



# **DE ERVARINGEN VAN THUISVERPLEEGKUNDIGEN BIJ HET TOEPASSEN VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAAT- REGELEN: EEN KWALITATIEVE STUDIE**

K. Scheepmans, B. Dierckx de Casterlé, L. Paquay, H. Van Gansbeke,  
K. Milisen

Brussel, maart 2011

## **VOORWOORD**

Het onderzoek naar de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is mede tot stand gekomen dank zij de bijdrage en de inzet van meerdere personen.

In eerste instantie gaat onze hartelijke dank uit naar de deelnemers van het sleutelinterview en de thuisverpleegkundigen die de tijd hebben genomen om aan dit onderzoek hun medewerking te verlenen. Hun openheid en eerlijkheid hebben toegelaten om waardevolle informatie te verzamelen over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. Het was voor de thuisverpleegkundigen niet altijd gemakkelijk om hierover te vertellen.

Dank aan de deelnemers van de peer-debriefing om de tijd te nemen deze bijeenkomst grondig voor te bereiden en om hun ervaringen en expertise ten dienste te stellen van dit onderzoek.

# **INHOUDSOPGAVE**

<b>VOORWOORD</b>	<b>2</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b>	<b>3</b>
<b>SAMENVATTING</b>	<b>4</b>
<b>HOOFDSTUK 1 - PROBLEEMSTELLING</b>	<b>6</b>
<b>HOOFDSTUK 2 - METHODOLOGIE</b>	<b>13</b>
2.1 Design	13
2.2 Setting	13
2.3 Steekproef	13
2.4 Gegevensverzameling	15
2.5 Gegevensverwerking	17
2.6 Methodologische kwaliteit van het onderzoek	19
2.7 Ethische aandachtspunten	22
<b>HOOFDSTUK 3 - RESULTATEN</b>	<b>24</b>
3.1 Beschrijving van de steekproef	24
3.2 Beschrijving van de resultaten	25
3.2.1 Visie van de verantwoordelijke sleutelfiguren	25
3.2.2 Ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen	29
1. Kernverhaal	29
2. Diepgaande beschrijving van de resultaten	32
<b>HOOFDSTUK 4 - DISCUSSIE</b>	<b>58</b>
4.1 Sterktes en zwaktes van het onderzoek	58
4.2 De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen	59
4.3 Implicaties voor praktijk en toekomstig onderzoek	65
<b>REFERENTIES</b>	<b>69</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>72</b>

## **SAMENVATTING**

'De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen: een kwalitatieve studie'

### **Probleemstelling**

Op basis van de huidige evoluties wordt verwacht dat thuisverpleegkundigen in toenemende mate geconfronteerd zullen worden met de vraag naar het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Vergeleken met de residentiële sector is er in de thuiszorg weinig informatie beschikbaar over dit onderwerp.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen?

### **Methode**

Om de ervaringen van thuisverpleegkundigen te bestuderen is gekozen voor een kwalitatief exploratief onderzoek. De doelgerichte steekproef bestaat uit thuisverpleegkundigen die ervaring hebben met het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. De gegevensverzameling gebeurt a.d.h.v. diepte-interviews (n = 14) en met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst. De uitgeschreven interviews zijn geanalyseerd met behulp van het software programma Nvivo. Het onderzoek is goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven.

### **Resultaten**

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt door de thuisverpleegkundigen ervaren als een moeilijk, controversieel en ethisch geladen onderwerp, hetgeen de beschrijving ervan niet vergemakkelijkt. Uit de interviews blijkt heel wat onduidelijkheid rond het begrip 'vrijheidsbeperkende maatregelen'. We merken dat thuisverpleegkundigen geen eenduidige invulling kunnen geven van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen en dat er onduidelijkheid is omtrent de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot deze maatregelen. Daarnaast merken we dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg ervaren wordt als een complex, interactief gebeuren tussen patiënt, familie en verpleegkundigen waarin het streven naar professioneel verantwoord handelen centraal staat. De wens om in vaak moeilijke situaties 'goede zorg' te verlenen loopt als een rode draad doorheen alle interviews. De professionaliteit komt vooral tot uiting in de wijze waarop

thuisverpleegkundigen met de verschillende situaties trachten om te gaan. Opvallend hierbij is de voortdurende wisselwerking tussen het empatische en doordacht handelen van de thuisverpleegkundigen, dit in samenwerking met het team. De rol van de huisarts is echter minder duidelijk. Tot slot heeft het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen een grote impact op de verpleegkundigen zelf en gaat het toepassen van deze maatregelen gepaard met heel wat belevingen bij de thuisverpleegkundigen, die al naargelang de situatie, positief of negatief gekleurd kunnen zijn.

### **Conclusie**

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is ook een problematiek van de thuiszorg. Naast het ontwikkelen van een duidelijk beleid en een richtlijn is verder onderzoek nodig naar de ervaringen van andere gezondheidswerkers en de familie en de patiënt.

## HOOFDSTUK 1 - PROBLEEMSTELLING

Binnen het gezondheidszorgbeleid is een verschuiving waar te nemen van geïnstitutionaliseerde zorg naar thuisgezondheidszorg (Chambers et al., 2001). Deze verschuiving wordt in de hand gewerkt door de demografische evolutie, door de stijging van de levensverwachting en door de financiële, economische crisis in de gezondheidszorg waardoor de vraag naar en het belang van thuiszorg toeneemt. Tegelijkertijd wordt de thuiszorg complexer omdat meer kwetsbare patiënten met een zwaardere pathologie, ondermeer door de kortere verblijfsduur in de ziekenhuizen, nu ook vlotter naar huis kunnen / moeten en omdat zij er ook langer kunnen en willen blijven (Moons et al., 2007). Patiënten bij wie, omwille van bijvoorbeeld cognitieve problemen of een verminderde mobiliteit en evenwicht, reeds in het ziekenhuis vrijheidsbeperkende maatregelen overwogen of toegepast werden, komen nu ook in de thuiszorg terecht. Op basis van deze evoluties kan verondersteld worden dat het probleem van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg groter zal worden. Hellwig (2000) verwacht dat wanneer meer ouderen en dementerende personen thuis verzorgd worden, de thuisverpleegkundigen ook in toenemende mate geconfronteerd zullen worden met de vraag naar of de noodzaak tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het feit dat thuisverpleegkundigen slechts kortstondige bezoeken afleggen en hierdoor niet kunnen instaan voor het continue toezicht maakt dat toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg nog moeilijker.

Literatuur omtrent de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de residentiële en de acute ziekenhuis sector leert ons dat het toepassen van deze maatregelen een niet evident en vaak controversieel onderwerp is en vaak gepaard gaat met ethische vragen (Gastmans & Milisen, 2006, Kirkevold et al., 2004, Karlsson et al., 2001, Hamers et al., 2004, Hamers & Huizing, 2005). Zo bestaan er volgens Gastmans en Vanlaere (2005) in de praktijk een aantal misvattingen omtrent het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. De verkeerde opvatting dat de vrijheid van ouderen moet beperkt worden omdat zij meer risico lopen om te vallen en om zich ernstig te verwonden is hiervan een voorbeeld. Wetenschappelijk onderzoek toont immers aan dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen de kans op vallen en verwonding niet automatisch doet dalen en vaak aanleiding geeft tot een verhoogd risico op verwikkelingen zoals decubitus, incontinentie, angst, depressie en sociale isolatie (Pellfolk et al., 2010, Hamers & Huizing, 2005, Evans et al., 2003). Ondanks het beleid en de regelgeving die het correct gebruik van fixatiemateriaal in de thuiszorg moet

garanderen, worden de vrijheidsbeperkende maatregelen in de praktijk niet altijd juist gebruikt (Hellwig, 2000). Misvattingen omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en het niet correct gebruik ervan maken dat de toepassing van deze maatregel gevaarlijk kan zijn voor de patiënt (Gastmans en Vanlaere, 2005). De grote diversiteit aan definities en omschrijvingen draagt bij aan de onduidelijkheid van het onderwerp. In de (inter)nationale literatuur wordt de hele problematiek vaak aangekaart onder de globale term 'fysieke fixatie' en wordt er zelden tot geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten van fixatie. Kirkevold et al. (2004) vormen één van de uitzonderingen en maken een onderscheid in 5 grote groepen van beperkingen, namelijk de mechanische beperkingen, de niet-mechanische beperkingen, elektronisch toezicht, dwang bij medisch(e) onderzoek of behandeling en dwang bij ADL. Daarnaast is er een grote diversiteit aan omschrijvingen van fysieke fixatie (Gastmans & Milisen, 2006, Milisen et al, 2006, Evans et al., 2002). Deze diversiteit uit zich voornamelijk in nuanceverschillen in de verschillende definities.

In het huidige onderzoek worden de vrijheidsbeperkende maatregelen in 4 groepen ingedeeld: de *fysieke fixatie*, als meest gehanteerde vorm van vrijheidsbeperking, de *chemische beperking*, de *omgevingsbeperking* en een categorie *andere*. Gemeenschappelijk bij deze vormen van vrijheidsbeperking is het 'opzettelijk' karakter van de vrijheidsbeperking. Fysieke fixatie wordt gedefinieerd als 'elke behandelingsmethode (menselijk of mechanisch toegepast), elke vorm van materiaal of elk soort uitrusting dat aan of in de buurt van het lichaam wordt gebruikt, met de opzettelijke bedoeling het verwijderen ervan door de oudere te verhinderen en de bewegingsvrijheid of de normale toegang tot zijn lichaam te beperken' (Evans en Strumpf, 1989, in Gastmans & Milisen, 2006). De chemische beperking wordt omschreven als het doelbewust en incidenteel gebruik van farmaceutische producten om het gedrag te controleren en/of de bewegingsvrijheid te beperken en welke niet vereist zijn om een medische geïdentificeerde aandoening te behandelen; deze medicatie wordt vaak opzettelijk door de zorgverleners naar eigen goeddunken toegediend om een patiënt te sederen (Mott et al., 2005, Hughes, 2008). Via de omgevingsbeperking wordt de mogelijkheid van vrij te bewegen beperkt door het gebruik van bijvoorbeeld een elektronische armband (electronic key pad) of het opsluiten van een patiënt in de kamer, of in het huis (Hughes, 2008) of het isoleren van iemand in een gesloten kamer of een gesloten afdeling (Moore & Haralambous, 2007). Omdat er geen volledig zicht is op de verschillende soorten vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg wordt de categorie 'andere' voorzien.

Ondanks het feit dat Hellwig (2000) spreekt over een beleid en regelgeving die het correcte gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen moet verzekeren bestaat er in België geen sluitend wettelijk kader voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Wel staat

vast dat elke verpleegkundige juridisch (strafrechtelijk en burgerrechtelijk) aansprakelijk blijft voor elke handeling die zij/hij stelt. In het KB van 18 juni 1990 wordt er onder de fysieke beveiliging verwezen naar maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels, namelijk fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging en toezicht. Deze handelingen behoren tot de B1 technische verpleegkundige verstrekkingen waarvoor de verpleegkundige geen voorschrift nodig heeft van de arts. Enkel een persoon die in het bezit is van een diploma dat toegang geeft tot het beroep van verpleegkundige mag deze technische verpleegkundige verstrekking uitvoeren (KB nr. 78, artikel 38ter, punt 1°). Daarnaast stelt de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 dat elke patiënt het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van een beroepsbeoefenaar. Artikel 422bis van het strafwetboek omtrent het schuldig verzuim straft diegene die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, hetzij hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, hetzij die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen (FOD, Technische Commissie voor Verpleegkunde, 2007). De vraag kan gesteld worden of deze wet van toepassing is op (thuis)verpleegkundigen wanneer zij door het toepassen van of het achterwege laten van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, een patiënt in groot gevaar brengen? Andere belangrijke wetten waarmee in het kader van vrijheidsbeperkende maatregelen moet worden rekening gehouden zijn het Europees Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens (art. 5), de Belgische Grondwet (art. 12) en de Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (FOD, Technische Commissie voor Verpleegkunde, 2007).

De ministeriële omzendbrief van 19 juli 2008 verplicht de zorgorganisaties en diensten om vanaf 1 september 2008 alle technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen die door verpleegkundigen verricht worden, te beschrijven door middel van standaardverpleegplannen of procedures. Zoals reeds aangehaald is de fysieke beveiliging een B1-handeling en moet hier, conform de ministeriële omzendbrief, een procedure voor worden uitgewerkt. De specificiteit van de thuissituatie maakt echter dat de thematiek van vrijheidsbeperkende maatregelen verschillend is van de residentiële sector en dat er om zo een procedure uit te werken, kennis nodig is over het onderwerp in de thuiszorg.

In Nederland kent men de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (bozp) die de juridische kaders regelt waarbinnen zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen mogen opleggen en die onlangs is uitgebreid naar de thuissituatie. Deze wet kent volgende vormen van beperking: fixatie, afzondering, gedwongen of gecamoufleerd toedienen van medicatie, gedwongen toedienen van voedsel en vocht, en separatie (de Veer et al., 2006).



