers (2002) onderzocht de effecten van belevingsgerichte zorg in een grootschalig Nederlands project. Zestien verzorgingshuizen werden willekeurig ingedeeld in acht experimentele en acht controlehuizen (RCT). *'Bij alle bewoners was er sprake van cognitieve beperkingen en gedragsproblemen'* (Schrijnemaekers, 2002, p. 49). Gedurende een jaar vonden drie metingen plaats, in de derde, zesde en twaalfde maand, onder medewerkers en familieleden van patiënten. Op deze momenten werd de effectiviteit van de belevingsgerichte zorg gemeten. De resultaten van het onderzoek waren tegenstrijdig met wat men verwacht had. Positieve effecten bleven uit. Bij cliënten werd geen vermindering waargenomen in gedragsproblemen. Ook werd er geen vermindering waargenomen in gedrag als opstandigheid en onrust. Zorgverleners gaven echter aan dat de huidige werkwijze nu geformuleerd is in 'belevingsgerichte zorg'. De werkwijze heeft nu als het ware een naam gekregen. De vraag kan dus gesteld worden of de zorgverleners daadwerkelijk belevingsgerichte zorg hebben geleverd zoals deze in de literatuur wordt omschreven.

Een kwalitatief onderzoek van De Lange (2004a) heeft het effect van belevingsgerichte zorg bij mensen met dementie in verpleeghuizen aangetoond. Het onderzoek werd uitgevoerd op acht afdelingen waarvan vier controle afdelingen en vier experimentele afdelingen (RCT). In het onderzoek werd een begin en eindmeting gedaan. Vervolgens werd voor iedere cliënt op de afdelingen bekeken of er verbetering tussen de beide metingen had plaatsgevonden. Verzorgenden van alle afdelingen hadden voorafgaand een cursus en training gevolgd met als thema 'gangbare zorg' (onder andere multidisciplinair werken, overleggen en maken van zorgplannen). De verzorgenden van de experimentele afdelingen ontvingen daarnaast zeven maanden lang scholing en training in belevingsgerichte zorg. In dit onderzoek had belevingsgerichte zorg een positief effect op emotioneel evenwicht. Cliënten konden hun gevoelens beter uiten, zij waren emotioneel in evenwicht en de cliënten ontwikkelden meer positieve gevoelens. Ook werd door het verlenen van belevingsgerichte zorg de contacten tussen de cliënten onderling verbeterd. De Lange (2004b) beschrijft ook dat belevingsgerichte zorg een positief effect heeft op de zorgrelatie: *'Verzorgenden die in belevingsgerichte zorg getraind zijn, hebben meer respect voor het feit dat iemand zelf wil blijven bepalen en vinden een manier om iemand toch te helpen, maar tegelijkertijd ook in zijn waarde laten'* (De Lange, 2004b, p. 27). Tot slot beschrijft het onderzoek als resultaat dat een aantal cliënten van ongewenste autonomie naar gewenste afhankelijkheid zijn gegaan. De resultaten van dit onderzoek waren zeer positief, maar daarbij moet er wel opgemerkt worden dat het onderzoek naar de effectiviteit van psychosociale interventies bij dementie nog in de kinderschoenen staat (De Lange, 2004a).



Zoals aan het begin van deze subparagraaf werd aangegeven, is snoezelen een manier van belevingsgerichte zorg. Hierover zijn een aantal onderzoeken gevonden waaruit nu de belangrijkste punten van zullen worden beschreven.

Van Weert e.a. (2003) hebben onderzoek gedaan naar het effect van snoezelen in de 24-uurs zorg op demente ouderen en op zorgverleners in zes Nederlandse verpleeghuizen. Door middel van een veldexperiment hebben zij het effect van snoezelen onderzocht. Het veldexperiment is gedaan op zes experimentele afdelingen in vergelijking met zes controleafdelingen (RCT). Voorafgaand aan het experiment is een voormeting gedaan in het gedrag van verzorgenden en bewoners. Na anderhalf jaar vond de nameting plaats, welke hetzelfde was als de voormeting. Verzorgenden van de experimentele afdelingen kregen vier dagdelen een cursus 'snoezelen voor uitvoerenden' aangeboden. Ook namen de experimentele afdelingen snoezelen op in het verpleegplan. Tijdens de implementatie van snoezelen werden er follow-up bijeenkomsten georganiseerd om begeleiding en ondersteuning te bieden.

Het effect van snoezelen op de demente verpleeghuisbewoners liet in de experimentele groep een positieve verandering zien als het gaat om gedrag zoals apathisch gedrag, decorumverlies, opstandig gedrag, agressief gedrag en depressief gedrag. Ook tijdens de ochtendzorg waren deze cliënten beter gestemd: ze waren vrolijker, hadden meer plezier en hadden een betere relatie met de verzorgenden. *'In vergelijking met de voormeting en met de controlegroep was de experimentele groep minder verveeld, inactief, minder vaak verdrietig, vertoonden minder weerstand en minder klaaggedrag'* (Van Weert e.a., 2003, p. 8).

De verzorgenden van de experimentele afdelingen waren na de nameting meer tevreden over de kwaliteit van zorg. Daarnaast waren zij ook mee tevreden over het contact met cliënten en hun eigen groei. In de beleving van de verzorgenden was de werkdruk na invoeren van het snoezelen afgenomen. Dit had te maken doordat zij onder andere hun strakke tijdschema's loslieten (Van Loon, 2005). Ook hadden zij minder problemen in omgang met de cliënten.

Als voorwaarde geldt wel dat de implementatie goed voorbereid en begeleid moet worden, zowel op korte termijn als op lange termijn.

In het artikel van Van de Wal (2005) wordt ingegaan op het gebruik van zintuigactivering in de intramurale psychiatrische zorg. Onderzocht is hoe separatie en fixatie teruggedrongen kunnen worden. *'Het is van groot belang om vast te stellen welke externe stressoren aanleiding geven tot gedragsproblemen om vervolgens de individuele cliënt te helpen met deze stressoren om te gaan'* (Van de Wal, 2005, p. 1). Zijn artikel richt zich op zintuigactivering als behandelmethode.

Bij zintuigactivering gaat het om de zintuigen die kijken, luisteren, voelen en proeven. Bij elke gewaarwording zijn zowel het sensorische als het motorische systeem betrokken.

Buitenlands onderzoek (Champagne, 2003) beschrijft dat mensen met dementie, wanen, depressies en angststoornissen positief kunnen reageren op de borstelmethode. *'Dit is een bepaalde manier van*

borstelen waarbij een ter zake kundige zorgverlener, onder uitoefening van stevige druk, met een zachte chirurgische borstel snelle borstelbewegingen maakt over de armen, de handen, de rug, de benen en de voeten en vervolgens de gewrichten van deze lichaamsdelen samendrukt' (Van de Wal, 2005, p. 5). Naast deze methode kunnen verzwaarde dekens, vesten en schootkussens een goed therapeutisch hulpmiddel zijn (Walker & Mc-Cormack, 2002). Deze geven het gevoel van een lichamelijke koestering en van veiligheid. Een voorwaarde bij het gebruik van verzwaarde voorwerpen is dat het genoeg moet wegen om effect te hebben en daarnaast licht genoeg zijn om te verwijderen. Een onderzoek (Champagne & Sayer, 2003) op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis had gedurende één jaar als doel vast te stellen hoe cliënten dachten over de effectiviteit van zintuigactiveringsruimtes en van zintuigactivering als behandelmethode. Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van een zintuigactiveringsruimte met materialen als schommelstoelen, relaxstoelen, bubbellamp en tijdschriften. Voor en na de zintuigactivering in de ruimte werd de cliënten gevraagd een vragenlijst in te vullen waarop zij hun onlustgevoel een cijfer konden geven. Het onderzoek werd gedaan bij 47 cliënten tussen de 17 en 93 jaar. De cliënten die aan het onderzoek deelnamen hadden uiteenlopende aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornis, depressie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, dementie, angst en verslavingsstoornis. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat 89 procent van de zintuigactiveringssessies positief effect had, bij 10 procent was er geen effect waargenomen en bij 1 procent een negatief effect. *'Bovendien nam gedurende het jaar dat het onderzoek liep (2003) het aantal separatie- en- fixatie-incidenten in de instelling af met 54 procent (gerekend naar het aantal incidenten per duizend verpleegdagen)'* (Van de Wal, 2005, p. 6, uit de studie van Champagne & Sayer, 2003). Van de Wal (2005) concludeerde uit voorgaande studies dat *'de zintuigactiveringsmethode kan worden toegepast bij alle leeftijdsgroepen en bij alle patiëntengroepen en kan worden ingezet bij de behandeling van alle stoornissen op alle zorgniveaus'* (Van de Wal, 2005, p. 7).

### 5.3.3 (Lichamelijke) activiteiten

Scherder & Eggermont (2009) geven in het artikel een beschrijving van verschillende onderzoeken weer. Een van de onderzoeken (Kramer e.a., 1999) betrof het effect van bewegen bij ouderen met dementie. Dit bleek een positief effect te hebben op de uitvoerende en geheugenfuncties.

Kramer e.a. (1999) bestudeerden gedurende een periode van zes maanden 124 ouderen in de leeftijd van 60 tot 75 jaar. Deze ouderen werden willekeurig verdeeld in twee groepen (RCT). De ene groep deed mee aan aerobe oefeningen, welke langdurig en intensief konden zijn. De andere groep deed mee aan anaerobe oefeningen, welke niet lang duren of intensief genoeg zijn.

Aan het eind van de zes maanden concludeerden Kramer e.a. (1999) dat

de groep ouderen die de aerobe training ontving verbeteringen had als het gaat om de uitvoerende en geheugenfuncties.

In het Tijdschrift voor Verpleegkundigen geeft Hamers (2009) een weergave van een uitgevoerde systematische review en meta-analyse van Sherrington e.a. (2008). De doelstelling die Sherrington e.a. hadden opgesteld voor het onderzoek was om na te gaan of bewegingsprogramma's effectief zijn om valincidenten onder ouderen te voorkomen. Daarnaast wilden zij onderzoeken welke onderdelen van bewegingsprogramma's gerelateerd zijn aan de reductie van valpartijen. De conclusie van het onderzoek is dat bewegingsprogramma's een positief effect hebben op het reduceren van valincidenten bij ouderen. Het aantal valincidenten nam af met 17%. Hierbij moet opgemerkt worden dat wanneer er een hoog valrisico is, de effectiviteit afneemt. Daarnaast dient een bewegingsprogramma veel en herhaaldelijk uitgevoerd worden. Ook hebben ingewikkelde oefeningen meer effect dan makkelijke oefeningen. Wandelen blijkt uit deze studie niet bij te dragen aan het reduceren van valincidenten. Er wordt weergegeven dat het inzetten van bewegingsprogramma's kan bijdragen aan het wegnemen van de 'noodzaak' voor het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen, omdat het valpartijen kan voorkomen.

Een gerandomiseerd onderzoek (Lautenschlager e.a., 2008) heeft onderzocht of fysieke activiteit daadwerkelijk de cognitieve achteruitgang vertraagd. Dementerende ouderen werden gedurende 18 maanden gevolgd. De interventiegroep (n=85) deed 6 maanden mee aan een programma voor de bevordering van de fysieke activiteit, wat 3 maal per week wandelen inhield. Daarnaast ontvingen de deelnemers van de interventiegroep aanmoedigende begeleiding en informatie over de rol van voeding, roken en alcohol op het geheugen.

De controlegroep (n=85) ontving 'gewone zorg' en kreeg daarnaast ook informatie over de rol van voeding, roken en alcohol op het geheugen, maar zonder dat daarbij het verband met fysieke activiteit uitgelegd werd.

Na 18 maanden was er in beide groepen een verbetering op het fysieke vlak en een achteruitgang op het psychische vlak. Lautenschlager e.a. (2008) konden concluderen dat bij ouderen met subjectieve geheugenproblemen, een programma van zes maanden om de fysieke activiteit te bevorderen, na achttien maanden leidt tot een bescheiden verbetering van de cognitie.

Tot slot beschrijft Öner (2007, 2008) in een artikel verschillende onderzoeken die zijn gedaan naar het effect van lichamelijke activiteit op het cognitief functioneren bij dementerende ouderen. Een van de onderzoeken betreft een studie (RCT) uitgevoerd door Schuit e.a. (2001). Zij onderzochten, met behulp van een controlegroep, dat ouderen met minder dan 1 uur lichamelijke beweging per dag ten opzichte van ouderen met meer dan 1 uur lichamelijke beweging per dag, een tweemaal zo groot risico hebben op een achteruitgang in het cognitief functioneren.

### 5.3.4 Heupprotector/-beschermer

In de meta-analyse van Mangnus (2006) naar heupprotectoren en preventie van heupfracturen, werden verschillende uitgevoerde Randomized Controlled Trials naar het effect van heupprotectoren ter preventie van heupfracturen beschreven.

Het eerste onderzoek is van Cameron I (2002), waarbij de onderzoeker een tweetal hypothesen heeft, namelijk dat: *'door gebruik van heupprotectoren in verpleeghuizen door bewoners met een hoog risico op fracturen het aantal heupfracturen wordt verminderd'* en *'dat een verhoogde bereidheid tot dragen eveneens zal leiden tot minder heupfracturen'* (Mangnus, 2006, p. 6). De deelnemers waren allen vrouwen met een leeftijd van 75 jaar of ouder, die twee of meer malen waren gevallen in de afgelopen drie maanden of die waren gevallen waarna behandeling in het ziekenhuis nodig was. Daarnaast moesten zij één niet-geopereerde heup hebben en niet te veel in bed liggen of in de stoel zitten. Het personeel moest bovendien hebben bevestigd dat zij de bewoners willen blijven stimuleren tot het gebruik van de heupprotector. Ook mocht er geen taalbarrière zijn. Er werden twee groepen samengesteld: een interventiegroep en een controlegroep. De interventiegroep en diens familie kreeg uitleg over de studie en de instructie de heupprotector 24 uur per dag te dragen. Het personeel kreeg een scholing voor het correcte gebruik van de heupprotector. Na twee weken, twee maanden en tien maanden kwam een verpleegkundige langs om het consequente gebruik van de protector te controleren. Ook werd de nadruk gelegd op het extra stimuleren van het gebruik van de protector door het personeel naar de deelnemers toe. Veel deelnemers ervoeren het gebruik van de heupprotector 's nachts als oncomfortabel, waardoor veel deelnemers hem 's nachts niet meer gebruikten. Er ontstonden drukplekken en het omgaan met incontinentie in combinatie met de protector werd als moeilijker ervaren. De onderzoekers hebben daarop besloten in het onderzoeksplan aan te passen dat het overdag gebruiken van de protector als volledig werd gezien. Tussen de interventie- en de controlegroep was geen verschil in het aantal heupfracturen. Tijdens de 18 maanden follow-up, werden acht heupfracturen in de interventiegroep geregistreerd, in de controlegroep was dit aantal zeven. De heupfracturen zijn allen ontstaan tijdens een val, waarbij de protector niet of verkeerd gedragen werd. Eén heupfractuur had niet kunnen worden voorkomen door de protector: de deelnemer had de protector niet om, omdat hij in bad ging. Op vier momenten is het consequente gebruik van de heupprotector gemeten: na een aantal maanden droeg 70% van de deelnemers minstens de helft van de dag de protector, na 12 maanden en 18 maanden was dit percentage gedaald tot 40% á 45%. De conclusie die aan de hand van deze studie getrokken kon worden, is dat *'heupprotectoren niet effectief zijn in het verminderen van heupfracturen'* (Mangnus, 2006, p. 7). Opgemerkt moet worden dat de heupprotector niet consequent gedragen werd (Cameron I, 2002).

Meyer (2003) heeft studie gedaan naar het gebruik van de heupprotector. In zowel de interventiegroep als de controlegroep werd de heupprotector gebruikt. Het verschil was dat de interventiegroep gestimuleerd werd in het gebruik van de protector door middel van een goede instructie, welke werd ondersteund met een video en les in kleine groepen. De controlegroep kreeg slechts een uitleg van 10 minuten. Verder waren de contacten en controles voor beide groepen hetzelfde. Deelnemers van deze studie waren 70 jaar of ouder, niet bedlegerig en woonden in een verpleeghuis voor langer dan drie maanden. Twee weken na het begin van de studie werd de interventiegroep nogmaals extra gestimuleerd tot het dragen van de protector middels een bezoek. Na uitvoering van dit onderzoek kan geconcludeerd worden *'dat het gebruik van heupprotectoren kan worden verhoogd in verpleeghuizen en dat dit resulteert in een vermindering van het aantal heupfracturen'* (Mangnus, 2006, p. 8). In de interventiegroep kwamen 4,6% heupfracturen voor, bij de controlegroep was dit percentage 8,1%. Door de uitgebreide stimulatie en scholing van de interventiegroep en de summiere instructie van de controlegroep, is het aantal personen die de protector droeg in de interventiegroep hoger dan de controlegroep. Gesteld kan worden dat een daling van 40% kan worden bereikt van het aantal heupfracturen bij geven van extra scholing en stimulans (Meyer, 2003).

De derde studie is van Harada (2001), waarbij twee groepen deelnemers werden onderzocht. Eén groep, bestaande uit 88 deelnemers, droeg de heupprotector, de andere, 76 deelnemers, niet. Alle deelnemers waren vrouwen met een hogere activiteit dan het rolstoelniveau. Daarnaast moesten zij zelfstandig op kunnen staan en akkoord gaan met deelname aan de studie. Gemiddeld was de leeftijd 83,3 jaar, het gewicht 42,2 kg en de lengte 142,7 cm. De dragende groep kreeg de instructie om de protector 24 uur per dag te dragen. Verzorgers van de deelnemers registreerden hoe vaak de deelnemers de protector droegen, het aantal valincidenten en de gevolgen van het vallen. De dragers werden ingedeeld in drie categorieën: 24 uur per dag gedragen, incompleet (minder dan 24 uur per dag) gedragen of helemaal niet gedragen. In totaal duurde het onderzoek 377 dagen. Na 6 maanden viel in de dragers en niet-dragers groep respectievelijk 26% en 11% van de deelnemers af. Hiervan wilden 17 deelnemers de protector niet meer dragen, anderen vielen af door overlijden, ziekenhuisopname of verhuizen. De studie geeft aan dat 70% van de deelnemers de protector 24 uur per dag droeg. Een percentage van 17% droeg de protector incompleet. In de dragende groep viel 131 keer iemand, waarbij één heupfractuur en twee andere fracturen het gevolg waren. In de niet-dragende groep waren er 90 valincidenten, waarbij acht heupfracturen het gevolg waren. Dit onderzoek wijst uit dat het gebruik van heupprotectoren ter preventie van heupfracturen effectief is: bij de dragers kreeg 1,2% een heupfractuur, bij de niet-dragers was dit percentage veel hoger, namelijk 9,7%. Opgemerkt moet worden dat de onderzoekspopulatie bij dit onderzoek erg summier was en dat er geen informatie wordt gegeven over valrichting, valhoogte en over het opvangen met de armen van de val (Harada, 2001).

In de volgende studie (O'Halloran, 2004) wordt onderscheid gemaakt tussen twee heupprotectoren. Er werden twee groepen samengesteld: een interventiegroep, die de Safehip of HipSafer kregen en een controlegroep, waarbij de gebruikelijke zorg werd gecontinueerd. De Randomized Controlled Trial werd uitgevoerd in verpleeg- en verzorgingshuizen in Ierland. Deelnemers mochten geen drukplekken hebben, niet bedlegerig zijn en niet tijdelijk ergens anders hulp krijgen. De interventiegroep kreeg extra steun door middel van een telefonische hulplijn en een verpleegkundige die langs kwam ter stimulatie. Daarnaast werd hen een 1-uur durende workshop aangeboden en werden posters en stickers verspreid ter promotie van de heupprotectoren. Ook was een video beschikbaar over heupfracturen en heupprotectoren, werden deelnemers en familie ingelicht over de studie en de heupprotectoren werden gratis verstrekt. Een deelnemer stond gelijk aan een bezet bed. Van de 1366 deelnemers in de interventiegroep, droeg 23,2% de protector nog na 24 weken. Na 72 weken droeg slechts 19,9% de protector nog. Per 100 bedden ontstonden in de interventiegroep 6,22 heupfracturen, in de controlegroep was dit aantal 5,92. Het aantal andere fracturen was in de controlegroep ook lager. In de interventiegroep is het aantal heupfracturen in totaal 85. Bij een percentage van 13% daarvan ontstond de fractuur tijdens het dragen van de heupprotector. Bij 87% ontstond de fractuur terwijl de heupprotector niet werd gedragen. O'Halloran (2004) concludeert naar aanleiding van de studie dat er geen effectief verschil te zien is tussen de groepen die de protector wel of niet gebruikten (O'Halloran, 2004).

Het laatste onderzoek wat besproken werd, is van Birks (2003). Hieraan deden 4169 vrouwen mee van 70 jaar en ouder, die in de afgelopen 12 maanden een val hadden doorgemaakt. Daarnaast moesten ze één van de volgende kenmerken hebben: al een fractuur gehad, een laag gewicht (<58kg.) hebben, in de familiehistorie gevallen van heupfracturen en/of roken. Ook mochten ze niet aan beide zijden reeds een nieuwe heup hebben en moesten ze in staat zijn zelfstandig schriftelijk toestemming te kunnen geven. Gemiddeld lag de leeftijd van de onderzoekspopulatie op 78 jaar en de meeste dames hadden reeds eerder een fractuur doorgemaakt. De interventiegroep gaf aan dat zij minder vallen dan de controlegroep. Ook gaven zij aan dat zij minder angstig zijn om te vallen. Bij 2,8% van de deelnemers uit de interventiegroep werd een heupfractuur geregistreerd. Bij de controlegroep was dit percentage 2,4%. Het blijven dragen van de protector werd niet door veel deelnemers lang volgehouden. Na 6 en 12 maanden was het percentage die nog de heupprotector droeg respectievelijk nog slechts 38% en 31%. Birks (2003) concludeert dat er geen duidelijk aantoonbare verschil is tussen beide onderzochte groepen. Uitgaande van dit onderzoek kan gezegd worden dat het dragen van de heupprotector niet effectief is en geen heupfracturen voorkomt (Birks, 2003).

In 'Het Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice' schrijft Vos (2003) een artikel waarin wordt ingegaan op een RCT van Van Schoor (2003). Bij deze RCT werd onderzocht wat het effect is van



heupbeschermers ter preventie van heupfracturen. De deelnemers van de studie werden in twee groepen gedeeld: één groep met de heupprotector als interventie, de andere groep zonder interventie. Alle deelnemers kregen informatie over de mogelijke oorzaken van heupfracturen en hoe botontkalking tegen is te gaan. De interventiegroep kreeg extra uitleg over het gebruik van de protector. Het personeel is via nieuwsbrieven ingelicht over de juiste toepassing. Door onverwachte bezoeken is het consequent dragen van de heupprotectoren gecontroleerd.