Ongeacht de niet expliciete regelgeving, zijn er in België steeds meer acute en chronische residentiële zorgsettings actief bezig met de problematiek van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals de ontwikkeling van een (lokale) richtlijn. Een voorbeeld hiervan is de richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt in de UZ Leuven die bedoeld is om het beslissingsproces rond fixatie te ondersteunen en om deze beslissing bij voorkeur samen in team te nemen (Milisen et al., 2006).

Vrijheidsbeperkende maatregelen is een onderwerp waar er in de chronische en acute sector reeds veel onderzoek naar gedaan is. Er is echter weinig informatie beschikbaar over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. De laatste jaren is, vooral in Nederland, een inhaalbeweging van start gegaan en begint men dit onderwerp in de thuiszorg meer te onderzoeken.

Het onderzoek van de Veer et al. (2006; 2009) is één van de eerste onderzoeken over vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe vaak en welke vrijheidsbeperkende maatregelen verpleegkundigen en verzorgenden toepassen, wat de redenen zijn, hoe het wordt toegepast en of er gewerkt wordt volgens protocollen, richtlijnen of schriftelijke vastgelegde afspraken. In de beschrijving van de resultaten maakt men, door de afwezigheid van duidelijke verschillen in antwoorden, geen onderscheid tussen de verpleegkundigen en de verzorgenden (de Veer et al., 2006).

Het onderzoek toont aan dat vier op vijf zorgverleners (79 %) wel eens een vrijheidsbeperking toepassen. Hiervan zijn de bedsponden (71,8 %) de meest gebruikelijke in de thuiszorg, gevolgd door het afsluiten van de (voor)deur (37,7 %) en het voorkomen dat patiënten opstaan uit hun zetel door het gebruik van een diepe of geriatrische zetel al dan niet met voorzettafel (18 %). Wanneer er gevraagd wordt naar de frequentie waarmee zorgverleners de vier meest voorkomende vrijheidsbeperkingen toepassen zien we dat vooral de bedsponden (35,3 %) en het afsluiten van de kamer of de woning (18,8 %) minimaal 1 keer per week door de zorgverleners wordt toegepast. De meest genoemde reden om te fixeren is de veiligheid van de patiënt (83 % bij het gebruik van bedsponden; 85,7 % bij het gebruik van de geriatrische stoel of een voorzettafel en 61 % bij het afsluiten van de kamer of de woning) en omwille van de vraag van de patiënt zelf (respectievelijk 55,4 %, 42,9 % en 59,3 %) of zijn familie (respectievelijk 40,2 %, 42,9 % en 61 %). Uit de studie blijkt dat de meningen van de hulpverleners omtrent het vrijheidsbeperkend karakter van interventies uiteenlopen. Het afsluiten van de deur van de kamer van de cliënt of van het huis (65 %) wordt het vaakst als vrijheidsbeperkend beschouwd. Slechts 40 % procent vindt het beperken van de bewegingsvrijheid door het plaatsen van een patiënt in een diepe of geriatrische zetel al dan niet met voorzettafel, vrijheidsbeperkend. De beslissing om

vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen wordt het meest genomen door de familie of door de hulpverleners. De huisarts wordt minder betrokken bij deze beslissing, behalve bij het gecamoufleerd toedienen van medicatie (de Veer et al., 2006). Tot slot geven verschillende verpleegkundigen aan dat er geen monitoring is gedurende het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. De helft van de verpleegkundigen (52,5 %) geeft aan dat niemand is opgedragen om toezicht te houden op een patiënt wanneer ter preventie van wegglopedrag de voordeur wordt gesloten. Tot slot geven bijna alle hulpverleners aan dat er geen richtlijnen rond het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen beschikbaar zijn binnen de organisatie. De bestaande richtlijnen gaan meestal over gordels en slechts 12,1 % van de hulpverleners geeft aan om over deze richtlijn te beschikken. De meerderheid (65,4 %) is zich echter niet bewust over het bestaan van dergelijke maatregelen (de Veer et al., 2009).

Een tweede te vermelden studie is de Nederlandse Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen waar in het kader van de valproblematiek, vrijheidsbeperkende maatregelen worden gemeten in drie zorgsettings, namelijk het acute ziekenhuis, de chronische residentiële zorg en de thuiszorg (Halfens et al., 2009). De incidentie van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg bedraagt 1,9 %. Dit percentage geeft het aantal cliënten weer bij wie gedurende een bepaalde periode vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van valproblematiek is toegepast. De incidentiemeting betreft de periode van 7 dagen voorafgaand aan de meetdag. De initiatiefnemer om vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg toe te passen is vooral de zorgverlener (64,7 %) (vergeleken met 35 % mantelzorger). In de acute (94,7 %) en de chronische residentiële zorgsector (89,4 %) liggen deze percentages hoger. De rol van de mantelzorger als initiatiefnemer in de residentiële zorgsector is hier veel kleiner, respectievelijk 5,3 % en 10,6 % (Halfens et al., 2009).

In het onderzoek van Karlsson et al. (2001) wordt vermeld dat de prevalentie van vrijheidsbeperkende maatregelen in de Zweedse thuiszorg ongeveer 2 % zou bedragen. Hamers & Huizing (2005) geven aan dat zij geen weet hebben van enig prevalentiecijfer in de thuiszorg. Wel verwijzen zij in hun artikel naar een studie van Bakker et al. (2002) die stellen dat in Nederland het gebruik van bedsponden en gordels in de thuiszorg vaak gebruikt wordt.

Voor België is de informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg schaars en enkel afkomstig van het Wit-Gele Kruis van Limburg. In het kader van een kleinere studie werd een korte bevraging gedaan bij 32 thuisverpleegkundigen van twee afdelingen over fixatie in de thuisverpleging. De doelstelling van de studie was om zicht te krijgen op fixatie, de aanvaardbaarheid, de redenen tot fixeren en de beschikbare kennis en bijscholing terzake. Aanvaardbare redenen tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn het voorkomen van ongevallen en gevaar voor de patiënt (100 %) en zwerfgedrag (53 %). De meerderheid van de verpleegkundigen vindt het onaanvaardbaar om patiënten te fixeren

omwille van storend gedrag (69 %) of wanneer de familie dit vraagt (87 %). Verpleegkundigen vinden het belangrijk dat de patiënt (93,8 %), de familie (100 %), de huisarts (100 %) en zichzelf (87,5 %) worden betrokken in het beslissingsproces om al dan niet over te gaan tot fixeren. Alle verpleegkundigen vinden het systematisch herevalueren van de maatregelen belangrijk (Claessens & Vandebeek, 2008).

Zowel in het onderzoek van de Veer et al. (2009) als in de Nederlandse Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (Halfens et al, 2009) als in de studie van het Wit-Gele Kruis Limburg (Claessens & Vandebeek, 2008) komt naar voren dat de familie een belangrijke rol heeft bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit wordt bevestigd in het onderzoek van Haut et al. (2010) waar de houding van de familie van rusthuisbewoners t.a.v. fysieke fixatie eerder positief wordt geëvalueerd en vergelijkbaar is met de attitude van het verpleegkundig personeel. Het aandringen van de familie om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, gebeurt omwille van een bezorgdheid om de veiligheid van de patiënt (Saarnio & Isola, 2010). De mogelijke schade die de patiënt, door het niet gebruiken van vrijheidsbeperkende maatregelen zou kunnen oplopen houdt de familie en het verpleegkundig personeel tegen om deze maatregelen achterwege te laten. Enkel maatregelen die worden toegepast voor het gemak van het verpleegkundig personeel en niet omwille van de veiligheid van de bewoner worden door de familie als vrijheidsbeperkend beschouwd. Familie en bewoners geven aan dat zijzelf te weinig kennis hebben over alternatieven en vertrouwen op de informatie afkomstig van de verpleegkundigen (Moore & Haralambous, 2007). Het onderzoek van Huizing et al. (2007) geeft aan dat de eigenschappen en het profiel van de oudere persoon, en vooral stoornissen in mobiliteit een belangrijke factor is in relatie tot het gebruik van fysieke fixatie bij psychogeriatrische bewoners, en niet zo zeer de organisatorische eigenschappen eigen aan de job en afdeling (zoals een hoge werkbelasting en lage bestaffing).

Ondanks het feit dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen vaak wordt gedaan uit veiligheidsoverwegingen voor de patiënt, gaat het bij de verpleegkundigen vaak gepaard met veel emoties zoals gevoelens van schuld en medelijden. Sommige verpleegkundigen vinden het gebruik van deze maatregelen wreed en slecht (Saarnio & Isola, 2010). Ook Chuang & Huang (2007) stellen een grote variëteit aan emotionele reacties vast bij verpleegkundigen met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Door te rationaliseren, het delen met collega's of door het stellen van compenserend gedrag zoals zo veel mogelijk te gaan controleren of aangepaste materialen te gebruiken of de maatregelen te verwijderen wanneer de familie aanwezig is, trachten zij met deze gevoelens om te gaan.

Om te kunnen anticiperen op de te verwachten evoluties binnen de thuiszorg en om beter te kunnen inspelen op de huidige situatie, is het nodig om deze complexe en ethisch geladen problematiek in de thuiszorg nader te onderzoeken. Een manier om hierin meer inzicht te krijgen, is te luisteren naar de ervaringen van de thuisverpleegkundigen om vanuit hun perspectief te begrijpen hoe met de problematiek van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg wordt omgegaan en hoe dit door de verpleegkundigen wordt beleefd.

De onderzoeksvraag luidt als volgt: Wat zijn de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen?

## HOOFDSTUK 2 - METHODOLOGIE

### 2.1 Design

Voor het onderzoeken van de ervaring van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt een kwalitatieve methodologie gebruikt. Deze methodologie laat toe om zich als onderzoeker te verplaatsen in het perspectief van de thuisverpleegkundige en om te exploreren in een nog grotendeels onbekend domein.

Binnen deze werkwijze wordt er vooral inductief gewerkt en worden er concepten gegenereerd, steeds vertrekkende van de gegevens afkomstig van de thuisverpleegkundigen. Deze methode is geïnspireerd door de Grounded-Theory benadering. De concepten en de onderlinge relaties die door deze methode ontdekt worden, laten ons toe om de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen te beschrijven en te begrijpen (Hooloway & Wheeler, 1990; Strauss & Corbin, 1996). Om de ervaringen van de thuisverpleegkundigen te onderzoeken, worden er diepte-interviews uitgevoerd.

### 2.2 Setting

Het onderzoek wordt uitgevoerd bij thuisverpleegkundigen van de vijf Vlaamse provinciale Wit-Gele Kruisverenigingen. De gezamenlijke missie van de Wit-Gele Kruisverenigingen bestaat in het realiseren van toegankelijk, kwaliteitsvolle en menswaardige thuisverpleging met aanvullende en ondersteunende diensten. De thuisverpleegkundigen van de Wit-Gele Kruisverenigingen werken allen in dienstverband. De provinciale verenigingen zijn opdrachtgevers voor het onderzoek en verlenen hun medewerking. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een medewerker van de Federatie, onder supervisie van de verpleegkundig coördinator van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en twee hoogleraren van de K.U.Leuven, vanaf hier het onderzoeksteam genoemd.

### 2.3 Steekproef

Vooreerst vindt een eenmalig interview met sleutelfiguren plaats, vervolgens de diepte-interviews met verschillende thuisverpleegkundigen.

### 2.3.1 Interview met sleutelfiguren

Sleutelfiguren zijn personen waarvan verondersteld wordt dat zij zich in een positie bevinden waardoor zij beschikken over specifieke kennis van het onderzoek en die tevens bereid zijn om deze informatie te delen met de onderzoeker. Deze personen kunnen zorgverleners uit de praktijk of directeuren zijn. Het doel van het sleutelinterview is achtergrond en context-informatie te verzamelen aangezien er tot nog toe weinig bekend is over de ervaringen van verpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. Deze informatie moet de onderzoeker niet alleen voeling geven met het fenomeen vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg, maar moet ook toelaten om de diepte-interviews beter voor te bereiden en te begrijpen.

Om de respondenten te selecteren wordt aan het middenkader gevraagd of er binnen de organisatie sleutelfiguren beschikbaar zijn met kennis en ervaring over het onderwerp. De namen van drie sleutelfiguren afkomstig uit de provincies Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant, worden doorgegeven aan de onderzoeker. Aan hen wordt het doel van het onderzoek alsook het opzet van het gezamenlijk interview telefonisch uitgelegd en wordt gevraagd of zij bereid zijn om hieraan deel te nemen. De experts geven tijdens dit telefonisch gesprek een mondeling informed consent. Als afsluiting wordt afgesproken dat de datum, het tijdstip en de vier vragen ter voorbereiding van het gezamenlijk interview, aan hen via e-mail wordt bezorgd. Deze vier vragen zijn de volgende:

- Wat verstaat u onder vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg?
- Hoe worden vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg toegepast?
- Wat is de rol van de thuisverpleegkundige hierbij?
- Hoe beleven thuisverpleegkundigen het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen?