Het resultaat van het onderzoek werd gemeten in de tijd van het begin van de studie tot aan de eerste heupfractuur. Het aantal valincidenten en de gevolgen hiervan werden geregistreerd door de deelnemer, verpleegkundige of verzorgende in een dagboekje. Bij het onderzoek waren 561 deelnemers betrokken: 276 in de interventiegroep en 285 in de controlegroep. Uit de studie van Van Schoor (2003) kwam naar voren dat er geen significant verschil is in tijd tot een eerste heupfractuur tussen de interventie- en controlegroep. Belangrijk om op te merken hierbij is dat ongeveer 30% van de deelnemers van beide groepen overleed in het jaar van follow-up. Ongeveer 2% van de deelnemers vulde het dagboekje niet in. Daarnaast is het van belang te weten dat 42% van de interventiegroep stopte met het gebruik van de protector. De onderzoekers hebben nog gekeken of er een verschil was bij een hogere therapietrouw, maar ook dit was niet significant.

In het artikel *'Heupprotectoren ter preventie van heupfracturen'* van Chevalier (2003), worden twee Randomized Controlled Trials besproken. In voorgaande artikelen werden de onderzoeken uit dit artikel eveneens besproken. In het eerste artikel is door Meyer (2003) onderzoek gedaan onder een groep van 70 jaar of ouder, die een hoog valrisico hebben en wonen in een rust- of verzorgingstehuis in Duitsland. Er werd een interventiegroep van 459 deelnemers gevormd, waarbij de deelnemers drie heupprotectoren per persoon kregen. Daarnaast kreeg het personeel scholing over de heupprotector. De controlegroep kreeg geen interventie. De resultaten van dit onderzoek worden in voorgaand artikel nader omschreven. Als conclusie trokken de onderzoekers *'dat de introductie van een educatief programma en het ter beschikking stellen van heupprotectoren in rust- en verzorgingstehuizen het gebruik van heupprotectoren kan stimuleren en het aantal heupfracturen kan reduceren'* (Meyer, 2003, p. 133).

Het tweede artikel wat besproken werd door Chevalier (2003), is van Van Schoor (2003). Hierbij werd vermeld dat de studie is uitgevoerd onder deelnemers van 70 jaar of ouder, met een lage botdensiteit ter hoogte van de calcaneus en een hoog valrisico. Daarnaast dienen zij woonachtig te zijn in een rust- of verzorgingstehuis in Nederland. De deelnemers en het verzorgende personeel kregen informatie over het onderhouden van gezonde botten en de externe risicofactoren voor vallen. Ook kregen zij instructies voor het gebruik van de heupprotector. Het personeel werd extra uitleg gegeven over het belang van het 24 uur per dag dragen van de heupprotector. Verdere informatie over deze RCT is hierboven reeds omschreven. De onderzoekers trokken als

conclusie *'dat zij geen effect konden aantonen van heupprotectoren ter preventie van heupfracturen'* (van Schoor, 2003, p. 134).

De bespreking in dit artikel geeft aan dat beide studies verschillen in randomisatietechniek en onderzoekspopulatie. Meyer (2003) gebruikt groepen voor zijn studie, Van Schoor (2003) randomiseert per individu. In beide onderzoeken krijgen deelnemers en personeel scholing over valrisicofactoren. Doordat Meyer (2003) in zijn studie randomiseert per groep, kan het verschil per individu niet bekeken worden.

De conclusie die Chevalier (2003) trekt uit bovenstaande bespreking is *'dat het gebruik van heupprotectoren ter preventie van heupfracturen bij personen met een hoog risico van vallen dient te worden gekaderd.*

*Ondanks de omkadering en het gratis ter beschikking stellen van heupprotectoren blijft de therapeutische compliantie zwak'* (Chevalier, 2003, p. 134).

Ter aanvulling op bovenstaande bespreking, heeft Chevalier in 2008 een nieuw RCT aangehaald. Kiel e.a. (2007) hebben onderzoek gedaan in 37 rusthuizen in de Verenigde Staten. Hierbij waren 1042 deelnemers betrokken. Zij droegen aan één kant heupbescherming, de andere zijde bleef onbeschermd. Na 20 maanden werd gekeken naar het verschil tussen beschermde en niet-beschermd kant. Bij de beschermde heupen liep 3,1% een heupfractuur op, bij de niet-beschermd heupen was dit percentage 2,5%. Van de deelnemers was 73,8% therapietrouw in het dragen van de heupprotector. De onderzoekers hebben gekeken of er betere resultaten waren bij 80% therapietrouw onder de deelnemers. Dit bleek geen verschil te maken: beschermde heupen 5,3% en niet-beschermd heupen 3,5%.

Als conclusie wordt aangegeven dat er, ondanks goede therapietrouw, geen enkel bewijs is dat heupprotectoren nuttig zijn bij de preventie van heupfracturen (Chevalier, 2008).

In de richtlijn Valpreventie van de Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie (2004) wordt gesteld dat de heupbeschermer een effectieve interventie is om heupfracturen te voorkomen. Dit wordt gebaseerd op verschillende Randomized Controlled Trials die worden aangehaald. Er wordt aangegeven dat er tien RCT's zijn gedaan naar het effect van de heupbeschermer ter preventie van heupfracturen. Hierbij komen in de verschillende onderzoeken zowel positieve als negatieve resultaten naar voren. Mogelijk zijn deze verschillen het gevolg van een matige tot slechte 'compliance'. Echter waren vrijwel alle onderzoeken positief over het effect van heupbeschermers ter preventie van heupfracturen. De volgende conclusies komen naar voren in de richtlijn Valpreventie:

- *'Het is aangetoond dat de heupbeschermer een effectieve interventie is om heupfracturen te voorkomen'* (Gillespie, 2001; Parker, 2001; Kannus, 2000; Lauritzen, 1993; Harada, 2001; Meyer, 2003);
- *'In een Nederlands onderzoek is geen effect van heupbeschermers op het aantal heupfracturen aangetoond (individuele randomisatie). Dit wordt verklaard door een slechte 'compliance': de heupbeschermers worden te weinig of niet gedragen'* (van Schoor, 2003);

- *'In een Duits onderzoek is een positief effect van heupbeschermers op het aantal heupfracturen aangetoond (clusterrandomisatie). Dit wordt verklaard door een verbeterde 'compliance' ten aanzien van het dragen van de heupbeschermers' (Meyer, 2003).*

De werkgroep Valpreventie geeft als conclusie *'dat het gebruik van heupbeschermers als interventie maatregel alleen zinvol is als de organisatie en de bewoners voor voldoende 'compliance' kunnen zorgdragen'* (NVKG, 2004).

Gezien de omvang van de resultaten in dit hoofdstuk, is gekozen de resultaten van het onderzoek naar de effectiviteit van vier alternatieven kort weer te geven in de volgende paragraaf: conclusie analyse effectiviteit alternatieven.

## 5.4 Conclusie analyse effectiviteit alternatieven

In deze paragraaf worden de alternatieven, zoals in voorgaande paragraaf beschreven, geanalyseerd. Door het vergelijken van de verschillende onderzoeken die gedaan zijn naar deze alternatieven wordt er een samenvatting gegeven van de effectiviteit van deze alternatieven.

Onder effectiviteit wordt verstaan dat het beoogde doel bereikt wordt, oftewel de doeltreffendheid van het alternatief (Van Dale, 2009). Het beoogde doel is het reduceren van de Zweedse band, mede door middel van het inzetten van alternatieven. Aan de hand van de analyse kan uiteindelijk geconcludeerd worden of het alternatief daadwerkelijk bijdraagt in het afschaffen van de Zweedse band.

### 5.4.1 Gezelschapsdieren

Allereerst is gezocht naar het effect dat gezelschapsdieren hebben op ouderen. Diesveldt (2006) beschrijft in zijn artikel verschillende onderzoeken. Uit onderzoek blijkt dat het sociale gedrag van de bewoner toenam na bezoek van een therapiehond (Filan & Llewellyn-Jones, 2006).

Uit een ander onderzoek dat Diesveldt (2006) beschrijft, blijkt dat het zicht op een aquarium positief effect heeft op de eetlust bij Alzheimerpatiënten: zij worden rustiger, alerter en aandachtiger. Dit in tegenstelling tot de bewoners die zicht hadden op een schilderij. Enders-Slegers (2002, 2008) geeft een beschrijving van verschillende onderzoeken. Om het effect te meten zijn er twee poezen, gedurende acht weken, op een verpleegafdeling geplaatst. Om het effect te kunnen controleren is er ook gebruik gemaakt van een controleafdeling, welke geen poezen geplaatst kreeg. Het positieve effect van de poezen bleek uit een ontspannen en huiselijke sfeer en meer plezier (lachen, glimlachen) onder de ouderen.

Hetzelfde effect werd ook gemeten met honden. Bij de ouderen in de controlegroep veranderde er nauwelijks iets in het gedrag. De ouderen die bezoek kregen van een hond namen meer initiatief om activiteiten te ondernemen (balletje gooien, kammen, aaien). Daarnaast waren bijkomende effecten lachen, praten en roepen naar de hond. Uit de nameting van het onderzoek blijkt wel dat er sprake is van hetzelfde gedrag als voor het onderzoek. De conclusie die hieruit getrokken wordt is dat wanneer een structurele verandering wordt beoogd, de periode van het bezoek van het gezelschapsdier waarschijnlijk langer zou moeten zijn.

Een ander onderzoek (De Bruin, 2006) beschrijft het effect van zorgboerderijen op ouderen. Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek toont aan dat zorgboerderijen een positief effect hebben op ouderen. Gedurende één jaar werden twee groepen bewoners gevolgd; de groep op de zorgboerderij en een groep in een verpleeghuis die reguliere zorg ontving. Op een zorgboerderij blijken de ouderen meer interactie te hebben met dieren door middel van de verzorging. Daarnaast zijn zij, door het bereiden van het eten, meer betrokken bij de maaltijd. Het leven op een zorgboerderij komt positief naar voren uit onderzoek van De Bruin (2009). Ouderen functioneren fysiek beter, hebben een beter humeur, minder last van depressies, minder gedragsproblemen, betere nachtrust en een vertraagde cognitieve achteruitgang.

In een literatuurstudie van Janssen & Bakker (2007) wordt ingegaan op de werking van huisdieren bij psychiatrische problemen. De conclusie van het literatuuronderzoek was dat dierondersteunende interventies effect lijken te hebben op de vermindering van stress/angst en het verminderen van gedragsproblemen.

Een ervaringsartikel (De Pelsmaeker, 2004) geeft weer dat gezelschapsdieren een verrijking voor de afdeling zijn. Ouderen worden gestimuleerd te mobiliseren doordat de dieren een wandeling nodig hebben of geborsteld moeten worden. Ook zorgen de dieren voor een sociale omgeving; sociale contacten tussen bewoners en vriendschap. Tot slot geeft een artikel een samenvatting van een gesprek met de voorzitter van de Landelijke Stichting Ouderen en Huisdieren weer (Hamel, 2000). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat dieren een positief effect hebben op ouderen. Het gevoel van eigenwaarde wordt verhoogd en de zorg voor een dier geeft ouderen het gevoel nuttig te zijn (Veltkamp-Dalman, 2000).

Wel benoemen de verschillende onderzoeken het nadeel van gezelschapsdieren, namelijk de zorg en onderhoud (Diesveldt, 2006; Hamel, 2000). Een voorwaarde voor het houden van gezelschapsdieren in zorginstellingen is wel dat er draagkracht moet zijn binnen de instelling en dat het slagen afhangt van de wensen en behoeften van de ouderen (Enders-Slegers, 2002, 2008; Diesveldt, 2006).