### 2.3.2. Diepte-interviews met thuisverpleegkundigen

De doelgerichte steekproef bestaat uit verpleegkundigen van de Vlaamse Wit-Gele Kruisverenigingen die ervaring hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg én die bereid zijn om hierover te vertellen. Omwille van praktische en organisatorische redenen is op voorhand beslist om enkel thuisverpleegkundigen te selecteren afkomstig uit de provincies Antwerpen, Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Om hen te selecteren worden er per provincie eerst drie afdelingen at random getrokken. De namen van de weerhouden afdelingen worden meegedeeld aan het middenkader van de desbetreffende provincies. Het middenkader stelt vervolgens de verantwoordelijken van deze afdelingen op de hoogte van het onderzoek. Nadien contacteert de onderzoeker zelf deze verantwoordelijken en licht het

onderzoek toe. De informatiebrief, het toestemmingsformulier en de voorbereidende vragen worden via mail naar hen doorgestuurd. Aan de verantwoordelijken wordt gevraagd om na te gaan of er in de afdeling thuisverpleegkundigen zijn die in aanmerking komen voor de studie en om na te vragen of zij bereid zijn om deel te nemen aan een interview. Deze potentiële kandidaten worden door hen zowel mondeling als schriftelijk (via de informatiebrief) ingelicht (zie bijlage 1). Thuisverpleegkundigen die voldoen aan de inclusiecriteria en die wensen deel te nemen, vullen een informed consent in (zie bijlage 2). Dit document, wordt door de verantwoordelijke naar de onderzoeker doorgefaxt waarna zij contact opneemt met de respondenten. Tijdens dit telefonisch gesprek licht de onderzoeker het opzet van het onderzoek nog eens toe en wordt aan de respondenten verduidelijkt waarom het gesprek zal worden opgenomen. Er wordt eveneens nagegaan of de respondenten de voorbereidende vragen van hun verantwoordelijke reeds hebben ontvangen en er wordt een datum en een tijdstip voor de afname van het interview afgesproken.

Voor de provincie Antwerpen zijn de at random getrokken afdelingen niet weerhouden omwille van structurele veranderingen binnen deze afdelingen. Na overleg met het betreffende middenkader, worden er drie andere afdelingen aangeduid.

## **2.4 Gegevensverzameling**

Om de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen te onderzoeken is in de eerste plaats een sleutelinterview afgenomen. Aan dit gezamenlijk interview hebben drie personen, die allen beschikken over kennis en ervaring in verband met vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg, deelgenomen.

Het sleutelinterview heeft plaats gevonden in een lokaal van het gebouw van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, heeft ongeveer 2 uur geduurd en is opgenomen op geluidsband. Bij aanvang van het sleutelinterview is opnieuw het doel van het onderzoek en het interview aan de respondenten uitgelegd. Er is aan hen ook nog schriftelijke toestemming gevraagd. Als inleiding is aan de respondenten een omschrijving gegeven van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen afkomstig van de onderzoeksliteratuur uit de intramurale zorg. Het gemeenschappelijke bij de beschrijving van de drie opgesomde soorten vrijheidsbeperkende maatregelen, namelijk de fysieke fixatie, de chemische beperking en de omgevingsbeperking is het doelbewuste en het opzettelijke aspect van vrijheidsbeperking (bijlage 3). Dit is gedaan om de focus van het onderzoek duidelijk te stellen. Het gesprek zelf is ingeleid met de vraag om zichzelf aan elkaar voor te stellen. Tijdens het interview heeft de onderzoeker de vragen (die de respondenten als voorbereiding hebben ontvangen) systematisch overlopen. Mede door de interactie met de andere respondenten heeft het sleutelinterview,

rijke informatie opgeleverd. Tegelijkertijd is door dit sleutelinterview duidelijk geworden dat het afnemen van diepte-interviews, omwille van het ethisch geladen onderwerp, de meest geschikte onderzoekstechniek is om de ervaringen van thuisverpleegkundigen te bevragen. Het sleutelinterview is anoniem uitgetypt en geanalyseerd alvorens van start te gaan met de diepte-interviews. Op basis van deze analyse is beslist om geen voorafgaande selectie te doen naar ziektebeelden van patiënten en om te streven naar een zo heterogeen mogelijke steekproef van thuisverpleegkundigen. Dit heeft toegelaten om de variatie in de ervaringen van thuisverpleegkundigen zo goed mogelijk in kaart te brengen. Uit het sleutelinterview zijn een aantal items naar voren gekomen die verdere aandacht verdienen tijdens de diepte-interviews: het routinegedrag van de verpleegkundigen, de rol van zowel de familie als de verpleegkundige, de schrijnende situaties en de mate waarin deze voor de verpleegkundigen als (on)menselijk wordt ervaren.

Na de afname en analyse van het sleutelinterview is gestart met de diepte-interviews bij thuisverpleegkundigen. In het totaal zijn 15 diepte-interviews afgenomen, waarvan 14 weerhouden voor analyse, met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 4) tijdens de periode april 2009 tot en met juni 2009. Deze vragenlijst is tot stand gekomen na overleg met het onderzoeksteam. Per onderdeel bevat de vragenlijst bijkomende vragen. Deze vragenlijst dient als instrument voor de onderzoeker om het gesprek op gang te brengen en kan aangepast worden in functie van de informatie die uit de interviews naar voren komt. Na de analyse van het eerste diepte-interview is bijvoorbeeld beslist om de vragenlijst uit te breiden en om in de volgende interviews ook te polsen of vrijheidsbeperkende maatregelen eerder in een acuut of chronisch perspectief worden gebruikt, naar de rol van de huisarts, of woningaanpassing ervaren wordt als een vrijheidsbeperkende maatregel, of verpleegkundigen zicht hebben op alternatieven en hoe het teamoverleg verloopt in geval van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Er wordt geopteerd voor open interviews met als centrale openingsvraag 'Kan u mij vertellen wat u verstaat onder vrijheidsbeperkende maatregelen'. Alle interviews worden opgenomen op geluidsband. De interviews worden afgenomen in de afdeling van de respondenten. Het verloop van het gesprek is vergelijkbaar met het sleutelinterview. Bij aanvang van het gesprek stelt de onderzoeker zichzelf voor en wordt het doel en het opzet van de studie toegelicht. Er wordt duidelijk uitgelegd waarom het interview op band opgenomen wordt en hoe anonimiteit en confidentialiteit gewaarborgd wordt. Tevens wordt nogmaals een omschrijving gegeven van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen, zodat van bij het begin van het interview gefocust kan worden op de onderzoeksthematiek.



## 2.5 Gegevensverwerking

Dataverzameling en –analyse verlopen simultaan en in continue interactie met elkaar. De centrale onderzoeksvraag, namelijk ‘wat zijn de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen?’ vormt het uitgangspunt van het analyseproces.

Het eigenlijke analyseproces bestaat uit twee grote delen, namelijk de voorbereiding van het coderingsproces en het eigenlijke coderingsproces (zie schema gegevensverwerking).

De wijze waarop de methodologie van de gegevensverwerking is gerapporteerd, is gebaseerd op de methode Quagol, uitgewerkt door Dierckx de Casterlé et al., waarvan een publicatie is ingediend.

### 2.5.1. Voorbereiding van het coderingsproces

Tijdens het eerste deel, de voorbereiding, komt men aan de hand van verschillende tussentijdse fases per interview tot de eerste concepten. Het ontwikkelen van deze concepten is een voortdurend proces. Per interview worden drie verschillende verslagen opgemaakt: het contextverslag, het narratief verslag en de schematische inhoudelijke reflectie. Het maken van deze verslagen stimuleert de onderzoeker in het abstract denken en de vorming van de concepten.

De eerste fase start bij de afname van het interview. Na het interview wordt het eerste verslag, het contextverslag, opgemaakt. In dit verslag worden de persoonlijke karakteristieken van de geïnterviewde evenals de concrete omstandigheden waarin het interview afgenomen is, gerapporteerd. Deze informatie draagt bij tot een betere interpretatie van de interviewdata. Daarnaast omvat het verslag ook een kritische reflectie van de methodologische (interviewtechnische) aspecten van het afgenomen interview, hetgeen de onderzoeker toelaat de vragenlijst en/of interviewtechniek voor de komende interviews te optimaliseren. Het contextverslag biedt op deze manier een hulpmiddel voor het onderzoeksteam om het interview vanuit de juiste bril en met de juiste achtergrondinformatie te lezen. Na het opmaken van het contextverslag wordt elk interview letterlijk uitgetypt. Daarna wordt het interview (meermaals) aandachtig gelezen en worden relevante passages aangeduid en in de kantlijn benoemd (open coderen). Deze betekenisvolle fragmenten vormen een eerste stap in het identificeren van de belangrijke boodschappen van de geïnterviewde in antwoord op de onderzoeksvraag.

In de tweede fase van de voorbereiding wordt het tweede verslag, een narratief verslag van het interview opgesteld. In dit verslag worden de grote lijnen van het interview op verhalende

wijze weergegeven. De bedoeling hiervan is om de essentiële aspecten die eigen zijn aan het 'individuele' interview te verwoorden. Enkel de aspecten die mogelijk een antwoord bieden op de onderzoeksvraag worden hierin weergegeven. Het narratief verslag helpt om de overgang te maken naar de schematisch inhoudelijke reflectie en om de informatie afkomstig van het interview naar een hoger abstractieniveau te brengen. Dit is nodig om, in een latere fase en over de interviews heen, te kunnen vertellen wat de ervaringen zijn van de thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Tijdens de derde fase komt men op basis van het narratief verslag tot een schematisch inhoudelijke reflectie. Concreet wil dit zeggen dat er gezocht wordt naar concepten die de essentie van het interview weergeven. Hier is het de bedoeling om het interview en de letterlijke woorden van de respondent los te laten en te komen tot concepten.

In een volgende fase wordt vervolgens teruggegaan naar het uitgeschreven interview en wordt er nagegaan of de gevormde concepten, die na de inhoudelijke reflectie zijn ontwikkeld, de essentie weergeven van wat de thuisverpleegkundige tijdens het gesprek vertelde. Ook wordt tijdens deze fase nagegaan of de gevormde concepten terug in het interview kunnen geplaatst worden en of de gemarkeerde fragmenten thuishoren bij één van de concepten. Indien dit niet het geval is, wordt er na gegaan of het fragment effectief bijdraagt tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Indien dit het geval is, wordt er een nieuw concept ontwikkeld. Dit proces wordt voor alle 14 interviews doorlopen. Naarmate de interviews en de analyses vorderen, gebeurt dit telkens met meer verworven 'kennis en inzichten'. Het is belangrijk om nieuwe elementen, die aanleiding geven tot het creëren van nieuwe concepten steeds te 'controleren' in de reeds geanalyseerde interviews.

Wanneer meerdere interviews zijn geanalyseerd, wordt op basis van de schematische inhoudelijke reflecties een overkoepelend globaal schema opgesteld. Dit wordt, net zoals de schematische inhoudelijke reflecties, getoetst voor elk uitgeschreven interview en bij de verschillende leden van het onderzoeksteam, om het vervolgens opnieuw aan te passen indien nodig.

### 2.5.2 Het eigenlijke coderingsproces

Het tweede gedeelte is het eigenlijke coderingsproces. Op basis van de concepten, ontwikkeld tijdens de voorbereidingsfase, wordt een codenlijst opgesteld. De concepten worden in het software programma Nvivo, versie 7, ingevoerd als 'tree-nodes'. Vervolgens worden alle interviews gecodeerd aan de hand van deze 'tree-nodes'. Wanneer bepaalde tekstfragmenten niet kunnen worden weggeschreven onder de reeds gecreëerde 'tree-node',

worden zij ondergebracht in een 'free-node'. Vervolgens worden alle 'tree-' en 'free-nodes' met hun respectievelijke tekstfragmenten bestudeerd en besproken binnen het onderzoeksteam. Op die manier krijgen de categorieën en subcategorieën vorm en wordt de codelijst aangepast. Zo worden bijvoorbeeld de codes 'beschermen' en 'veiligheid en gevaar' samengevoegd onder een nieuwe code 'veiligheid' waaraan de subcategorieën 'patiënt' en 'mantelzorger-familie-omgeving' worden toegevoegd. Ook de codes 'emotionele gevoelens' en de 'beleving' worden samengebracht onder een algemene code 'beleving', die ook weer wordt onderverdeeld in een aantal subcategorieën. Op basis van deze nieuwe codes en van de vaststelling tijdens de bespreking met het onderzoeksteam dat bepaalde fragmenten bij meerdere codes tegelijkertijd thuishoren, werden de initieel toegevoegde tekstfragmenten herbekeken. Na deze aanpassing worden de concepten op zich en de bijhorende citaten opnieuw bestudeerd om van de afzonderlijke delen een geheel te kunnen maken. De concepten worden dan ook verder gegroepeerd en aan elkaar gerelateerd om tot een finale hiërarchie te komen. Van hieruit wordt het antwoord op de onderzoeksvraag neergeschreven.

## **2.6 Methodologische kwaliteit van het onderzoek**

Om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken wordt een aantal kwaliteitsgaranties ingebouwd.