#### 5.4.2 **Belevingsgerichte zorg/snoezelen**

Het tweede alternatief waarnaar gekeken is, is het effect dat belevingsgerichte zorg heeft op ouderen, met daarbij als onderdeel snoezelen.

Het onderzoek van De Lange (2004a/b) geeft aan dat belevingsgerichte zorg positieve effecten heeft op ouderen. Door het bieden van belevingsgerichte zorg waren de ouderen beter in staat hun emoties te uiten, was de relatie met andere cliënten en de zorgverlener verbeterd en hadden de ouderen meer positieve gevoelens ontwikkeld. Deze effecten waren niet te zien bij ouderen die op de controle afdeling verbleven gedurende het onderzoek.

Ook het snoezelen, wat een manier van belevingsgerichte zorg is, geeft positieve effecten weer. Het onderzoek van Van Weert e.a. (2003) liet veranderingen zien welke betrekking hadden op het gedrag van dementerende ouderen. Door het toepassen van snoezelen waren de ouderen in tegenstelling met de controle groep en de voormeting beter gestemd, vrolijker, hadden meer plezier en hadden een beter relatie met de zorgverlener. Een bijkomend effect was dat de zorgverleners minder problemen hadden in de omgang met de ouderen.

Tenslotte geeft ook Van de Wal (2005) positieve effecten van snoezelen weer. Dit onderzoek heeft tevens onderzocht of het snoezelen fixeren en spereren kan voorkomen. Gedurende een jaar is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van zintuigactiveringsruimtes en van zintuigactivering als behandelingsmethode. Hierbij is een grote spreiding qua leeftijd van deelnemers toegepast met verschillende stoornissen. Het gebruik van verzwaarde dekens, vesten en schootkussens geven een gevoel van koestering en veiligheid. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat 89 procent van de zintuigactiverings sessies positief effect had. De overige 11 procent had geen effect (10 procent) tot negatief effect (1 procent). Door toepassing van deze behandelingsmethode is het aantal separatie en fixatie gevallen afgenomen. Van de Wal geeft in zijn onderzoek aan dat deze behandelingsmethode kan worden toegepast op alle leeftijdsgroepen en patiënten groepen met allerlei soorten stoornissen en zorgniveaus.

Daarentegen staan niet alle onderzoeken positief tegen over belevingsgerichte zorg en snoezelen.

In het onderzoek dat Schrijnemaekers (2002) een jaar lang uitvoerde bleven positieve effecten als vermindering van gedragsproblemen, opstandigheid en onrust uit. De reden hiervan kan zijn dat de manier van zorgverlenen een naam heeft gekregen, namelijk belevingsgerichte zorg. De vraag die nu gesteld kan worden is of de zorgverleners daadwerkelijk de belevingsgerichte zorg hebben geleverd zoals deze in de literatuur wordt omschreven.

De Lange (2004a) merkt bij haar onderzoek op dat het onderzoek naar de effectiviteit van psychosociale interventies bij dementie nog verder onderzocht zou kunnen worden.

Van Weert e.a. (2003) beschrijven wel dat er een voorwaarde geldt voor het werken met snoezelen, als onderdeel van belevingsgerichte zorg, namelijk de implementatie moet zowel op korte als op lange termijn goed voorbereid en begeleid worden.

### 5.4.3 (Lichamelijke) activiteiten

Bewegen bij ouderen met dementie bleek een positief effect te hebben, zo blijkt uit onderzoek van Kramer e.a. (1999). Kramer e.a. (1999) onderzochten zes maanden lang het effect van twee soorten oefeningen. Uit het onderzoek is gebleken dat dementerende ouderen, die langdurige en intensieve oefeningen hebben gedaan, verbeteringen lieten zien als het gaat om uitvoerende en geheugenfuncties. Dit in tegenstelling tot de dementerende ouderen die aan oefeningen deelnamen welke niet lang duurden en niet intensief waren.

Door middel van een systematische review en een meta-analyse hebben Sherrington e.a. (2008) duidelijk proberen te krijgen of bewegingsprogramma's effectief zijn om valincidenten onder ouderen te voorkomen. Uit het onderzoek is gebleken dat bewegingsprogramma's een positief effect hebben: het aantal valincidenten neemt af met 17 procent. In de studie wordt tot slot benoemd dat bewegingsprogramma's het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen voor kunnen zijn.

Lautenschlager e.a. (2008) onderzochten of fysieke activiteiten daadwerkelijk effect hadden op het vertragen van de cognitieve achteruitgang. Dementerende ouderen werden gedurende 18 maanden gevolgd. Eén groep ouderen deed mee aan een programma dat de fysieke activiteit bevorderde, terwijl de andere groep ouderen, de controlegroep, alleen informatie ontving over begrippen die in verband te leggen zijn met het geheugen. Ouderen met geheugenproblemen lieten na het fysiek bevorderende programma een bescheiden verbetering zien wat betreft de cognitie.

Tot slot gaat het laatste onderzoek (Schuit e.a., 2001) in op het effect van lichamelijke activiteit bij ouderen. Ook uit dit onderzoek is gebleken dat ouderen, die minder dan één uur per dag lichamenlijk bewegen een groter risico hebben op cognitieve achteruitgang dan ouderen die meer dan één uur bewegen.

### 5.4.4 Heupprotector/-beschermer

Bij de bespreking van de verschillende uitgevoerde onderzoeken naar het effect van de heupprotector op het beperken van valincidenten bij ouderen, komen verschillende conclusies naar voren.

Het eerste onderzoek (Cameron I, 2002) geeft aan dat de heupprotector niet effectief is bij het verminderen van heupfracturen. Tijdens het achttien maanden durende onderzoek, ontstonden acht heupfracturen in de interventiegroep, bij de controlegroep was dit aantal zeven. Alle heupfracturen ontstonden tijdens een val, waarbij de protector niet of verkeerd gedragen werd. De interventiegroep en diens familie kreeg uitleg over de studie en de instructie de heupprotector 24 uur per dag te dragen. Het personeel kreeg een scholing voor het correcte gebruik van



de heupprotector en hen werd uitleg gegeven over het belang van stimuleren van het gebruik van de protector.

Meyer (2003) geeft naar aanleiding van zijn onderzoek weer dat de introductie van een scholing en het ter beschikking stellen van heupprotectoren het gebruik ervan kan stimuleren. Dit kan het aantal heupfracturen verminderen. Om dit te bepalen, werden voor dit onderzoek twee groepen samengesteld die de heupprotector gingen gebruiken. De interventiegroep en het personeel kreeg voor en tijdens het onderzoek extra stimulatie en instructies. De controlegroep kreeg slechts een uitleg van 10 minuten. In de interventiegroep kwam 4,6% heupfracturen voor, bij de controlegroep was dit percentage 8,1%. Het aantal personen wat de protector droeg in de interventiegroep, was door de uitgebreide stimulatie en scholing duidelijk hoger dan in de controlegroep. Hierdoor kan een daling van 40% bereikt worden in het aantal heupfracturen.

Het volgende onderzoek is van Harada (2001). Deze onderzoeker geeft aan dat het gebruik van de heupprotector ter preventie van heupfracturen effectief is. De interventiegroep kreeg de instructie 24 uur per dag een protector te dragen, de controlegroep had geen interventie. Verzorgers registreerden hoe vaak de protector werd gedragen, het aantal valincidenten en de gevolgen van het vallen. Om verschillende redenen vielen in de dragers en niet-dragers groep respectievelijk 26% en 11% van de deelnemers af. Een percentage van 70% van de deelnemers droeg de protector 24 uur per dag. 17% van deze groep droeg de protector incompleet (minder dan 24 uur). In de dragende groep liep 1,2% een heupfractuur op, tegenover een percentage van 9,7% in de niet-dragende groep.

De conclusie van O'Halloran (2004) is dat er geen effectief verschil te zien is tussen de groepen die de protector wel of niet gebruikten. De groep die de protector droeg en diens familie, kreeg extra scholing en stimulatie. Per 100 bedden ontstonden in de interventiegroep 6,22 heupfracturen, tegenover een aantal van 5,92 per 100 bedden in de controlegroep.

In het onderzoek van Birks (2003) wordt geconcludeerd dat er geen duidelijk aantoonbaar verschil is tussen de groep die een heupprotector droeg en de groep die geen interventie had. Het dragen van de heupprotector heeft geen effect op het voorkomen van heupfracturen. De deelnemers aan de interventiegroep gaf aan minder te vallen en minder angstig hiervoor te zijn. Bij 2,8% van de deelnemers uit de interventiegroep werd een heupfractuur geregistreerd. Bij de controlegroep was dit percentage 2,4%. Het blijven dragen van de protector werd niet door veel deelnemers lang volgehouden. Na 6 en 12 maanden het percentage wat nog de heupprotector droeg respectievelijk nog slechts 38% en 31%.

Uit de studie van Van Schoor (2003) komt naar voren dat er geen significant verschil is in de tijd tot een eerste heupfractuur tussen de

interventiegroep (heupprotector dragend) en de controlegroep (geen interventie). Hieruit konden de onderzoekers concluderen dat er geen effect aangetoond kan worden van heupprotectoren ter preventie van heupfracturen. Alle deelnemers kregen informatie over de mogelijke oorzaken van heupfracturen en hoe botontkalking tegen is te gaan. De interventiegroep kreeg extra uitleg over het gebruik van de protector. Het personeel is via nieuwsbrieven ingelicht over de juiste toepassing. Door onverwachte bezoeken is het consequent dragen van de heupprotectoren gecontroleerd. Het aantal valincidenten en de gevolgen hiervan werden geregistreerd door de deelnemer, verpleegkundige of verzorgende in een dagboekje.

Kiel e.a. (2007) konden concluderen dat er, ondanks goede therapietrouw, geen enkel bewijs is dat heupprotectoren nuttig zijn bij de preventie van heupfracturen. Alle deelnemers droegen aan één kant heupbescherming, de andere zijde bleef onbeschermd. Bij de beschermde heupen liep 3,1% een heupfractuur op, bij de niet-beschermden was dit percentage 2,5%. De onderzoekers hebben gekeken of er betere resultaten waren bij 80% therapietrouw onder de deelnemers. Dit bleek geen verschil te maken: beschermde heupen 5,3% en niet-beschermden 3,5%.

De werkgroep Valpreventie van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (2004) geeft als conclusie van hun onderzoek dat het gebruik van heupbeschermers slechts effectief is als de organisatie en de bewoners voldoende compliance kunnen opbrengen. Dit wordt gebaseerd op verschillende Randomized Controlled Trials die worden aangehaald. Hierbij komen in de verschillende onderzoeken zowel positieve als negatieve resultaten naar voren. Mogelijk zijn deze verschillen het gevolg van een matige tot slechte 'compliance'. Echter waren de vrijwel alle onderzoeken positief over het effect van heupbeschermers op de preventie van heupfracturen.

In het volgende hoofdstuk zal allereerst antwoord gegeven worden op de vraagstelling middels de conclusie. Vervolgens wordt de inhoud van het onderzoek en de methodologie bediscussieerd. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor de instelling.

## 6.0 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

Het voorgaande hoofdstuk geeft een beschrijving van de effectiviteit van een aantal alternatieven. In dit hoofdstuk wordt in de conclusie het antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek naar effectieve alternatieven voor de Zweedse band gegeven. Vervolgens wordt de methodologie en alle gevonden informatie bediscussieerd. Bij deze discussie worden de interviews en de meta-analyse betrokken. Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor de instelling.