Het feit dat de respondenten op vrijwillige basis deelnemen aan het onderzoek komt ten goede aan de kwaliteit van het onderzoek. De interviews worden op band opgenomen en letterlijk uitgetypt opdat de onderzoeker tijdens de afname van het interview goed gefocust kan blijven en er geen informatie verloren gaat. Tijdens de interviews worden er veldnota's genomen die mee in rekening worden gebracht bij de analyse. Ook houdt de onderzoeker een audit trail bij, dit is een systematische boekhouding van alle documenten, briefwisseling, besluitvorming en de uitgeschreven geluidsbandjes om de navolgbaarheid van het onderzoek te waarborgen. Voor de analyse van het materiaal wordt gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie. Dit wil zeggen dat verschillende deskundigen de gegevens mee bestuderen en apart analyseren. Deze deskundigen van het onderzoeksteam zijn een supervisor met kennis van kwalitatief onderzoek, een supervisor met klinische en onderzoekskennis omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen, een deskundige met onderzoekservaring in de thuiszorg en de onderzoeker zelf. In de loop van het onderzoek is het onderzoeksteam op zeer regelmatige basis samengekomen om de analyse van de interviews en de verdere gegevensverwerking te bespreken (overzicht bijlage 5).

De peer-debriefing is een andere belangrijke maatregel om de kwaliteit van de bevindingen te optimaliseren. De voorlopige resultaten zijn voorgesteld aan een groep experts (afkomstig uit de 5 provincies) die vertrouwd zijn met de onderzoeksthematiek. Als voorbereiding op de peer-debriefing heeft elk expert twee van de 14 uitgetypte diepte-interviews gekregen. Aan de experts is gevraagd om de toegewezen interviews grondig te lezen. Tijdens de peer-debriefing wordt door de onderzoeker een presentatie gegeven van de eerste voorlopige resultaten. De experts krijgen de opdracht om op basis van de gelezen interviews en hun ervaring hun bemerkingen te geven naar duidelijkheid, juistheid en volledigheid.

Het doel van deze peer-debriefing is immers om verschillen en overeenkomsten in de bevindingen van de experts met elkaar te confronteren en te bespreken. Naast de bevestiging van de grote lijnen in de onderzoeksbevindingen, heeft deze peer-debriefing ook interessante denksporen opgeleverd voor de verdere analyse en de discussie van de bevindingen. De voorgestelde resultaten, zo is gebleken uit deze peer-debriefing, zijn een goede afspiegeling van wat de thuisverpleegkundigen in de interviews vertellen en wat de experts ook ervaren in de praktijk. De bemerkingen van de experts hebben toegelaten om het overzichtschema nog te verfijnen en de resultaten nog wat verder te nuanceren. Er is de bemerking gekomen dat thuisverpleegkundigen ook in situaties terecht komen waar vrijheidsbeperkende maatregelen reeds aanwezig zijn en waar zij niet altijd met een vraag geconfronteerd worden. De beleving moet ook iets duidelijker in kaart gebracht worden. Alvorens deze wijzigingen door te voeren, grijpt de onderzoeker terug naar het materiaal om deze interpretaties opnieuw te toetsen.

## Schema gegevensverwerking

Vorbereiding coderingsproces

Het eigenlijke coderingsproces

### Onderzoeksvraag - WAT ZIJN DE ERVARINGEN VAN THUISVERPLEEGKUNDIGEN BIJ HET TOEPASSEN VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN?

#### STAP 1

- Afname interview
- Context-verslag
  - o Wat: kritische reflectie van methodologische en inhoudelijke aspecten; bevat persoonlijke karakteristieken en de context van het interview
  - o Doel: achtergrond informatie geven; nakijken of vragen volstaan
- Letterlijk en anoniem uittypen interview
- Grondig lezen van interview, betekenisvolle fragmenten aanduiden en benoemen (eerste codes)

#### STAP 2 - Opstellen narratief verslag (tussenstap)

- Wat: grote lijnen van het interview op verhalende wijze weergeven
- Doel: essentiële aspecten van het interview verwoorden

#### STAP 3 - Schematische inhoudelijke reflectie

- Er wordt gezocht naar concepten die de essentie van het interview weergeven.

#### STAP 4 - Confrontatie inhoudelijke reflectie met data (uitgeschreven interview)

- Bevat de inhoudelijke reflectie alle concepten?
- Kunnen de concepten terug in het interview geplaatst worden?
- Indien niet: inhoudelijke reflectie verfijnen en optimaliseren

#### STAP 5 - Constante vergelijking

- Per interview wordt dit proces (stap 1-5) overlopen, telkens met de extra kennis van de reeds gedane analyses
- Interviews lezen, analyseren, nieuwe interviews afnemen, analyse toetsten, nieuwe verbanden ontdekken, terugkijken of deze in de vorige interviews niet voorkwamen.

#### STAP 6 - Opstellen van codelijst

- Alle concepten van de inhoudelijke reflecties komen terecht in deze conceptenlijst
- De codelijst kan opgemaakt worden in NVIVO of op papier

#### STAP 7 - Codelijst toetsen met het gegevensmateriaal

- Kunnen de betekenisvolle fragmenten onder een van de codes geplaatst worden?
- Zo niet: nieuwe code zoeken en deze code verifiëren met andere interviews

#### STAP 8 - Concepten verifiëren

= verder ontwikkelen, uitwerken en groeperen van concepten.

- Per concept worden citaten bekeken.
- Er wordt nagegaan of dit correct is, of er een verdere opsplitsing nodig is. Kunnen de betekenisvolle fragmenten onder een van de codes geplaatst worden?
- Zo niet: nieuwe code zoeken en deze code verifiëren met andere interviews

#### STAP 9 - Overkoepelende inhoudelijke reflectie

- Concepten worden verder gegroepeerd en aan elkaar gerelateerd
- Men komt tot een hiërarchie en ontwikkelt de kerncategorie
- De kerncategorie staat centraal in het verhaal van de verpleegkundigen

## 2.7 Ethische aandachtspunten

De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is een moeilijk en emotioneel geladen onderwerp. Om de ethiek zo goed mogelijk te bewaken zijn een aantal maatregelen genomen. Vooreerst is het onderzoeksprotocol goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U. Leuven. Ten tweede is aan alle respondenten een informed consent gevraagd. Het principe hiervan is dat elke deelnemer op een vrije, onafhankelijke en geïnformeerde basis zonder dwang de keuze kan maken om al of niet deel te nemen aan het onderzoek. In dit onderzoek wordt de informed consent beschouwd als een proces en is er zorgvuldig te werk gegaan.

De middenkaders gaan na of er binnen de organisatie sleutelfiguren beschikbaar zijn, informeren deze personen en vragen of zij bereid zijn om mee te werken aan het onderzoek. De onderzoeker krijgt de namen pas wanneer deze personen hun toestemming hebben gegeven aan de middenkaders. Bij alle verdere contacten en alvorens het interview af te nemen, wordt het doel en het opzet van het onderzoek steeds uitgelegd, worden de rechten van de deelnemer terug overlopen en wordt telkens nog eens mondelinge toestemming gevraagd. De informed consent bij de thuisverpleegkundigen verloopt gelijkaardig. Verschillend is dat de afdelingen at random worden getrokken en dat dan pas de procedure begint te lopen. Aan alle respondenten is uitgelegd dat het gesprek wordt opgenomen en dat de opname op elk tijdstip op hun aanvraag kan worden stopgezet. De participant kan ook op elk moment van het onderzoek zonder enige verklaring te moeten geven uit het onderzoek stappen.

Ten derde wordt tijdens het onderzoek de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de gegevens gegarandeerd. De interviews worden afgenomen door de onderzoeker zelf. De opnames worden enkel door de onderzoeker en/of 1 vaste medewerker beluisterd en uitgetypt. Hierbij worden alle namen en plaatsverwijzingen weggelaten om zo de identiteit van de participanten te beschermen. De directie van de verschillende provincies heeft geen kennis van wat er tijdens de interviews gezegd wordt. De uitgeschreven interviews worden door het onderzoeksteam en de experts gelezen en geanalyseerd en worden ook gebruikt bij de bespreking van de resultaten. Citaten die in het onderzoeksrapport aangehaald worden, dienen als een verduidelijking van de resultaten en zijn volledig anoniem. Er wordt over gewaakt dat de identiteit van de respondent niet uit het citaat kan worden afgeleid. De geluidopnames worden na het uittypen van elk interview vernietigd. De respondenten weten alvorens zij hun informed consent geven, dat anonieme citaten uit het interview kunnen gebruikt worden in publicaties.

Tot slot is de onderzoeker zich ervan bewust dat de afname van een interview een moeilijke opgave betekent voor de thuisverpleegkundigen doordat zij de onderzoeker mee laten deel uitmaken van hun ervaringen, die gezien het onderwerp, niet altijd even positief zijn. Zowel voor, tijdens als na het interview wordt hieraan voldoende aandacht geschonken.

## HOOFDSTUK 3 - RESULTATEN

Onderstaand hoofdstuk geeft de beschrijving van de resultaten van het onderzoek naar de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Het hoofdstuk bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt de steekproef beschreven. Het tweede deel van het hoofdstuk omvat de beschrijving van de resultaten en start met de weergave van de bevindingen van het eenmalige sleutelinterview. Dit interview had als doel om het onderzoeksteam in de eerste plaats te introduceren in de problematiek van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. De resultaten van de diepte-interviews met de thuisverpleegkundigen worden vervolgens in het volgende onderdeel beschreven. Hierbij worden eerst de grote lijnen van de ervaringen weergegeven in het kernverhaal. Aansluitend op dit kernverhaal worden de resultaten verder diepgaand beschreven in het laatste deel van dit onderzoek.

### 3.1. Beschrijving van de steekproef

De eerste steekproef is samengesteld uit sleutelfiguren. Dit zijn personen waarvan verondersteld wordt dat zij beschikken over specifieke kennis gerelateerd aan de onderzoeksthematiek, m.n. de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. De specifieke kennis die aanwezig is bij de sleutelfiguren heeft betrekking op dementie, psychiatrie en juridische aspecten verbonden met het verpleegkundig handelen. Deze onderwerpen/kennisdomeinen zijn nauw verbonden met het onderzoeksonderwerp. De respondenten zijn respectievelijk 11 jaar, 9 maanden en 25 jaar werkzaam binnen het Wit-Gele Kruis. De respondenten beschikken over een expertise ontwikkeld uit vroegere en huidige werkervaringen. Zo heeft één respondent 32 jaar ervaring vanuit de psychiatrie. Twee van de drie sleutelfiguren zijn vrouwen.

De tweede steekproef bestaat uit thuisverpleegkundigen bij wie diepte-interviews zijn afgenomen tijdens de periode april 2009 en juni 2009. In het totaal werden 15 diepte-interviews afgenomen, waarvan 14 interviews werden weerhouden voor analyse. Eén interview is niet geïnccludeerd bij het analyseproces omdat de inhoud ervan niets had te maken met de focus van het onderzoek. De doelgerichte steekproef bestaat uit 13 vrouwelijke respondenten. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde thuisverpleegkundigen bedraagt 39 jaar (range 23 jaar - 57 jaar). Zij hebben een gemiddelde werkervaring in de thuiszorg van 11,4 jaar (range 11 maanden - 24 jaar). Acht respondenten werken voltijds, de anderen werken deeltijds met



een range van 20 u tot 36 u/week. De bevroegde thuisverpleegkundigen hebben ofwel een vaste ronde (n = 7) ofwel een vervangronde (n = 6) ofwel een combinatie van beide (n = 1). Sommige thuisverpleegkundigen hebben daarnaast ook nog een bijkomende functie zoals referentieverpleegkundige. In de steekproef zijn er 7 referentieverpleegkundigen (Gordon-begeleidster, palliatieve zorg (n = 2), verpleegdiagnostiek, tiltechnieken, wondzorg) één hoofdverpleegkundige en één diabeteseducator.

## **3.2. Beschrijving van de resultaten**

### 3.2.1. Visie van de verantwoordelijke sleutelfiguren

Het gebrek aan onderzoek over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de Vlaamse thuiszorg heeft de onderzoekers aangezet om de studie te starten met een sleutel-interview. Met dit interview wordt beoogd om de onderzoekers te introduceren in het onderwerp en om, op basis van datgene wat verteld wordt, de individuele diepte-interviews beter voor te bereiden en de interviewdata beter te begrijpen en te interpreteren. Uiteraard komen de inzichten die door middel van dit interview vergaard worden ook van pas bij de analyse van de diepte-interviews.

De deelnemers hebben op voorhand vier voorbereidende vragen ontvangen (Wat verstaat u onder vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg? Hoe worden vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg toegepast? Wat is de rol van de thuisverpleegkundige hierbij? Hoe beleven thuisverpleegkundigen het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen?). De informatie, die zij tijdens het interview hebben aangereikt, is afkomstig van hun eigen kennis en ervaring. Daarnaast hebben de drie respondenten zich ook geïnformeerd bij collega's over hun ervaringen met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit heeft geleid tot rijke interviewdata maar maakt de analyse van het interview niet altijd gemakkelijk. Het is namelijk niet zo eenvoudig om uit te maken of het om een persoonlijke mening van de sleutelfiguur gaat dan wel om de mening van de 'thuisverpleegkundige' bij wie zij te rade zijn geweest.

Uit het interview komen een aantal belangrijke bevindingen naar voren die ons helpen meer voeling te krijgen met het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg, de belangrijkste redenen waarom vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt worden, de emoties die hiermee gepaard gaan en de bezorgdheden van de sleutelfiguren hieromtrent. Tenslotte bevestigen de interviewgegevens de eigenheid van de thuiszorgcontext wat betreft de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

## 1. Definiëring van het begrip

Volgens de respondenten associëren thuisverpleegkundigen vrijheidsbeperkende maatregelen in eerste instantie met fysieke fixatie. Pas wanneer zij doorvragen over het onderwerp, komen de verpleegkundigen tot andere vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Hierbij denken zij dan vooral aan het toedienen van medicatie en aan het opsluiten van patiënten. Volgens de geïnterviewden komt het opsluiten van patiënten meer en meer voor in de thuiszorg. Ondanks het feit dat verpleegkundigen dit opsluiten in eerste instantie niet als een vrijheidsbeperkende maatregel percipiëren, voelt de meerderheid van hen zich vaak niet goed bij deze handeling. Het toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie gebeurt vooral 's nachts en gemakkelijker bij dementerende personen. De thuisverpleegkundigen, zo geven de respondenten immers aan, zijn toch verwonderd over wat het begrip allemaal inhoudt en wat men eronder kan verstaan. Een opvallende vaststelling is dat thuisverpleegkundigen zich aanvankelijk niet bewust lijken te zijn van de inhoud van het begrip omdat zij hier vaak pas over nadenken wanneer zij er mee geconfronteerd worden. Deze maatregelen komen dan ook blijkbaar vaker voor dan wat zij oorspronkelijk dachten. Respondenten geven ook aan dat thuisverpleegkundigen zich vragen beginnen te stellen wanneer de problematiek in de media verschijnt.

## 2. Veiligheid en leefbaarheid voor de familie

Tijdens het interview worden drie groepen van patiënten aangehaald waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. In een eerste groep worden deze maatregelen niet omwille van de fysieke integriteit van de persoon toegepast maar eerder omwille van het veiligheidsgevoel van de patiënt. Deze personen hebben geen cognitieve problemen maar voelen zich veiliger wanneer de voordeur op slot wordt gedaan of wanneer het bedhekken naar omhoog wordt gedaan. Een nieuwe groep van patiënten in de thuiszorg zijn de revalidatiepatiënten wiens fysieke integriteit aangetast is. In afwachting van een opname voor revalidatie komen zij kortstondig naar huis. Aan de thuisverpleegkundige wordt gevraagd om hen veilig in bed te installeren voor de nacht. Aangezien de patiënt in beide genoemde groepen vaak vragende partij is naar het gebruik van deze maatregelen, vragen de respondenten zich terecht af of men hier nog kan spreken over vrijheidsbeperkende maatregelen. De laatste groep patiënten bij wie deze maatregelen worden toegepast zijn patiënten die psychisch niet meer zelfredzaam zijn. Hierbij gaat het vooral over dementerende personen.

Veiligheid is volgens de sleutelfiguren de hoofdmotivatie om bij deze drie patiëntengroepen vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Patiënten worden in hun vrijheid beperkt om valincidenten te voorkomen. Op deze wijze wordt er voor gezorgd dat hun veiligheid gegarandeerd wordt. De respondenten geven aan dat thuisverpleegkundigen hierbij het behoud van de fysieke gezondheidsstatus van de patiënt voor ogen hebben en dat zij verder niet nadenken over de gevolgen van het toepassen van deze maatregelen. Naast veiligheid van de patiënt is de leefbaarheid voor de familie een andere reden om deze maatregelen toe te passen. Het storend gedrag van een al dan niet dementerende patiënt is vaak een aanleiding voor de familie om over te gaan tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Doordat zij reeds lange tijd voor iemand zorgen begint de thuiszorg voor hen zwaar door te wegen en staan zij vaak onder druk. De combinatie van deze factoren maakt dat zij overgaan tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen of dat zij verpleegkundigen aanspreken om deze maatregelen toe te passen. Thuisverpleegkundigen die veiligheid en goede zorg voor de patiënt vooropstellen, bevinden zich bijgevolg in een moeilijke positie wanneer zij geconfronteerd worden met de vraag om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen om vooral de familie te ontlasten.

Volgens de respondenten is deze vraag van familieleden naar het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd duidelijk gesteld. Ook geven zij aan dat vroegere gemaakte beloften van de familie ten aanzien van de oudere (zoals bijvoorbeeld de belofte hem/haar nooit in een instelling te plaatsen), de familie soms kunnen 'noodzaken' om over te gaan tot het gebruik van deze maatregelen met soms schrijnende situaties tot gevolg.

### 3. Bezorgdheden

De vraag naar de juridische aansprakelijkheid en de verpleegkundige verantwoordelijkheid bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is tijdens het sleutelinterview duidelijk aan bod gekomen. Thuisverpleegkundigen voeren deze maatregelen wel uit maar staan niet in voor de verdere controle en toezicht. Daarnaast is ook de bezorgdheid geuit over het feit dat de thuisverpleegkundigen, volgens de respondenten, nog al eens routinematig handelen als het op vrijheidsbeperkende maatregelen aankomt. Dit komt vooral omdat verpleegkundigen de reeds aanwezige maatregelen, na een eventueel ziekenhuisverblijf, overnemen zonder hierover al te grondig na te denken. Vragen worden volgens hen pas gesteld, wanneer zich een probleem voordoet.

#### 4. Emoties

Thuisverpleegkundigen willen volgens de respondenten het beste doen voor de patiënt. Zij zijn begaan met de patiënt en de situatie waarin hij/zij zich bevindt. Tegelijkertijd worden zij heen en weer geslingerd tussen hun emoties en de gestelde vragen naar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij bevinden zich vaak in een tussenpositie die heel wat spanning met zich teweegbrengt. Deze spanning is vooral voelbaar wanneer de patiënt en de familie verschillende wensen of 'uitingen' hebben met betrekking tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen of wanneer de huisarts de wensen van de familie verdedigt terwijl de verpleegkundige hier niet (volledig) achterstaat. Thuisverpleegkundigen beseffen maar al te goed dat wanneer zij niet tegemoetkomen aan de vragen, wensen of eisen van de familie, er andere personen beschikbaar zijn die dit wel zullen doen. Wanneer zij niet kunnen doordringen tot de familie om de situatie bespreekbaar te maken en om vervolgens naar alternatieven te zoeken of wanneer zij dementerende patiënten moeten opsluiten ervaren zij gevoelens van onmacht. Tegelijkertijd voelen zij zich schuldig omdat zij beseffen dat zij bepaalde schrijnende situaties, die grenzen aan ouderenmis(be)handeling, mee in stand houden. Vaak voelen zij zich hierover niet gerust. Thuisverpleegkundigen hebben dan ook nood om hierover te ventileren. Meestal gebeurt dit tijdens de patiëntenbespreking.

#### 5. Specifieke thuiszorgcontext

Tot slot bevestigen de interviewgegevens de eigenheid van de thuiszorgcontext wat betreft de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Opvallend hierbij is dat de respondenten de thuiszorgsituatie vaak vergelijken met de ziekenhuissector. Volgens thuisverpleegkundigen gebeurt het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen eerder op een verdoken manier vergeleken met het ziekenhuis. Ook worden deze maatregelen door hen, maar ook door de familie, thuis als 'minder erg ervaren'.

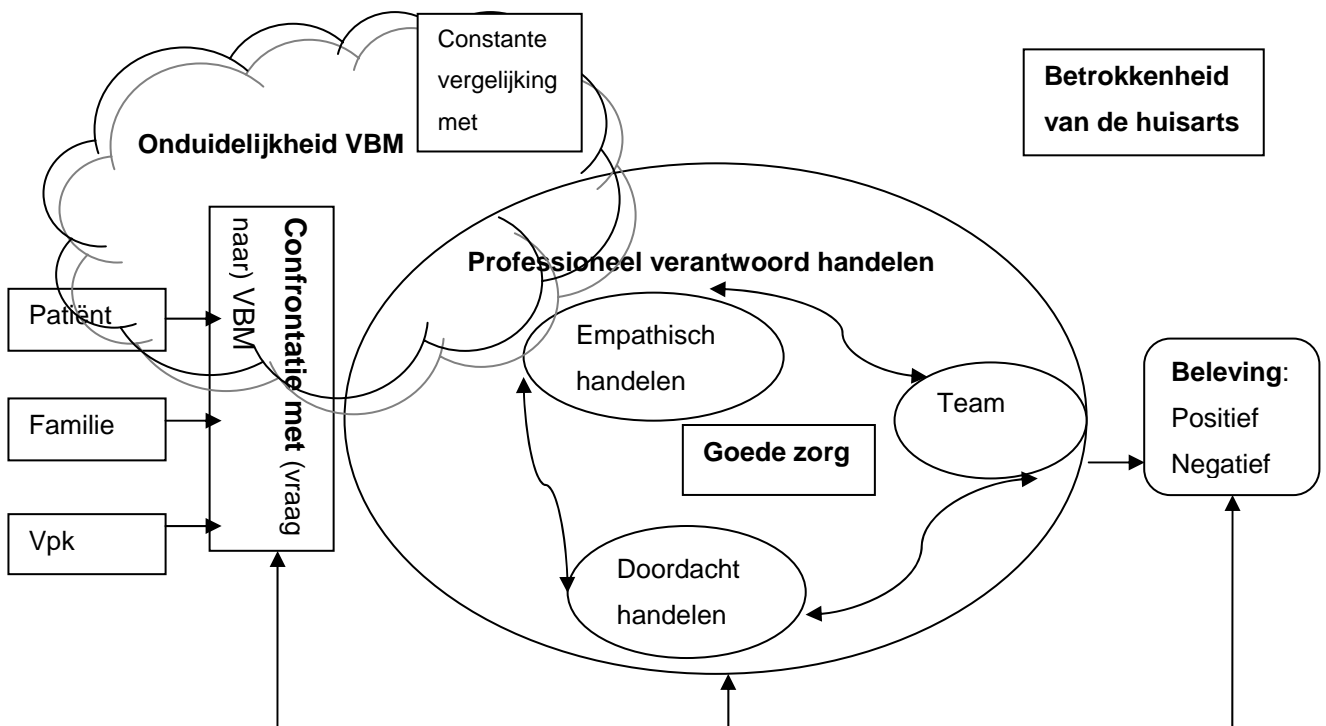
De thuiszorg kenmerkt zich door een grote verscheidenheid aan situaties. Dit noodzaakt volgens de respondenten een andere benadering van vrijheidsberovende maatregelen dan in het ziekenhuis waar men eerder werkt met richtlijnen en protocollen. Wanneer thuisverpleegkundigen geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende maatregelen, analyseren zij elke situatie afzonderlijk en zoeken ze voor elke problematiek hoe op het gegeven moment het best kan worden mee omgegaan. In het ziekenhuis wordt volgens hen ook gebruik gemaakt van andere materialen. De 'harde maatregelen' zoals iemand plat spuiten, komen volgens de thuisverpleegkundigen in de thuiszorg minder voor.

De thuiszorg onderscheidt zich ook van het ziekenhuis door het soort relatie dat thuisverpleegkundigen hebben met de patiënt. Vaak heeft deze relatie een langdurig karakter, wat het toepassen van deze maatregelen kan bemoeilijken. Voorts is er in de thuiszorg, in vergelijking met het ziekenhuis, een gebrek aan professioneel toezicht en minder opvolging, doordat thuisverpleegkundigen slechts kortstondig aanwezig zijn bij de patiënt. De verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis zijn ook beter geruggensteund door de arts terwijl de thuisverpleegkundigen, mede door de afwezigheid van een duidelijk beleid, er aan het bed van de patiënt thuis, vaak alleen voor staan.

### 3.2.2 Ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen

Om de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen te onderzoeken, zijn 15 diepte-interviews uitgevoerd bij thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis. De grote lijnen van deze ervaringen worden weergegeven in het kernverhaal. Hierbij worden de ervaringen aan de hand van enkele grote concepten geïllustreerd in een overzichtsschema. In het tweede gedeelte wordt een uitgebreide en diepgaande beschrijving gegeven van de resultaten.