### 6.1 Conclusie

Deze paragraaf geeft de conclusie weer die getrokken kan worden uit het gedane onderzoek. Hierbij wordt er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag:

*‘Wat zijn effectieve alternatieven voor het reduceren van de Zweedse band voor verpleegafdelingen naast de alternatieven die al binnen de instelling worden toegepast?’*

Om tot het antwoord op deze vraagstelling te komen, waren een aantal deelvragen opgesteld. Allereerst is onderzocht welke alternatieven reeds binnen de instelling worden toegepast. Hoe tot het antwoord op deze vraag is gekomen, is uitgebreid omschreven in de uitwerking van de interviews. Samengevat is hieruit gebleken dat de volgende alternatieven binnen de instelling al bekend zijn:

- de sensor,
- een geluidssysteem
- bewegingssensoren,
- matras voor het bed,
- de belmat,
- het detectiesysteem,
- de hansop,
- de verpleegdeken,
- bedhekken,
- bedhekbeschermers (plexiglas)
- kanteelstoel,
- plankstoel,
- trippelstoel.

Vervolgens is gezocht naar antwoord op de tweede onderzoeksvraag, namelijk welke alternatieven naast de binnen de instelling reeds bekende alternatieven, naar voren komen in Nederlandse (onderzoeks) literatuur. Hierbij zijn ook de alternatieven die het ‘Zorg voor beter’-traject adviseert om het gebruik van de Zweedse band te reduceren betrokken. In paragraaf 5.2 is hiervan een overzicht gegeven. Geconcludeerd kan worden dat er binnen Nederland tal van mogelijkheden zijn om het gebruik van de Zweedse band te verminderen. Hierbij is een valkuil dat er vaak wordt gezocht naar een materieel alternatief, terwijl in het onderzoek naar de effectiviteit van vier alternatieven uitgewezen is dat een niet-materiële interventie goede resultaten biedt. Daarnaast dient iedere cliënt van een

verpleeghuis individueel bekeken te worden: voor elk individu een passend alternatief.

Voor dit onderzoek zijn vier alternatieven onderzocht op effectiviteit. Hieruit kunnen verschillende conclusies getrokken worden:

Allereerst kan geconcludeerd worden dat gezelschapsdieren een positief effect hebben op ouderen in verpleeg- en verzorgingshuis. Het sociale gedrag neemt toe en bloeddruk en hartslag dalen. Ouderen zijn minder angstig, rustiger, alerter, meer ontspannen en aandachtiger. Ook zorgen gezelschapsdieren voor stimulatie tot deelname aan activiteiten, afleiding, beter fysiek functioneren, beter sociaal gedrag, betere stemming, minder depressie, minder gedragsproblemen, betere nachtrust, grotere eetlust en een vertraging van cognitieve achteruitgang. Daarnaast wordt welzijn en kwaliteit van leven verhoogd door minder eenzaamheid en een groter gevoel van eigenwaarde.

Ouderen die betrokken waren bij onderzoek naar het effect van belevingsgerichte zorg en snoezelen, waren beter gestemd, vrolijker, beter in staat hun emoties te uiten, hadden meer plezier en hadden een betere relatie met de zorgverleners. Er kan geconcludeerd worden dat belevingsgerichte zorg en snoezelen een effectieve interventie is om problemen in de omgang met ouderen te verminderen. Door een betere stemming wordt het inzetten van de Zweedse band overbodig.

Het opstellen van bewegingsprogramma's en het stimuleren tot (lichamelijke) activiteiten is een bewezen effectief alternatief voor de Zweedse band. Door het inzetten van deze activiteiten, kan het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen worden voorkomen. Onderzoeken lieten bovendien verbetering zien op het gebied van uitvoerende en geheugenfuncties. Daarnaast wordt het aantal valincidenten gereduceerd. Ouderen die minder bewegen hebben een groter risico op cognitieve achteruitgang.

Naar aanleiding van onderzoek naar de heupprotector, kan geconcludeerd worden dat de heupprotector/-beschermer, ingezet als alternatief voor de Zweedse band, met als doel het voorkomen van heupfracturen bij valincidenten, géén effectief alternatief is. Deze conclusie kan getrokken worden naar aanleiding van het afwegen van de resultaten. Bij onderzoeken waarbij veel deelnemers betrokken zijn wordt aangegeven dat er geen enkel bewijs is dat heupprotectoren effectief zijn in het voorkomen van heupfracturen. De onderzoeken die de effectiviteit van heupprotectoren positief beoordelen, hebben een beperkt aantal deelnemers betrokken. Daarnaast wordt genoemd dat de therapietrouw vaak slecht is bij het inzetten van heupprotectoren. Echter wordt aangetoond dat een goede therapietrouw geen positiever effect heeft op het voorkomen van heupfracturen.

## 6.2 Discussie

In deze paragraaf wordt ingegaan op tekortkomingen van het onderzoek, zowel van de inhoud van de studie als de methodologie. Daarnaast worden er suggesties gegeven voor eventueel vervolgonderzoek.

### 6.2.1 Inhoudelijke discussie

In deze subparagraaf worden alle inhoudelijke onderdelen van het onderzoek onderworpen aan een discussie waarbij sterke en zwakke punten worden omschreven.

Uit de resultaten van de interviews is gebleken dat men binnen de instelling bekend is met de eis van de inspectie, namelijk dat de Zweedse band afgeschaft moet worden in 2011. De geïnterviewden geven verschillende redenen aan om de Zweedse band in te zetten, zoals onrust, agressiviteit, valgevaar en (eigen) veiligheid. De voorbereidende literatuurstudie geeft eveneens deze redenen weer voor het inzetten van de band. Uit deze literatuurstudie is gebleken dat er geen landelijk protocol is opgesteld over de gebruikswijze van de Zweedse band. De instelling heeft een protocol opgesteld, welke een beperkte weergave geeft van het gebruik van de Zweedse band in vergelijking met de *'richtlijn gebruik fixatie materiaal'* van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (2007). De geïnterviewden geven aan dat binnen de instelling een scholing hierover zeer gewenst is. Op dit moment worden medewerkers slechts eenmalig geïnstrueerd door de verpleegkundige dienst. Vervolgens wordt deze kennis van medewerker op medewerker overgedragen. Het is de vraag of deze instructie betrouwbaar en evidence-based is. Tijdens het interview is navraag gedaan bij de deskundigen van de instelling welke alternatieven reeds bekend zijn binnen de instelling en welke al worden ingezet. In paragraaf 5.2 is een opsomming gegeven van de door de onderzoekers gevonden alternatieven. Wat opviel is dat één van de geïnterviewden een breed beeld gaf van diverse alternatieven. De andere geïnterviewde daarentegen gaf slechts een beperkte weergave. Het is de vraag of de geïnterviewden kennis hebben over het verschil tussen vrijheidsbeperkende interventies en alternatieven. Wanneer er gevraagd werd naar alternatieven, werd er voornamelijk een opsomming gegeven welke overeen komt met de vrijheidsbeperkende interventies, zoals omschreven in de literatuurstudie naar alternatieven. Als alternatieven worden in paragraaf 5.2 interventies weergegeven die de vrijheid van de cliënt niet beperken. Uit de interviews bleek dat de medewerkers huiverig zijn over het afschaffen van de Zweedse band, wat wellicht kan komen door beperkte kennis over het brede scala aan alternatieven. Beide partijen zijn het erover eens dat er per individu gezocht moet worden naar een passend alternatief.

Vanuit de literatuurstudie naar binnen Nederland bekende alternatieven, zijn vier alternatieven uitgekozen om te beoordelen op effectiviteit. Zoals al eerder genoemd, is deze keuze voortgekomen uit het feit dat er over deze alternatieven diverse toetsende onderzoeken zijn uitgevoerd. Daarnaast zijn deze alternatieven direct in te zetten binnen de verschillende verpleegafdelingen van de instelling. Met behulp van de uitgevoerde meta-analyse kan er antwoord gegeven op de vraagstelling van dit onderzoek. Per alternatief zal de gevonden informatie bediscussieerd worden. In eerste instantie werd gekozen voor het gebruik van slechts Nederlandse literatuur, echter tijdens het onderzoek werd duidelijk dat dit te beperkt zou worden. Af en toe werd verwezen naar Engelse onderzoeken, welke zeer aanvullend bleken te zijn voor de beoordeling van de effectiviteit.

De alternatieven die genoemd worden, zijn al onderzocht (IGZ, 2008) als zijnde alternatieven voor de Zweedse band. Het gaat hierbij om alternatieven die met dezelfde reden kunnen worden ingezet als redenen voor het inzetten van de Zweedse band. Bijvoorbeeld alternatieven voor valgevaar, agressie, onrust, etc. Bij de meta-analyse is gekeken naar deze redenen en zijn hierbij passende alternatieven gezocht. Deze maken het gebruik van de Zweedse band onnodig.

De verschillende beschreven onderzoeken geven de effectiviteit weer van gezelschapsdieren bij ouderen. Enkele algemene opmerkingen hebben betrekking op de periode van het onderzoek en de populatiegrootte.

Bij het onderzoek dat Enders-Slegers (2008) beschrijft is het effect van poezen en honden positief naar voren gekomen. Wel moet hierbij rekening gehouden worden met de periode van de toetsing, namelijk slechts acht weken. Bij de nameting bleek dat er sprake was van hetzelfde gedrag als voor het onderzoek. Voor een betrouwbare meting en een structurele verandering zou er waarschijnlijk gedurende aan langere periode gebruik moeten worden gemaakt van gezelschapsdieren. In de andere beschreven onderzoeken is het effect van gezelschapsdieren positief naar voren gekomen bij een periode van drie maanden (Diesveldt, 2006). Bij dit onderzoek wordt als kritisch punt genoemd dat het effect zeer positief is, maar dat iedere oudere, teruggrijpend op vroegere ervaringen, anders kan reageren op gezelschapsdieren.

Bij enkele beschreven onderzoeken kan niet duidelijk worden opgemaakt welke populatiegrootte bij het onderzoek betrokken werd. Wel wordt er duidelijk zichtbaar gebruik gemaakt van twee verschillende groepen namelijk, interventiegroepen en controlegroepen, welke de betrouwbaarheid van het onderzoek aanmerkelijk vergroten.

Ook benoemden twee onderzoeken het effect van gezelschapsdieren op dementerende ouderen. De vraag zou gesteld kunnen worden of gezelschapsdieren voor dezelfde effecten kunnen zorgen bij ouderen met somatische aandoeningen.

Bij de verschillende onderzoeken naar de effectiviteit van belevingsgerichte zorg en snoezelen kunnen opmerkingen worden



gemaakt die betrekking hebben op type zorginstelling, betrouwbaarheid van het onderzoek en de duur van het onderzoek. Het onderzoek van Schrijnemaekers (2002) vond plaats in 16 verzorgingshuizen. De andere onderzoeken vonden plaats in verpleeghuizen, intramurale psychische zorg en in een ziekenhuis. Doordat de onderzoeken in deze verschillende zorginstellingen zijn uitgevoerd en daarbij veelvuldig effectief naar voren kwamen, kan worden gezegd dat de verschillende onderzoeken hebben bijgedragen om een goed beeld te krijgen van het effect van belevingsgerichte zorg en snoezelen.