#### 1. Kernverhaal



Figuur 1 - De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Reeds vanaf de afname en analyse van het sleutelinterview en de eerste interviews blijkt dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen door de thuisverpleegkundigen wordt ervaren als een moeilijk, controversieel en ethisch geladen onderwerp, hetgeen de beschrijving ervan niet vergemakkelijkt. Bovendien blijkt uit de interviews heel wat onduidelijkheid rond het begrip 'vrijheidsbeperkende maatregelen'. Deze onduidelijkheid wordt in het schema voorgesteld als een overkoepelende wolk. We merken dat thuisverpleegkundigen geen eenduidige invulling kunnen geven van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen en dat zij zich situeren op een continuüm van 'weinig' tot 'goed' vertrouwd zijn met het begrip. Ook merken we dat zij doorheen het interview vaak tot een grotere bewustwording komen. Sommige verpleegkundigen hebben een brede visie op het begrip en beschouwen de aanpassingen in de woning of het aantal hulpverleners die aan huis komen reeds als een vrijheidsbeperkende maatregel. Andere verpleegkundigen hebben een eerder enge visie op het begrip en brengen de maatregelen in verband met ouderen mishandeling of -verwaarlozing. Tussen deze twee uitersten halen zij de 'klassieke' vrijheidsbeperkende maatregelen aan zoals de fysieke fixatie en het gebruik van medicatie. Afhankelijk van de invulling van het begrip, worden deze maatregelen door de thuisverpleegkundige eerder als een "veiligheidsmaatregel" beschouwd en niet zo zeer als een vrijheidsbeperkende maatregel. Daarnaast merken we dat er ook enige onduidelijkheid is omtrent de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot deze maatregelen. Het gebrek aan een duidelijk beleid op de eigen afdeling of in de organisatie draagt bij tot deze onduidelijkheid. De specificiteit van de thuiszorg, die zich kenmerkt door een grote verscheidenheid aan situaties en vele contextuele factoren waar thuisverpleegkundigen mee moeten rekening houden, bemoeilijken eveneens een eenduidige en correcte invulling van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen door de respondenten. Tot slot valt op dat de respondenten de thuiszorg vergelijken met de ziekenhuiscontext. Deze constante vergelijking met de ziekenhuiscontext wordt in het overzichtsschema voorgesteld als een onderdeel van het concept 'onduidelijkheid van het begrip'.

Een grondige analyse van de interviews leert ons dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg ervaren wordt als een complex, interactief gebeuren tussen patiënt, familie en verpleegkundigen. Hierbij stellen we vast dat de familie een belangrijke invloed heeft bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Hun toestemming is volgens de verpleegkundigen, ongeacht de situatie, noodzakelijk. We merken dat thuisverpleegkundigen vaak in thuiszorgsituaties terecht komen waar dat deze maatregelen (meestal) door de familie, reeds worden gebruikt. In andere gevallen worden ze geconfronteerd met de vraag naar vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze vraag kan

afkomstig zijn van de patiënt zelf, maar komt meestal van de familie. De interviews tonen aan dat sommige families zich dominant opstellen en duidelijk vragen naar deze maatregelen terwijl andere families hier geen voorstander van zijn en verkiezen om dit zo weinig mogelijk te gebruiken. In sommige gevallen komt de vraag naar vrijheidsbeperkende maatregelen van de thuisverpleegkundige zelf.

De interviews tonen aan dat thuisverpleegkundigen proberen om op een professioneel verantwoorde manier om te gaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. De wens om in deze vaak moeilijke situaties 'goede zorg' te verlenen voor patiënt en familie loopt als een rode draad doorheen alle interviews. Goede zorg betekent voor deze respondenten 'goed doen', veiligheid garanderen en het behoud van de patiënt in de thuissituatie. Onder veiligheid verstaan zij vooral het preventieve aspect met het voorkomen van vallen en de bescherming van de patiënt. Specifiek voor de thuiszorg gaat het eveneens om het voorkomen dat patiënten weglopen of dat zij thuis gevaarlijke zaken doen. Om het behoud in de thuissituatie te bewerkstelligen, zijn thuisverpleegkundigen bereid om eigen grenzen te verleggen en af te stappen van hun vooropgestelde waarden en normen. Het streven naar goede zorg voor de familie vertaalt zich voornamelijk in het ontlasten van de familie.

De professionaliteit komt vooral tot uiting in de wijze waarop thuisverpleegkundigen met de verschillende situaties trachten om te gaan. Opvallend hierbij is de voortdurende wisselwerking tussen het *empathische enerzijds en het doordacht handelen van de thuisverpleegkundigen anderzijds en dit in samenwerking met het team.*

Thuisverpleegkundigen handelen met veel respect voor de patiënt en de familie. Zij proberen om zich zo goed mogelijk in te leven in zowel de belevingswereld van de patiënt als deze van de familie. Zo proberen zij zich te richten op wat het voor de patiënt betekent om in zijn vrijheid te worden beperkt en trachten zij te begrijpen waarom de familie vragende partij is voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook trachten zij aan te voelen wat voor de familie minder belastend kan zijn en proberen in hun handelen hiermee rekening te houden, zonder dat het ten koste is van het welzijn van de patiënt. De ondersteuning van het team, is voor thuisverpleegkundigen belangrijk aangezien zij vaak alleen zijn bij de patiënt en de familie. Tijdens de patiëntenbesprekingen wordt er vooral over de moeilijkere of problematische situaties grondig nagedacht. Op basis van eigen kennis, ervaring en kunde komt men binnen het team tot een kritisch oordeel en een onderbouwde groepsbeslissing. De thuisverpleegkundigen geven ook aan dat het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in elke situatie een zoekproces vereist.

De rol van de huisarts is echter minder duidelijk doordat hij in het verhaal van de thuisverpleegkundigen slechts sporadisch aan bod komt.

Uit de interviews komt verder duidelijk naar voren dat heel dit gebeuren impact heeft op de verpleegkundigen zelf. Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen gaat gepaard met heel wat belevingen bij de thuisverpleegkundigen, die al naargelang de situatie, positief of negatief gekleurd kunnen zijn. De 'kleur' van deze gevoelens wordt vooral bepaald door de waarden en normen van elke thuisverpleegkundige en de mate waarin de maatregelen volgens hen al dan niet beantwoorden aan 'goede zorg'. Negatieve gevoelens zoals onmacht komen vooral voor wanneer de waarden van de familie niet in het verlengde liggen van wat thuisverpleegkundigen verstaan onder goede zorg. Thuisverpleegkundigen kunnen en mogen vaak niets veranderen aan de situatie, omdat de familie in de thuiszorg prominent aanwezig is. Situaties waar de grens tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en oudermishandeling en -verwaarlozing vervaagt, is een extreme vorm van het waardenconflict tussen beide partijen. Negatieve gevoelens komen tenslotte ook voor in situaties waar thuisverpleegkundigen omwille van het ziektebeeld van de patiënt, geen andere keuze hebben dan deze maatregelen toe te passen.

## 2. De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen: diepgaande beschrijving van de resultaten

### A. Onduidelijkheid omtrent het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen

Uit de interviews met de thuisverpleegkundigen valt onduidelijkheid rond het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen onmiddellijk op. In het overzichtsschema wordt deze categorie voorgesteld als een wolk. Deze onduidelijkheid komt op verschillende manieren tot uiting.

Vooreerst merken we dat thuisverpleegkundigen *geen eenduidige invulling* kunnen geven aan het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen. Afhankelijk van eigen kennis, kunde en ervaring geven zij hiervan een eigen beschrijving. De interviews tonen aan dat thuisverpleegkundigen zich op een continuüm bevinden van 'weinig vertrouwd' tot 'goed vertrouwd' zijn met vrijheidsbeperkende maatregelen. Vrijheidsbeperkende maatregelen blijken voor sommige thuisverpleegkundigen een moeilijk te bespreken onderwerp omdat het volgens deze verpleegkundigen niet veel voorkomt. Eén interview is bijvoorbeeld niet geanalyseerd omdat de thuisverpleegkundige weinig tot niets kon vertellen over het onderwerp. Haar invulling van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen had niets te maken met de focus van het onderzoek.



‘Ja, ik vind dat een heel moeilijk onderwerp vrijheidsbeperkende maatregelen. Wat moet ik daar onder verstaan?. Ik denk dat het minder voorkomt bij ons, het wordt eigenlijk niet veel gebruikt. Ik vind het moeilijk omdat het niet veel voorkomt, toch niet op mijn ronde.’ (Int. 11)

‘Daarvoor moet ik mijn papier eens bekijken, want er zijn veel vrijheidsbeperkende constructies te maken. Veronderstel dat het inderdaad naar de patiënt toe gaat, dan is het voor mij alles wat de vrijheid beperkt. Dat betekent dat je voor een stukje iemand zijn vrijheid afpakt en onder vrijheid, dat kan zowel vrijheid van bewegen zijn. Dat zal meestal naar ons beroep toe in die richting zo bedoeld zijn.’ (Int 15)

‘Het fixeren van mensen, bedsponden naar boven doen, mensen opsluiten. Dat is het zowat denk ik. Voor de rest denk ik niet dat er bij ons veel beperkt wordt in de vrijheid. Wij hebben een patiënte waar dat wij zo een riem van een badjas moeten aandoen en dat is om te voorkomen dat zij uit haar rolstoel valt. Wij hebben ook een aantal patiënten waar wij de beddekken naar omhoog doen om te voorkomen dat zij uit bed vallen. Dat is het zo denk ik. Echt mensen opsluiten, de deur dicht doen, denk ik niet.’ (Int. 13)

Ook stellen we vast dat thuisverpleegkundigen vrijheidsbeperkende maatregelen eerder omschrijven met behulp van voorbeelden. Naargelang hun persoonlijke ervaring, resulteert dit in een uitgebreide of een eerder beperkte opsomming.

‘Het vastmaken van de handen van patiënten omdat ze de sonde of het infuus niet zouden lostrekken. Het vastmaken van de patiënt, bijna helemaal met een onrustvestje of met een riem rond hun buik. Soms zie je dat met een stuk laken. Dat is dan meer om patiënten in hun stoel of in hun bed te houden. In bed heb je ten eerste de sponde, dikwijls nog samengaande met een riem rond de buik. Wat je soms ook ziet is dat ze een tweepersoonslaken op een eenpersoonslaken leggen en dat echt héél strak aanspannen. En dan heb je ook nog een soort slaapzak, zoals je voor baby’s hebt, maar waar dat armen en het hoofd zo uitsteken. Dan deuren op slot doen, mensen opsluiten, een zware tafel voor de zetel of de stoel zetten waar dat zij in zitten en dan soms ook zo van die tafeltjes die je vast klikt aan de rolstoel, die voorzettafeltjes, echt voor op een rolstoel, dat is zo wat ik al het meeste heb gezien. Medicatie dat heb ik zelf nog niet meegemaakt, toch niet bij het Wit-Gele Kruis, op mijn vroegere job wel, maar hier niet.’ (Int. 14)

Op basis van deze verschillende opsommingen leiden we af dat thuisverpleegkundigen een verschillende visie hebben over wat vrijheidsbeperkende maatregelen voor hen betekenen. Zo heeft een aantal verpleegkundigen een eerder brede visie over deze maatregelen. Sommige van de geïnterviewden beschouwen de woningaanpassing met het herschikken van bestaande woon- en leefruimtes, of het feit dat men als patiënt niet kiest voor het aantal

hulpverleners dat effectief aan huis komt, als een vrijheidsbeperkende maatregel. Anderen daarentegen beschouwen dergelijke woningaanpassingen geenszins als een vrijheidsbeperkende maatregel, doch eerder als een strategie om goede zorg te verlenen.

'O: Zijn deze aanpassingen die in het huis gebeuren vrijheidsbeperkend?

V: ik vind dat wel, omdat je iets moet doen dat tegen hun vrije wil gebeurt. Het is niet fixeren, maar het is wel ergens, ja, dat er dingen in uw huis gebeuren dat jij niet wilt. Of als ze zeggen het is niet veilig dat jij naar buiten gaat of dat ze zeggen dat het niet veilig is dat je naar boven gaat. Of het is niet meer veilig dat je in de tuin gaat of je mag uw terras niet meer op. Dat begint met kleine dingen en dat eindigt wel serieus. Dat begint misschien met een personalarms en dat eindigt dat je beneden ligt, met de baren naar boven. Dus dat is het begin van het einde.' (Int. 1)

'Woningaanpassing, neen, juist niet, omgekeerd, dat geeft voor mij juist het gevoel dat je zo lang mogelijk voor deze patiënt probeert om op een waardige manier te leven juist. Want als het niet is aanpast en hij moet boven op een kamer verzorgd worden, of zoals nu bij die palliatieve patiënt, die wordt nu wel in de living verzorgd, en die ziet tijdens de dag nog van alles gebeuren, tegen als het zo op een kamertje is, lijkt dit voor mij veel vrijheidsbeperkender dan wanneer de woning aangepast wordt. Terwijl daar eigenlijk alles gebeurt om deze persoon zo waardig mogelijk tot op zijn einde te verzorgen ... ik vind dat allemaal uit goede bedoelingen ... het gaat om veiligheid. Ik vind doordat je dan kunt thuis blijven, dat is er toch voor zorgen dat zij veilig in hun eigen omgeving kunnen blijven. Terwijl als je die aanpassing niet doet, moeten zij misschien veel rapper weg.' (Int. 9)

Andere verpleegkundigen hebben een engere visie op vrijheidsbeperkende maatregelen en linken deze maatregelen aan situaties van ouderenverwaarlozing of -mishandeling. Vaak gaat het om situaties waar dementerende personen, volgens hun maatstaven, slecht en mensonwaardig 'verzorgd' worden, alleen worden opgesloten en aan hun lot worden overgelaten door de familie of de partner. De interviews tonen aan dat de mantelzorgers in deze situaties vaak overbelast zijn, zelf geen uitweg (willen) zien en 'gevangen' zitten in de situatie.

Zowel verpleegkundigen met een eerder brede visie over het begrip als degene met een engere visie, halen in de interviews in de eerste plaats de klassieke vrijheidsbeperkende maatregelen aan om dit begrip te omschrijven. Vaak gaat het hier om voorbeelden van fysieke fixatie met het gebruik van bedsponden, onrustvesten, (alternatieven van) lende-gordels en polsbanden, het gebruik van een (voorzet)tafel en dergelijke. Een specifieke maatregel voor de thuiszorg is het sluiten van de deuren van het huis. Tweemaal wordt er in de interviews melding gemaakt van het, onder lichte dwang, vasthouden van de armen van

de patiënt tijdens de verzorging. Deze maatregel wordt door de verpleegkundigen in eerste instantie niet beschouwd als een vrijheidsbeperkende maatregel. Ook het toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie als voorbeeld van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt door hen meestal niet spontaan aangehaald. Thuisverpleegkundigen geven aan dat dit echter wel gebeurt in de thuiszorg maar dat het vaak de familie is die deze medicatie toedient en dat zijzelf hier niet altijd controle over hebben.

De onduidelijkheid wordt nog vergroot doordat, afhankelijk van de invulling van het begrip door de thuisverpleegkundigen, zij deze maatregelen beschouwen als een veiligheidsmaatregel of als een vrijheidsbeperkende maatregel. Maatregelen die ten goede komen aan de patiënt en die in de letterlijke betekenis vrijheidsbeperkend zijn, worden echter vaak gepercipieerd als een veiligheidsmaatregel. Sommige thuisverpleegkundigen geven ook expliciet aan dat vrijheidsbeperkende maatregelen een hulpmiddel kunnen zijn om patiënten langer thuis te houden en dat deze maatregelen worden toegepast als alternatief voor een opname in het rusthuis.

‘Ik kom veel beperkingen tegen ter bescherming, dat is voor de veiligheid van de patiënt. Bijvoorbeeld patiënten die in een rolstoel zitten en die een gordel rondom hen krijgen. Dat is zo een autosysteem, en met allerlei redenen, ik heb patiënten die onderuit schuiven, ik heb patiënten die epileptische aanvallen krijgen. Zo wel een bescherming, als die een aanval krijgen en die hebben geen gordel aan, die liggen uit hun rolstoel. Dus dat kom je gauw tegen. Of mensen, ja bedsponden, met de bedoeling om er niet uit te vallen. Dus dat is zo de patiënt beschermen’ ... ‘Ja toch wel, ja veiligheid van de patiënt. Ik denk dat dit wel het hoofdpunt is. Meestal gaat hij zo bij patiënten met dementie, ja, dingen die de patiënten niet zelf in de hand hebben, die doen van alles, maar die beseffen ook dikwijls niet wat zij aan het doen zijn.’ (Int. 2)

Ten tweede stellen we vast dat participerende thuisverpleegkundigen doorheen de interviews vaak tot een grotere bewustwording komen met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo geven verscheidene verpleegkundigen aan, dat zij zowel als voorbereiding op het interview als tijdens het gesprek, diep hebben moeten nadenken over het onderwerp omdat zij tot nog toe hierbij weinig of niet expliciet hebben stilgestaan. Een aantal onder hen komt tijdens het interview tot meer inzicht en tot een duidelijkere begripsomschrijving. Vele ondervraagde respondenten zijn in het begin van het interview bijvoorbeeld overtuigd dat vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg zelden voorkomen. Deze visie nuanceert zich echter doorheen het interview naarmate zij begrijpen dat bijvoorbeeld bedsponden ook beschouwd kunnen worden als een vrijheidsbeperkende maatregel. Ook geven enkele

verpleegkundigen expliciet aan dat zij door hun participatie aan het onderzoek zich bewust zijn geworden van de impact van het verpleegkundig handelen tijdens het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

‘De vragen die je stelt doen u nadenken, je staat er niet zo bij stil. Op het moment van de vraag denk je na en zie je het begrip veel ruimer. Ik dacht van hier niet veel te kunnen vertellen, want wij komen dat niet veel tegen, maar als je dan zo aan het praten bent dan denk je van oja, dat nog en dit nog.’ (Int. 2)

‘Dat is iets wat je allemaal toepast, maar eigenlijk denk je daar niet veel dieper over na, slechts af en toe denk je hier dieper over na.’ (Int. 12)

Een derde element dat bijdraagt tot de onduidelijkheid rond het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen, is de onduidelijkheid omtrent de eigen verantwoordelijkheid in deze context. We stellen enerzijds vast dat thuisverpleegkundigen begaan zijn met deze problematiek en zich ook verantwoordelijk voelen voor de zorg van deze patiënten. Anderzijds merken we een variatie in de wijze waarop zij deze verantwoordelijkheid inschatten en/of invullen. Bij sommige thuisverpleegkundigen merken we een sterk patiëntgeoriënteerde verantwoordelijkheid, zo blijkt uit de interviews. Deze verpleegkundigen voelen zich vooral verantwoordelijk voor het welzijn van de patiënten en hebben veel aandacht voor het voorkomen van kwetsuren. Voor anderen speelt ook de verantwoordelijkheid ten aanzien van de organisatie mee; het behoort hun inziens tot hun verantwoordelijkheid dat de organisatie geen patiënten verliest. Een aantal verpleegkundigen vullen deze verantwoordelijkheid ook in door te doen wat de familie vraagt om zichzelf als persoon veilig te stellen. In deze context valt tevens op dat thuisverpleegkundigen weinig bezig zijn met de juridische aspecten of de juridische impact van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

‘Mijn verantwoordelijkheid hier was vooral proberen te voorkomen dat de patiënt zich serieus zou kwetsen. Preventie van vallen, en dat de patiënt er zich toch nog goed zou bij voelen.’ (Int. 14)

‘Dus die dochter deed dat achter onze rug. Dat was moeilijk om daar iets aan te doen. Dat was zo al een heel zware situatie en dat kwam er daar nog eens bij. Ja dat is moeilijk om mee om te gaan. Maar langs de andere kant, was het de dochter. Wij hebben ook dikwijls gezegd van ‘stel dat wij ze niet vast leggen en er gebeurt iets dan gaan wij de schuld krijgen want het was de dochter altijd die zei van ‘ze moet wel vastgelegd worden’ ... we luisteren naar de dochter en dan kunnen wij niets verkeerd doen.’ (Int. 11)

‘Ja, dat is hier ook al dikwijls besproken geweest op de patiëntenbespreking met de verschillende verpleegkundigen. Iedereen vindt dat erg, maar niet erg denk ik in de letterlijke zin van het woord ‘de deur op slot doen’. Die handeling vinden we niet erg omdat we weten dat we ook een verantwoordelijkheid hebben als we die deur open zouden laten, dan zit zij op straat en dan is het onze verantwoordelijkheid wel. Dus de deur gaat op slot, in opdracht van ... De verpleegkundige is verantwoordelijk, het moment dat zij er is en is waarschijnlijk ook verantwoordelijk als ze de deur zou open laten, dat zij op het straat zou gaan. Maar eigenlijk, als wij de deur op slot doen, is het, denk ik, de verantwoordelijkheid van de mantelzorgers als er binnenshuis iets gebeurt.’ (Int. 4)

Ten vierde wordt de onduidelijkheid rond het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen nog vergroot doordat er vanuit de organisatie en de eigen afdeling volgens de geïnterviewde thuisverpleegkundigen *geen transparant beleid* beschikbaar is waarop zij zich kunnen baseren. De onduidelijkheid rond het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen heeft de onderzoeker er toe aangezet om specifiek te vragen naar het voorhanden zijn van enig beleid binnen de organisatie of afdeling. Sommige thuisverpleegkundigen geven aan dat zij geen weet van hebben of zoiets binnen de organisatie voorhanden is. Toch onderstrepen zij het belang van een visie of stellinginname vanuit de organisatie zodat zij, vooral in de moeilijker situaties, weten hoe zij moeten handelen en in welke omstandigheden. Hierdoor voelen zij zich ook gesteund door de organisatie.

‘Weinig ervaring, bij huisartsen, bij hulverleners, bij collega verpleegkundigen, dat zij daar weinig ervaring mee hebben. Wij weten niet wat we er mee moeten doen ... Een stappenplan. Plus ook vanuit de organisatie wat kan er en wat niet, met wat kunnen wij akkoord gaan en met wat niet. Kunnen wij er akkoord mee gaan, dat er iemand 's nachts wordt opgesloten tegen zijn wil? Kan dit voor de organisatie of niet? Bijvoorbeeld in dat voorbeeld, gaan wij daar op in, doen wij daar aan mee? Als er iets gebeurt wie is er dan verantwoordelijk? Ga ik mij daar goed bij voelen? Hoe gaat de huisarts zich daar bij voelen? Dat weet ik niet, maar ik zeker en vast niet. Desondanks dat ik de familie reeds verschillende keren op de gevaren heb gewezen, als er morgen iets voorvalt, heb ik er dan genoeg aan gedaan om dat te voorkomen? Het zijn toch nog altijd mensen en je denkt er toch over na. Ja, een stappenplan van gaan we er op in of niet, kan dit voor ons, ook ja, hoe gebeurt het bij andere organisaties, hoe gaan die daar mee om? Ook mensen die te maken hebben met de thuiszorg.’ (Int. 6)

‘Zo een situaties worden wel achteraf besproken. Echte leidraden ontbreken. Je kunt alleen maar rekenen op ervaring en op besprekingen, maar er worden niet echt houdingen tegenover aangenomen omdat het ook zo persoonlijk en individueel is. Maar dat ontbreekt wel een stuk. Binnen de organisatie is er nood aan een echte concrete leidraad naar concrete situaties.’ (Int 8)

‘Ik denk dat de thuiszorg en de verpleegkundige, misschien het Wit-Gele Kruis specifiek, zich beter moet profileren. Ze moeten beter zelf de condities afbakenen waarin de zorg kan plaatsvinden. En dan rapper stellingen nemen. Niet wachten. Dat is natuurlijk ook wel zo, het Wit-Gele Kruis is een katholiek geïnspireerde instelling. Je zit er al zelf met een aantal zaken waar zij geen stelling in willen nemen om niet tegen verschillende karretjes te rijden, neem ik aan. Er is misschien wel een informele stellinginname, maar geen formele. Want die durven ze niet aan. Maar dat leidt soms tot een zekere impasse om bepaalde acties al of niet te ondernemen omdat er geen duidelijke richtlijnen zijn. En dan de mensen, als het over een bepaald type vrijheid gaat of bepaalde situatie, eigenlijk hebben wij daarvoor allemaal niet veel tijd. Dat is meestal maar voor een paar weken of een paar maanden. Ofwel overlijden ze of gaan ze naar een rusthuis. Ik bedoel het leven is al zo kort. Dat klinkt natuurlijk heel sloganistisch maar voor die mensen is het ultra kort. En als je daar niet heel snel een bepaalde houding, een bepaalde zorg tegenover aanneemt. Wij komen altijd achteraf met evaluaties ...’ (Int. 15)

Tot slot merken we op dat thuisverpleegkundigen doorheen alle interviews bij het invullen van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen de thuiszorg steeds vergelijken met de ziekenhuizen. De specificiteit van de thuiszorg kenmerkt zich door het unieke samenspel tussen de individuele patiënt, de familie, de thuiszorgcontext en de thuisverpleegkundige en maakt dat elke situatie in de thuiszorg verschillend is. Door de veelheid van deze verschillende situaties ontstaat er in de thuiszorg een grote diversiteit aan ervaringen, die bijdraagt aan de onduidelijkheid rond het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen.

‘Je moet situatie per situatie bekijken. Neem nu die mevrouw waar wij de deur op slot moeten doen. Een ander alternatief is bijvoorbeeld een paar dagen dagopvang. Maar als de familie dat niet wil, heb je ook geen andere alternatieven. Als zij zeggen dat de deur op slot moet, dan moet ze eigenlijk op slot. Het is niet altijd even gemakkelijk. Omdat de situaties altijd verschillend zijn kun je ook niet altijd weten hoe dat je erop moet reageren.’ (Int. 8)

‘Ik denk dat ze in een ziekenhuis veel rapper mensen vastleggen. Maar ik versta dat dan ook. Thuis zijn de mensen meestal ook niet alleen. Je ziet ook wel situaties waar dat de mensen alleen zijn en dan gebeurt dat ook. Dus maar meestal in de thuissituatie is er ook wel een partner of is de moeder ervan of de dochter. Daar is altijd iemand en dat is wel het grote verschil denk ik met het ziekenhuis. Want je hoort dat ook wel dikwijls van mensen die van thuis naar het ziekenhuis gaan en die thuis ook wel een beetje dementerend zijn maar waar er nog een partner is die daar nog goed voor kan zorgen. Maar die gaan dan naar het ziekenhuis en die komen dan terug en dan is het van ‘oh daar is geen haar mee aan te vangen’. Maar ze hadden die daar vastgelegd en die was over haar bedsponde gekropen. Ja,

ik versta dat want thuis gaat zij ook wandelen, maar dan is er de partner om haar terug te halen. Dat is iets wat je regelmatig hoort.’ (Int. 8)

## B. Confrontatie met (vragen naar) vrijheidsbeperkende maatregelen

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is een complex en interactief gebeuren tussen de patiënt, de familie en de thuisverpleegkundige. De interviews tonen aan dat thuisverpleegkundigen op verschillende manieren in contact komen met vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij kunnen terecht komen in situaties waar deze maatregelen reeds worden toegepast, zelf geconfronteerd worden met vragen om deze maatregelen te gebruiken of ook zelf voorstellen om deze maatregelen te hanteren.