Verschillende onderzoeken vergroten de betrouwbaarheid van de gemeten effectiviteit doordat er gebruik is gemaakt van experimentele afdelingen én controleafdelingen. Zo heeft De Lange (2004a) het onderzoek uitgevoerd op vier experimentele en vier controleafdelingen. Uit de beschrijving van de meeste onderzoeken is goed op te maken welke periode het onderzoek betrof. Drie van de beschreven onderzoeken zijn uitgevoerd in een periode van één jaar of langer, met de uitkomst dat belevingsgerichte zorg en/of snoezelen in twee van de drie onderzoeken als zeer effectief kon worden beoordeeld. Een belangrijke opmerking die in één van de onderzoeken (Van de Wal, 2005) wordt gemaakt is dat de zintuigactiveringsmethode toegepast kan worden bij alle leeftijds- en patiëntengroepen. Zo zou deze methode dus ook bij ouderen met somatische aandoeningen kunnen worden toegepast. Of deze methode daadwerkelijk effect heeft bij deze categorie ouderen zal per zorginstelling, maar ook afhankelijk van de wensen en behoeften van de ouderen, kunnen verschillen.

Uit de verschillende beschreven onderzoeken is gebleken dat lichamelijke activiteiten positief effect hebben op uitvoerende en geheugenfuncties (Kramer e.a., 1999), het voorkomen van valincidenten (Sherrington e.a., 2008) en het vertragen van de cognitieve achteruitgang (Lautenschlager e.a., 2008; Schuit e.a., 2001). De onderzoeken zijn zeer afwisselend in periode van onderzoek en in populatiegrootte. Bij één van de onderzoeken (Kramer e.a., 1999) werd beschreven om welke leeftijd het ging bij de ouderen, namelijk 60-75 jaar. In de overige onderzoeken betrof het ouderen waarvan de leeftijd niet werd genoemd.

Ook kunnen er bij de bovengenoemde onderzoeken verschillende opmerkingen worden gemaakt. Bij het onderzoek van Sherrington e.a. (2008) moet opgemerkt worden dat bij een hoog valrisico, de effectiviteit van bewegingsprogramma's afneemt. Ook moet een bewegingsprogramma frequent worden uitgevoerd. Tot slot geeft het onderzoek weer dat ingewikkelde oefeningen meer effect hebben op het voorkomen van valincidenten dan makkelijke oefeningen. Het gerandomiseerde onderzoek van Lautenschlager e.a. (2008) lijkt een betrouwbaar onderzoek te zijn. Twee groepen ouderen, een interventiegroep (n=85) en een controlegroep (n=85), werden 18 maanden gevolgd als het gaat om het effect van fysieke activiteit. In tegenstelling tot enkele voorgaande onderzoeken is dit onderzoek wél gedurende een langere periode uitgevoerd. Na deze periode bleek fysieke activiteit ook effectief te zijn.

Tot slot kan worden opgemerkt dat het effect van lichamelijke activiteiten en/of bewegingsprogramma's in de beschreven onderzoeken voornamelijk is bewezen bij ouderen met een vorm van dementie. Ook bij dit alternatief kan worden overwogen, gezien de bewezen effectiviteit, deze in te zetten bij ouderen met somatische aandoeningen.

Bij de verschillende Randomized Clinical Trials (RCT) die gebruikt zijn voor het onderzoeken van de effectiviteit van de heupprotector/-beschermer, kunnen verschillende kanttekeningen geplaatst worden. Bij de gevonden RCT's zijn onderzoekspopulaties van verschillende groottes gebruikt: de kleinste populatie telde 164 deelnemers, de grootste 4169. Bij sommige studies werd het aantal niet vermeld. Daarnaast zijn er ook verschillen te noemen in kenmerken van de deelnemers aan de verschillende onderzoeken. Allereerst de vermelding dat niet in ieder artikel de kenmerken van de onderzoekspopulatie werden omschreven. Tenminste hadden alle deelnemers van elke studie een leeftijd hoger dan 70 jaar. Twee studies omschreven dat slechts vrouwen deel konden nemen. Drie studies gaven aan dat de deelnemers reeds eerder een keer gevallen moesten zijn, al dan niet met een heupfractuur als gevolg. Eén studie omvatte alleen bedlegerige deelnemers, terwijl vrijwel alle andere studies aangaven dat de deelnemers niet te veel in bed mochten liggen of in de stoel mochten zitten. Een laag gewicht van de deelnemers was een kenmerk in twee studies. Bij meerdere studies kwamen de deelnemers uit een verzorgings- of verpleeghuis, al dan niet binnen Nederland. Het verschil in sommige kenmerken is per studie erg groot. Discussabel is of deze kenmerken effect hebben op de conclusie van de RCT's. Voor de conclusie van dit onderzoek zijn deze kenmerken niet meegenomen vanwege de niet te bepalen effecten die zij hadden op de uitslag van de RCT's. Wel is de grootte van de onderzoekspopulatie meegenomen in het bepalen van de effectiviteit van het alternatief voor de conclusie van dit onderzoek.

Bij sommige studies wordt gebruik gemaakt van groepen om het effect van de heupprotector/-beschermer te bepalen, bij andere wordt dit bepaald per individu. Bij de studies waarbij groepen worden gebruikt, kan niet aangetoond worden wat het effect is per individu.

Eén studie duurde 20 maanden, een andere 377 dagen. Bij de andere onderzoeken is hierover geen informatie gevonden. Wanneer hierover meer informatie beschikbaar was, had dit onderzoekskenmerk meegenomen kunnen worden in het bepalen van de effectiviteit van een heupprotector/-beschermer ter preventie van heupfracturen. Bij een langere duur van een studie, kan meer gezegd worden over het effect op langere termijn.

Bij vele onderzoeken kreeg de interventiegroep een heupprotector/-beschermer met als advies deze 24 uur per dag te dragen. Bij sommige studies werd hieraan extra aandacht besteed door middel van scholing en stimulatie, ook bij personeel. Bij andere onderzoeken was de scholing bij interventie- en controlegroep gelijk. Het gebruik van de protector werd gecontroleerd door onverwachtse bezoeken. Ook werd dit soms bijgehouden door verplegend personeel of door de deelnemers zelf.

Daarbij werd eveneens genoteerd hoe vaak gevallen werd en wat de gevolgen daarvan waren. De rol van het personeel met betrekking tot stimuleren van het dragen van de protector was vaak erg belangrijk. Vrijwel ieder onderzoek geeft aan dat de compliance slecht is bij de groepen die de protector droegen. Slechts een enkele studie geeft aan dat de therapietrouw 73,8% was. Hierbij werd de dragende groep erg gestimuleerd en goed geschoold gedurende de hele studie. Klaarblijkelijk speelt scholing een belangrijke rol in het blijven dragen van de heupprotector. De onderzoeken met lage compliance geven aan dat het effect bij hogere therapietrouw niet veranderd. Echter is dit discutabel: zij hebben hiernaar geen duidelijk onderzoek gedaan. Een aantal onderzoeken geven aan dat uitvallers waren onder de deelnemers tijdens de studie. De redenen hiervoor waren verschillend: gestopt met het gebruik van de heupprotector, ziekenhuisopname, overlijden, overplaatsing of niet uitvoeren van activiteiten behorende bij de studie. Geen enkel onderzoek geeft informatie over valrichting, valhoogte en over het opvangen met de armen van de val. Hierdoor kan moeilijk bepaald worden in hoeverre de heupprotector een heupfractuur heeft voorkomen. Ook kan geen uitspraak gedaan worden bij welke valrichting en valhoogte de heupprotector nog effectief is. Bij één onderzoek werd vermeld dat een ontstane heupfractuur niet voorkomen had kunnen worden door de heupprotector, omdat de deelnemer deze niet droeg in verband met het nemen van een bad.

### 6.2.2 Methodologische discussie

In deze subparagraaf worden de methodologische onderdelen van het onderzoek onderworpen aan een discussie waarbij sterke en zwakke punten worden aangehaald.

Een eerste activiteit voor het onderzoek naar alternatieven voor de Zweedse band was het afnemen van een tweetal interviews. Om het uiteindelijke onderzoeksrapport daadwerkelijk bruikbaar te maken voor de instelling, was het voorstel van de BOPZ-commissie van deze organisatie om ervaringsdeskundigen te interviewen. Het voorstel is meegenomen in het onderzoek, echter moet daarbij wel benadrukt worden dat in verband met de beschikbare tijd voor dit onderzoek is gekozen voor twee ervaringsdeskundigen. In de uitwerking van de interviews is een tweetal criteria opgesteld waaraan de ervaringsdeskundigen moesten voldoen. Op deze wijze is de validiteit en de betrouwbaarheid van de interviews gewaarborgd. Terugkijkend op de afgenomen interviews kan de vraag gesteld worden of beide geïnterviewden even deskundig waren. Op deze manier kwam het verschil in kennis per functie duidelijk naar voren. Bij een volgend onderzoek zou gekozen kunnen worden voor het betrekken van verschillende functies bij het afnemen van interviews. Wanneer de tijdsplanning het toelaat zouden meer interviews afgenomen kunnen worden om een nog breder beeld te verkrijgen over de huidige situatie.

Een tweede punt dat ter discussie gesteld kan worden is de methode waarop de literatuurstudie naar alternatieven is uitgevoerd. Voorafgaand aan het zoeken naar de alternatieven zijn sleutelwoorden gekozen. Gedurende het vinden van artikelen zijn deze sleutelwoorden aangevuld. Met behulp van deze aanvullingen trad na enige tijd verzadiging op.

Na het uitvoeren van deze literatuurstudie kan gezegd worden dat de toegepaste methode positief effect heeft gehad op het verkregen resultaat.

Vervolgens werden vier van de gevonden alternatieven onderzocht op effectiviteit. Deze keuze is gebaseerd op het feit dat naar deze alternatieven eerder onderzoek is gedaan naar de effectiviteit. Voor het beoordelen van de effectiviteit werd voornamelijk gezocht naar gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT). Door middel van deze methode kon de effectiviteit van gezelschapsdieren, belevingsgerichte zorg/snoezelen, (lichamelijke) activiteiten en de heupprotector/-beschermer worden bewezen.

Eén van de opgestelde criteria was het beperken tot het zoeken naar Nederlandse literatuur. Echter waren vele Nederlandse artikelen gebaseerd op Engelstalige onderzoeken. Bij het zoeken naar RCT's is het criterium om alleen Nederlandse literatuur uitgebreid tot het gebruik van een aantal Engelstalige onderzoeken waar naar werd verwezen. Bij vervolgonderzoek kan als suggestie meegenomen worden als criterium op te stellen Engelstalige artikelen en onderzoeken te betrekken.

Bij het opstellen van het onderzoeksplan werd gesteld dat de effectiviteit van alle alternatieven onderzocht zou worden. In de loop van het onderzoek is besloten dit te beperken tot vier alternatieven in verband met de tijdsplanning. Bij vervolgonderzoek zouden de andere alternatieven uit hoofdstuk 6 onderzocht kunnen worden op effectiviteit.

### 6.3 Aanbevelingen

Tot slot worden in deze paragraaf aanbevelingen gedaan die de instelling kan gebruiken om het gebruik van de Zweedse band te reduceren en/of te voorkomen.

- de instelling moet gaan analyseren wat de redenen zijn voor het inzetten van de Zweedse band,
- alternatieven moeten worden ingezet, afgestemd op de reden voor het inzetten van de Zweedse band,
- de keuze voor het alternatief dient te passen bij de wensen en behoeften van de individuele cliënt,
- de instelling zal een scholing op kunnen gaan zetten met betrekking tot het afbouwen van de Zweedse band en vervolgens het inzetten van alternatieven,

- de instelling kan gezelschapsdieren, snoezelruimtes en bewegingsprogramma's inzetten als effectief alternatief.
- de instelling kan bovengenoemde punten meenemen voor vervolgonderzoek voorafgaand én tijdens het afbouwen van de Zweedse band.



## NAWOORD

Na drie en een half jaar verpleegkunde studie, was het tijd om te beginnen met ons afstuderen. Allereerst is gezocht naar een onderwerp, welke werd gevonden via de stageplek van Gesina en Heleen. Na een aantal weken schaven lag eind januari het onderzoeksplan op tafel. Klaar voor het eigenlijke onderzoek.

Er werd begonnen met de voorbereidende literatuurstudie om een aantal begrippen orent fixatie te verhelderen. De informatie hierover was goed te vinden en invulling geven aan dit hoofdstuk was niet erg ingewikkeld.

Vervolgens gingen we zoeken naar artikelen om een overzicht te verkrijgen met alle binnen Nederland bekende alternatieven voor de Zweedse band. Na een paar weken zoeken, liepen we met verschillende sleutelwoorden tegen dezelfde artikelen aan: het punt van verzadiging. We konden stoppen met zoeken en verder gaan met de meta-analyse.

Ook voor het onderzoek naar de effectiviteit van de alternatieven werd een aantal weken uitgetrokken om te zoeken naar geschikte artikelen waarin een studie werd omschreven die het effect van een alternatief had onderzocht. Dit bleek lastiger dan we van te voren hadden gedacht. Bovendien bleek het onderzoeken van de effectiviteit van alle gevonden alternatieven een veel te uitgebreide studie voor de periode waarin ons afstuderen plaats moest vinden. Daarnaast was naar vele alternatieven nog geen onderzoek gedaan om de effectiviteit te meten. Om deze redenen hebben we uiteindelijk besloten dit onderdeel van het onderzoek te beperken tot het uitvoeren van een meting van de effectiviteit voor vier alternatieven.

Het onderzoeksrapport geeft antwoord op de hoofdvraag en de deelvragen, zoals opgesteld in het onderzoeksplan. De vooraf opgestelde doelstelling, namelijk het onderzoeken van de effectiviteit van alle alternatieven die bekend zijn binnen Nederland, is aangepast naar het onderzoeken van vier alternatieven. Het andere onderdeel van de doelstelling, namelijk het behalen van het doel op 10 mei 2010, is wel behaald.

Door het maken van dit onderzoeksrapport hebben we geleerd om verslag te leggen van een wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast hebben we kennis kunnen maken met het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek, wat we als erg leerzaam hebben ervaren.

Naast af en toe een pittige discussie over het onderzoek, hebben we het samenwerken als studiegenoten en als vriendinnen erg gezellig gevonden!



## LITERATUURLIJST

### Literatuur

1. Baarda D.B., Goede, M.P.M., de, 'Basisboek kwalitatief onderzoek, handleiding voor het opzetten van kwalitatief onderzoek, 2005, Stenfert Kroese, 2<sup>e</sup> druk
2. Baarda D.B., Goede, M.P.M., de, Meer-Middelburg, A.G.E., van der, 'Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews', 2007, Groningen: Noordhoff, 2<sup>e</sup> druk
3. Berkowitz (Eisenberg & Berkowits, 1992; Canning, 2002), uit: Verhoeven, N., 'Wat is onderzoek: praktijk methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs', 2004, Boom onderwijs, Amsterdam
4. Beumer, F.J.A., den Hartog-Van Ter Tholen, R.M., 'Recht voor verpleegkundigen', 2005, Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten, 14<sup>e</sup> druk
5. Birk, Y. F., Prothouse, J., Addie, C., Loughney, K., Saxon, L., Baverstock, M., Francis, R. M., Reid David, M., Watt, I., Torgerson, D. J., Primary Care Hip Protector Trial Group, 'Randomized controlled trial of hip protectors among women living in the community', 2004, Osteoporosis International
6. Boeije, H., 'Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen', 2005, 2006, Boom onderwijs, Amsterdam
7. Brekelmans, E., 'Ouderen met dementie willen andere activiteiten', 2008, van: website IDé
8. Bruin, S.R. de, 'Ouderen gaan de boer op, Zorgboerderijen in Nederland', 2006, uit: Denkbeeld, jaargang 18, nr. 6.
9. Bruin, S.R. de., Oosting, S.J., Kuin, Y., Hoefnagels, E.C.M., Blauw, Y.H., Groot, C.P.G.M., de, Schols, J.M.G.A., 'Green care farms promote activity among elderly people with dementia', 2009, Journal of Housing For the Elderly
10. Bruin, S.R. de., Oosting, S.J., Tobi, H., Blauw, Y.H., Schols, J.M.G.A., Groot, C.P.G.M., de, 'Day care at green care farms: A novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia?', 2010, The journal of nutrition, health & aging
11. Cameron, I.D., Venman J., Kurrle, S. E., Lockwood, K., Birks, C., Cumming, R.G., Quine, S., Bashford, G., 'Hip protectors in aged-care facilities: a randomized trial of use by individual higher-risk residents', 2001
12. Champagne, T., 'Sensory modulation and environment: Essential elements of occupation', 2003, Southampton MA: Champagne Conferences & Consultation
13. Champagne, T., Sayer, E., 'The effects of the use of the sensoryroom in psychiatry', 2003
14. Chevalier, P., 'Heupprotectoren ter preventie van heupfracturen', 2003, uit: Minerva, tijdschrift voor Evidence-Based Medicine, vol. 2, nr. 8, oktober
15. Chevalier, P., 'Heupprotectoren: nog steeds geen bewijs voor preventie van fracturen', 2008, uit: Minerva, tijdschrift voor Evidence-Based Medicine, vol. 7, nr. 1, februari
16. Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., Kuiper, C., 'Evidence-based practice voor verpleegkundigen, methodiek en toepassing', 2008, Uitgeverij LEMMA, Den Haag, tweede druk.
17. Dielis-van Houts, A.M., Lendemeijer, B.H.G.M., Hamers, J.P.H., 'Veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking bij ouderen', 2004, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TvZ), jaargang 114, nr. 11
18. Dielis-van Houts, A.M., Schuurmans, M., 'Een besluitvormingsprotocol leidt tot meer kwaliteit van zorg en van leven, Van risico-acceptatie tot fixeren', 2000, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TvZ), jaargang 110, nr. 1
19. Diesveldt, H., 'Woef, hoe word ik een therapeutische hond?', 2006, uit: Denkbeeld, jaargang 18, nr. 6
20. Enders-Slegers, M.J., 'Een beestenboel in de Nederlandse zorginstellingen, ervaringen met dieren in de zorg', 2008, uit: Denkbeeld, jaargang 20, nr. 3
21. Filan, S.L., Llewellyn-Jones, R.H., 'Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature', 2006, International psychogeriatrics (IPA)
22. Gastmans, C., Millisen, K., 'Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak', 2006, uit: Tijdschrift voor Geneeskunde (TvG), jaargang 62, nr. 23
23. Glaser en Strauss (1967), uit: Boeije, H., 'Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen', 2005, 2006, Boom onderwijs, Amsterdam
24. Hamel, M., 'Hij is braaf... ', 2000, uit: Nursing, jaargang 6, nr. 10, oktober
25. Hamers, J., 'Bewegingsprogramma's reduceren valpartijen bij ouderen', 2009, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, jaargang 119, nr. 4, april.
26. Hamers, J.P.H., Wijmen, F.C.B., van, 'Vrijheidsbeperking in de zorg: een verpleegkundige beslissing', 2007, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TVZ), jaargang 117, nr. 3
27. Harada, A., Mizuno, M., Takemura, M., Tokuda, H., Okuizumi, H., Niino, N., 'Hip fracture Prevention Trail Using Hip Protectors in Japanese Nursing Homes', 2001, Osteoporosis International

28. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), 'Onderzoeksrapport Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kan en moet', 2008, Den Haag, Inspectie voor de Gezondheidszorg
29. Janssen, M., Bakker, F., 'De therapeutische werking van huisdieren bij psychiatrische problemen, een literatuurstudie', 2007, AdSearch, Amsterdam
30. Jaspers, M., Mutschelknauss, M., 'Vrijheidsbeperkende interventies: als vrijheid en veiligheid botsen', 2005, Nursing, jaargang 11, oktober
31. Jong, A. de, Vandenbroele, H., Glorieux, M., Maesschalck, L., de, Visser, M., 'Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs', 2003, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, tweede druk
32. Kramer AF, Hahn S, Cohen NJ, Banich MT, McAuley E, Harrison CR, Chason J, Vakil E, Bardell L, Boileau RA, Colcombe A., 'Ageing, fitness and neurocognitive function', (1999, Nature, 400(6743):418-419.
33. Kruk, T. van der, 'Rol van management cruciaal. Vrijheidsbeperking aan banden', 2009, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, nr. 2
34. Lange, J., de, 'Belevingsgerichte zorg heeft effect', 2004b, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TvV), nr. 5
35. Lange, J., de, 'Omgaan met dementie, het effect van geïntrigeerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen: een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment', 2004a, Trimbos-instituut, Utrecht
36. Loon, J., van, 'Snoezelen meer dan lichtjes en luchtjes, belevingsgerichte zorg', 2005, uit: Nursing, jaargang 11, februari
37. Mangnus, E., 'Heupprotectoren en preventie van heupfracturen', 2006, Utrecht, Hogeschool van Utrecht faculteit Gezondheidszorg Afdeling Fysiotherapie
38. Meyer, G., Warnke, A., Bender, R., Muhlhauser, I., 'Effect on hip fractures of increased use of hip protectors in nursing homes: cluster randomised controlled trial', 2003, BMJ, vol. 326, january
39. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'De Wet Bopz voor verzorgenden en verpleegkundigen, begrippen en toepassingen in verpleeg- en verzorgingshuizen', 2002, Den Haag
40. Nesselrooij, T., van, 'Alternatieven voor vrijheidsbeperkende interventies', 2010
41. O'Halloran, P. D., Cran, G. D., Beringer, T. R.O., Kernohan, G., O'Neill, C., Orr, J., Dunlop, L., Murray, L., 'A cluster randomised controlled trial to evaluate a policy of making hip protectors available to residents of nursing homes', 2004, Age and Ageing, 33: 582-588
42. Oner, I., 'Het effect van lichamelijke activiteit op het cognitief functioneren bij dementerende bejaarden', 2007/2008, VU, Hersencentrum
43. Pasch, T. van der, Kersten, J., 'Interventie EXBELT voor uitbannen heupgordels, vrijheidsbeperking in verpleeghuizen, 2009, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TVZ), jaargang 119, nr. 6
44. Pelsmaeker, H. de, 'Een hond als co-therapeut?, huisdieren in de instelling', 2004, uit: Denkbeeld, jaargang 16, nr. 3.
45. Polit & Hungler (1999), uit: Jong, A. de, Vandenbroele, H., Glorieux, M., Maesschalck, L., de, Visser, M., 'Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs', 2003, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, tweede druk
46. Pool, A., Schumacher, J., Mostert, H., 'De kunst van het afstemmen, belevingsgerichte zorg, Theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept', 2003, NIZW, Utrecht
47. Scherder, E., Eggermont, L., 'Stilstaan is achteruitgaan, de invloed van bewegen op cognitie en gedrag bij ouderen met dementie', 2009, uit: Denkbeeld, jaargang 21, nr. 4
48. Schoor, N., van, Smit, J., Twisk, JWR, Bouter, L.M., Lips, P., 'Prevention of hip fractures by external hip protectors. A randomised controlled trial', 2003, JAMA
49. Schrijnemaekers, V.J.J., 'Belevingsgerichte zorg in het verzorgingshuis, 2002, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TVZ), jaargang 112, nr. 6.
50. Schuit, A.J., Feskens, E.J., Launer, L.J., Kromhout, D., 'Physical activity and cognitive decline, the role of the apolipoprotein E4 allele', 2001, Medicine and science in sports and exercise, vol. 33, nr. 5
51. Sherrington, C.; Whitney, J.C.; Lord, S.R.; Herbert, R.D.; Cumming, R.G.; Close, J.C.T., 'Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis', 2008, uit: Journal of the American Geriatrics Society 56, 2234-2243
52. Veer, A.J.E., de, Francke, A.L., Kruif, A., de, Bolle, F., 'Vrijheidsbeperkende interventies', 2006, uit: Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TVZ), jaargang 116, nr.4
53. Veer, J.E. de, Francke, L., Kruif, A., de, Bolle, J.J., 'Vrijheidsbeperkende interventies, een inventarisatie onder verzorgenden', 2007, Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde (TvV), jaargang 32, nr. 1
54. Verhoeven, N., 'Wat is onderzoek: praktijk methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs', 2004, Boom onderwijs, Amsterdam
55. Vilans, 'Zorg voor leven in vrijheid, leg vrijheidsbeperking aan banden', 2009, 2<sup>o</sup> druk
56. Vos, R., de, 'Preventie van heupfracturen door heupbeschermers faalt', 2003, uit: het Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, jaargang 1, nr. 1, juni

57. Wal, J., de, 'Het gebruik van zintuigactivering in de intramurale psychiatrische zorg: nieuwe alternatieven voor het gebruik van separatie en fixatie', 2005, uit: Verpleegkundig Perspectief, jaargang 21, oktober
58. Walker, D., McCormack, K., 'The weighted blanket: An essential nutrient in a sensory diet', 2002, Everett, MA: Village Therapy
59. Weert, J., van, Dulmen, S., van, Kerkstra, A., Spreeuwenberg, P., Ribbe, M., Bensing, J., 'Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners, samenvatting van de onderzoeksresultaten', 2003, NIVEL

### Interne documentatie instelling

60. De instelling, 'BOPZ Beleid, Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen', 2008  
Gebruikte hoofdstuk(ken): 4.1
61. De instelling, 'Jaarverantwoording de instelling', 2008  
Gebruikte hoofdstuk(ken): 4

### Internet

62. Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG) Innovatie Ouderenzorg  
Geraadpleegd op 5 februari 2010 van  
<http://www.btsg.nl/infobulletin/bopz.html>
63. Hamers, J.P.H., 'Feiten over vrijheidsbeperking in verpleeghuizen', 2009, Maastricht: Universiteit Maastricht, van  
<http://www.innovatiekringdementie.nl/Artikel/Feiten-over-vrijheidsbeperking.aspx>
64. Innovatiekring Dementie (IDé)  
Geraadpleegd op 5 februari 2010 van  
<http://www.innovatiekringdementie.nl/Artikel/Feiten-over-fixeren.aspx>
65. Nursing, 2009  
Geraadpleegd op 5 februari 2010 van  
<http://www.nursing.nl/verpleegkunde/specialismen/geriatrie-ouderenzorg/nieuw/5321/vrijheidsbeperkende-maatregelen-flink-verminderd>
66. Nursing, 2008  
Geraadpleegd op 29 september 2009 van  
<http://nursing.nl/home/nieuw/2044/gebruik-zweedse-band-moet-in-2011-afgelopen-zijn>
67. Opella, 2008  
Geraadpleegd op 21 april 2010 van  
[http://www.opella.nl/uploads/File/jouw\\_map/VVT\\_Bijlage\\_Beleavingsgerichte\\_zorg.pdf](http://www.opella.nl/uploads/File/jouw_map/VVT_Bijlage_Beleavingsgerichte_zorg.pdf)
68. Woordenboek Van Dale  
Geraadpleegd op 11 februari 2010, 16 april 2010 van  
<http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek?zoekwoord=fixeren> en  
<http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek?zoekwoord=effectief>
69. Wet BOPZ  
Geraadpleegd op 28 januari van  
<http://www.btsg.nl/infobulletin/wetten/wet-bopz.html>

### Richtlijn(en)

70. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), 'Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen', 2004, Utrecht
71. Woude, J.A., van der, 'Richtlijn gebruik fixatiemateriaal', 2007, Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU)

### Gebruiksaanwijzing(en) Zweedse band

72. Segufix, 'Gebruiksaanwijzing SG.2201-M', 2008, Oostwoud International B.V., Franeker
73. Segufix, 'Veiligheidsvoorschriften', 2009, Oostwoud International B.V., Franeker
74. It Fits, 'Gebruiksaanwijzing Posey Zweedse band #1337W', 2007, 2009

## BIJLAGEN

Bijlage I: Protocol Zweedse band (UMC Utrecht)  
Bijlage II: Vragenlijst interview

## Bijlage I: Protocol Zweedse band (UMC Utrecht)

Onderdeel van 'Richtlijn gebruik fixatiemateriaal' (Woude, J.A., van der, 2007)

### **Protocol: fixeren van patiënt d.m.v. 'Zweedse' tailleband**

#### Doel:

het voorkomen van lichamelijk letsel bij de patiënt door te verhinderen dat de patiënt onverwachts uit bed stapt of valt.

#### Indicatie:

- patiënt vertoont motorische onrust,
- patiënt heeft een valrisico.

#### Contra-indicatie:

- grote buikwond,
- angstige en/of achterdochtige patiënt,
- patiënten met traumatische ervaringen b.v. opsluiting, internering.

#### Mogelijke complicaties:

- toename complicaties bedverpleging,
- afsnoeren van de buik,
- gevaar voor decubitus.

#### Vorbereiding 'Zweedse' tailleband (katoen) of (autogordelmateriaal) :

- leg benodigdheden (+ evt. sederende medicatie) klaar
- spreek af wie het woord voert
- vertel de patiënt wat er gaat gebeuren en waarom

#### Werkwijze:

1. Bevestig de 2 zijstukken aan weerskanten van de bedbodem door de lus aan het ene uiteinde door één van de drie aaneengesloten lussen aan het andere uiteinde te halen.
2. De lengte instelbaarheid van de zijstukken zorgen ervoor dat de patiënt in de gewenste houding blijft ongeacht diens buikomvang.
2. Leg de uiteinden van de aangebrachte zijstukken op de matras
3. Schuif de tailleband door de lussen aan linker en rechter kant
4. Leg vervolgens de tailleband om het middel van de patiënt
5. Stel de tailleband door middel van het traploosinstelbare gespslot in op de omvang van de patiënt, (voorkom afsnoeren).
6. Na gebruik niet in de was deponeren (zie spec.aanbev.)

#### Vorbereiding rolgordel met klitteband/slotsluiting:

- leg benodigdheden (+ evt. sederende medicatie) klaar
- spreek af wie het woord voert
- vertel de patiënt wat er gaat gebeuren en waarom

#### Werkwijze:

1. Bevestig de rolgordel middels gespsluitingen aan de linker/rechterzijde van het bed (buikhoogte).
2. Druk de klittebandvoering op elkaar. Zorg ervoor dat er een platte hand tussen lichaam en band kan.
3. Klik de gespsluiting vast.
4. Schuif vervolgens de twee, nog loshangende banden door het op de rolgordel bevestigde metalen oog en stel deze banden zo in dat de patiënt tijdens het naar links of rechts draaien niet verder dan draait dan gewenst.
5. Na gebruik niet in de was deponeren (zie spec.aanbev.)

## Bijlage II: Vragenlijst interview

### Inleiding

'Welkom. Allereerst willen we je bedanken voor je medewerking!  
Zoals je ook via de mail van ons hebt ontvangen komen er tijdens dit gesprek een aantal onderwerpen aan bod. We zullen het gaan hebben over vrijheidsbeperking, de Zweedse band en tot slot alternatieven voor de Zweedse band.

Het interview zal worden opgenomen, middels een voice-recorder, dit om het interview ook daadwerkelijk bruikbaar te maken voor ons onderzoeksverslag.

We willen hierbij wel benadrukken dat bij de uitwerking van dit interview jou anonimiteit gewaarborgd zal worden.

Zoals je ziet zijn wij met ons drieën aanwezig bij dit interview. Daniëlla zal aantekeningen maken tijdens het gesprek, mochten er zich technische storingen voor doen. Gesina/Heleen zal tijdens het interview ook vragen aan jou kunnen stellen. Dit is bedoeld ter aanvulling op de punten die wij naar voren laten komen. Verder zal ik (Gesina/Heleen) het gehele gesprek met jou doorlopen.

Om te beginnen wil ik je vragen of je jezelf wilt introduceren....' [volg verder topiclijst]

Nummer	Topic	Subtopic
1	Voorstellen: <i>Daniëlla Bakker</i> <i>Gesina Boeve</i> <i>Heleen Hoff</i>	
1.1		• <i>Wie zijn wij?</i>
1.2		• <i>Wat doen wij?</i>
1.3		• <i>Waar gaat dit interview over?</i>
2	Persoonsgegevens: <i>Kun je jezelf introduceren?</i>	
2.1	<i>OF</i>	• <i>Wat is je naam?</i>
2.2	<i>Wat kun je over jezelf vertellen?</i>	• <i>Op welke afdeling werk je op dit moment?</i>
2.3		• <i>Wat is je functie?</i>
2.4		• <i>Hoelang werk je al in deze functie?</i>
3	Vrijheidsbeperking: <i>Wat kun je vertellen over vrijheidsbeperking binnen de instelling?</i>	
3.1		• <i>Wat is volgens de instelling vrijheidsbeperking?</i>
3.2		• <i>Ben je op de hoogte van de eis van de IGZ, om de Zweedse band af te schaffen (2011)?</i>
3.3		• <i>Wat vind je van deze eis?</i>
3.4		• <i>Wat zal dit voor gevolgen hebben voor de instelling/jouw afdeling?</i>
4	Zweedse band: <i>Wat kun je vertellen over het gebruik</i>	



4.1	van de Zweedse band binnen de instelling?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn de belangrijkste redenen/motieven om de Zweedse band in te zetten?</li> <li>• Waarom wordt er op afdeling de Griend meer gebruik gemaakt van de bed- en stoelband dan op andere afdelingen)? (O-meting)</li> <li>• Hoe is het gesteld met de kennis over de (toepassing van de) Zweedse band bij de collega's op de afdeling(en)?</li> <li>• Op welke manier wordt kennis getoetst/ worden verpleegkundigen geschoold?</li> <li>• Welke maatregelen worden getroffen wanneer een Zweedse band ingezet wordt? (formulier, toestemming, wettelijk vertegenwoordiger)</li> <li>• Worden fouten in het gebruik van de Zweedse band gemeld?</li> <li>• Op welke manier wordt er nu geëvalueerd wanneer een Zweedse band wordt ingezet (per individuele cliënt)?</li> <li>• Wat is de rol van de BOPZ-commissie bij het inzetten van de Zweedse band?</li> </ul>
4.2		
4.3		
4.4		
4.5		
4.6		
4.7		
5	Alternatieven: Welke alternatieven worden er nu ingezet om de Zweedse band niet te gebruiken?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke alternatieven worden ingezet binnen de instelling (op jouw afdeling) vóór de Zweedse band wordt ingezet?</li> <li>• Zijn er niet toegepaste, wel bedachte alternatieven?</li> <li>• Hoe staan collega's in het toepassen van alternatieven?</li> <li>• Hoe is de motivatie van collega's om de Zweedse band te bannen?</li> <li>• ... Heb je zelf nog creatieve ideeën als alternatief? ...</li> </ul>
5.1		
5.2		
5.3		
5.4		
5.5		
6	Afsluiting: Heb je nog opmerkingen/vragen voor we het gesprek afronden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedankt voor je medewerking.</li> </ul>
6.1		