Vooreerst kunnen de verpleegkundigen terechtkomen in thuiszorgsituaties waar deze maatregelen reeds worden *toegepast*. Deze maatregelen kunnen een ‘erfenis’ zijn die na een ziekenhuisverblijf gewoonweg thuis worden verder gezet door de familie. Naargelang de situatie nemen de verpleegkundigen deze handelingen mee over. Daarnaast stellen we vast dat thuisverpleegkundigen ook uit routine handelen zonder de intentie om vrijheidsbeperkend te zijn. Het gebruik van bedsponden is hiervan een voorbeeld. Zij stellen zich hierbij geen vragen, ook al omdat het doel van de maatregelen de veiligheid van de patiënt beoogt. Tot slot tonen de interviews aan dat wanneer de thuisverpleegkundige geconfronteerd wordt met maatregelen die thuis goed zijn ingeburgerd, zij het gevoel hebben van nog weinig te kunnen ondernemen en eerder als toeschouwer aanwezig te zijn.

‘Neen, maar als de familie dat vraagt, kan je dat niet weigeren, maar ja, dat is nu een gans ander probleem. Iemand vastbinden, automatische piloot niet, maar dat is iets door jaren, neem nu ja, in het ziekenhuis zeggen zo van ‘ja dat gebeurde hier zo’, soms in de thuiszorg vragen de kinderen, wij zijn niet altijd in de buurt, kan je ze eventjes vastbinden. Wij gaan daar automatisch op in omdat de familie dat vraagt, maar ja, in de thuiszorg ben je ook een beetje afhankelijk van de mensen zelf.’ (Int. 8)

Ten tweede komen thuisverpleegkundigen in aanraking met vrijheidsbeperkende maatregelen doordat zij geconfronteerd worden met de vraag naar het toepassen ervan. Deze vraag kan afkomstig zijn van de patiënt zelf of van de familie. Wanneer de patiënt dit vraagt, gaat het om cognitief goed functionerende, alleenwonende patiënten, die beperkt zijn in hun fysieke mogelijkheden. Deze patiënten vormen volgens de respondenten echter de minderheid van de populatie bij wie vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. De interviews tonen unaniem aan dat de maatregelen bijna hoofdzakelijk worden toegepast bij

patiënten met een verminderd cognitief functioneren. Vaak gaat het om al dan niet alleen-wonende, dementerende personen.

‘Ik ken geen één patiënt die is vastgebonden of vastgelegd wordt omdat hij niet dement is. Jawel uit veiligheidsmaatregelen, een bedsponde. Een palliatieve patiënt, daar wordt ook de bedsponde omhoog getrokken, maar dat is gewoon meer uit veiligheid. Maar als het echt is, dat zij er niet zouden uitkomen omdat het niet mag, dan is het omdat het meestal dementen zijn. Ofwel dement, ofwel veiligheid. Als het nu iemand is die 's nachts probeert om zelf alleen nog naar het toilet te gaan maar het is gevaarlijk omdat zij kan vallen, dan wordt er ook gezegd van ‘neen, het is gevaarlijk’, die bedsponden worden naar boven gedaan, en, ‘je moet uwe partner roepen, je mag niet alleen gaan’. Ofwel gaat het om veiligheid dat zij zouden vallen ofwel gaat het om dementie dat zij er zouden uitkruipen en zij iets zouden doen, dat je niet weet, dat de partner ondertussen niet weet wat zij aan het doen zijn’, ja dat is ook een vorm van veiligheid. Een demente patiënt die niet meer weet wat hij doet, daar worden ook de bedsponden naar boven gedaan. En meestal hebben zij niet het besef meer om er over te kruipen, daar gaat het dan ook om veiligheid. Maar bij de ene is het omdat zij vallen en bij de ander is het omdat je niet meer weet wat zij gaat doen ondertussen. Thuis gaat het vooral om veiligheid, ik heb niet de indruk dat het gaat om het vastbinden of het vastleggen, daar gaat het niet om.’ (Int. 3)

De vraag is meestal afkomstig van de familie. Deze heeft een niet te onderschatten invloed bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Thuisverpleegkundigen geven aan dat de toestemming van de familie noodzakelijk is voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo worden dergelijke maatregelen bijna nooit op eigen initiatief toegepast. Op basis van de interviews worden er twee groepen van families onderscheiden. Een eerste groep is vragende partij naar het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Hierbij onderscheiden we familieleden die aan de verpleegkundige een probleem signaleren en vervolgens, eerder indirect, naar een oplossing vragen. Deze familieleden staan open voor suggesties en hechten veel belang aan de mening van de thuisverpleegkundige.

‘Ja, meestal komt de vraag niet van hen, niet altijd, maar meestal wel. Ik zeg maar iets: ‘dat is al de derde keer dat hij weer uit zijn bed is gevallen’. Niet op vraag, maar wel op aangeven van. Ze beginnen allemaal informatie te geven, dat je dan zegt van ‘dat is ook niet verantwoord dat hij elke dag uit zijn bed valt’. Op hun aangeven begin je toch wel antwoorden te geven zoals ‘wat denk je van bedsponden’, maar eigenlijk, ... ja, niet duidelijk en rechtstreeks, maar langs zijwegjes soms. ‘Weten jullie geen oplossing want dat zou toch niet mogen’. Natuurlijk merken wij het ook. Als wij 's morgens bij iemand komen en die ligt alle dagen naast zijn bed, bij wijze van spreken, dan moet het geen vraag zijn van de familie. Dan



merk je ook wel van dat mag hier niet, hier moet iets mee gebeuren. Meestal is toch de familie die daar toch wel een grote rol in spelen. Geven ze het niet aan, dan ga je toch naar hen toe voor hun goedkeuring en voorstellen van 'als we dat doen, wat vind je daarvan'. Die worden toch wel betrokken in dat proces. Nooit iets op eigen houtje gaan doen.' (Int. 2)

Daarnaast zijn er familieleden die aan thuisverpleegkundigen uitdrukkelijk vragen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Deze familieleden hebben een dominante en beslissende stem. Zij verzetten zich tegen alternatieven en laten de verpleegkundige weinig keuze. Hierdoor sturen zij voor een stuk het verpleegkundig handelen. Thuisverpleegkundigen proberen wel om de familie op andere gedachten te brengen maar ervaren weinig openheid van hen. Enkele verpleegkundigen leggen zich hierbij gedeeltelijk neer omdat dit hoort bij de specificiteit van de thuiszorg en de keuze voor thuisverpleging. Ook geven enkele verpleegkundigen aan dat zij moeilijk tegen deze familieleden kunnen in gaan omdat het risico bestaat dat de familie beslist om de zorgverlening te stoppen. Hierdoor zou de weinige controle op goede zorg voor de patiënt die thuisverpleegkundigen hebben, wegvallen.

'God ja, kan je er tegen zijn als het geëist wordt van de echtgenote? Het is allemaal voor ons beslist door de familie en dan heb je het gevoel dat je er niet veel inbreng in hebt. En dan is het ook zo het gevoel van als je toch eens probeert van iets minder of eens over te slagen, en dan bots je op weerstand bij de echtgenote. 'Neen, neen, dat kan niet, we hebben dat al eens, en die pamber en die lakens', je zit direct tegen een muur. Ik denk dat zij het voordeel, dat zij niets anders dan de voordelen ziet en de nadelen niet meer ziet. Omdat zij van echte polsbandjes is overgestapt naar die riemen en de nadelen ervan, ziet zij niet of wilt zij niet zien.' (Int. 2)

Naast de familie die eerder vragende partij is tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen onderscheiden we een tweede groep van familieleden, die eveneens bepalend aanwezig is in de thuissituatie maar die *geen voorstander* is van deze maatregelen. Deze familieleden ervaren de toepassing ervan zowel voor de patiënt als voor henzelf als traumatisch. Uit een aantal interviews komt naar voren dat familieleden tijd en 'ervaring' nodig hebben om de stap te zetten naar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

'Ja de familie had het daar echt moeilijk mee als wij zo zeiden van tot hier toe is het altijd zo met wat blauwe plekken en een schram afgelopen, maar daar gaat eens echt iets serieus gebeuren als zij echt ergens opvalt of gewoon misvalt. Maar ja, die mensen hadden zoiets van, vastmaken, neen, neen, ons moeder vastmaken, mijn vrouw vastmaken, dat is toch echt het laatste, ... De familie wou dat echt niet.' (Int. 14)

Tot slot zijn er situaties waar thuisverpleegkundigen zelf voorstellen om vrijheidsbeperkende maatregelen te hanteren. Meestal proberen zij om, ongeacht de vraag, samen met de familie te zoeken naar wat de beste oplossing is voor de patiënt. Soms blijken echter eigen praktische overwegingen de aanleiding te vormen om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen voor te stellen.

'Dat was een patiënte die Alzheimer had en dus niet meer wist dat ze niet meer kon lopen of staan en de familie was er eerst niet voor te vinden om die patiënt vast te maken, ook al werd dat door ons vaak aangeraden, want zij viel regelmatig. En dan na een val, waarbij de patiënt haar neus brak, is toen toch wel beslist van nu gaan we iets doen en daar hebben we toen besloten om de patiënt zowel in haar zetel als in haar bed vast te maken met zo een buikriem en dat ging eigenlijk heel goed. Het was genoeg dat zij voelde van ik kan niet, en dan probeerde zij gewoon niet meer. Zowel de familie als ikzelf hadden daar totaal geen problemen mee en volgens mij had de patiënte daar ook geen last van. Het was genoeg dat zij dat voelde na een tijd en dan deed zij geen moeite meer om nog recht te komen.' (Int. 14)

'Omdat mevrouw loopt met een looprekje en ze was een paar keer gevallen. Vroeger kwamen wij daar alleen om een pyjama aan te doen. En dan zeiden wij van ga naar bed wanneer je zin hebt. Maar die was een paar keer gevallen en dat die 's morgens daar nog wel lag. Plus dat wij heel lang moesten wachten eer dat die de deur open deed. Want dat is een patiënte met MS dus eer dat die dan recht was en dat wij ooit aan de kinderen gevraagd hadden van "krijgen wij geen sleutel?" Dan is eerst de sleutel gekomen om 's morgens binnen te geraken. En toen is gezegd van "Zou het dan niet veiliger zijn als wij ze dan al in bed leggen en vastleggen als we 's avonds komen dan weten we ook dat ze veilig in haar bed ligt en dan hoeven we ons geen zorgen te maken. Dat is eigenlijk met de kinderen zo stilaan gegroeid en beslist.' (Int. 11)

### C. Professioneel verantwoord handelen

De interviews tonen aan dat thuisverpleegkundigen op een professioneel verantwoorde manier proberen om te gaan met situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. In dit professioneel handelen worden twee facetten onderscheiden. Een eerste facet is dat hun professioneel handelen doelgericht is. Thuisverpleegkundigen streven in hun dagelijks handelen naar *goede zorg* in de eerste plaats voor de patiënt, en zijn familie. Onder deze goede zorg verstaan zij het persoonlijk welzijn, veiligheid en het behoud van de patiënt in de thuissituatie. Het tweede facet van het professioneel handelen is de *wijze* waarop thuisverpleegkundigen omgaan met situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Hierbij staan het doordacht en empathisch handelen alsook het team centraal.

1) Goede zorg

a) Persoonlijk welzijn

Thuisverpleegkundigen willen in de eerste plaats zo 'goed mogelijk doen' voor de patiënten en hun familie. Uit de interviews blijkt dat thuisverpleegkundigen een persoonlijke invulling hebben van wat dit 'goed doen' concreet betekent en hiernaar proberen te handelen. We merken dat wanneer thuisverpleegkundigen in contact komen met (vooral moeilijke) situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, zij geconfronteerd worden met hun visie op verplegen. Hierbij is het is voor de geïnterviewde thuisverpleegkundigen belangrijk dat de patiënten door hun handelingen er zowel lichamelijk als psychisch beter van worden. Door hun persoonlijke en vaak langdurige contacten kennen vooral de vaste thuisverpleegkundigen hun patiënten goed en zijn ze op de hoogte van de vaste gewoontes. Hierdoor zijn ze in staat om patiënten beter te begrijpen (ook degenen waar communiceren niet altijd meer mogelijk is) en hun handelen aan te passen aan wat goed is voor de patiënten. Ook delen zij hun kennis en inzichten met de familie om hen proberen te overtuigen dat bepaalde maatregelen 'niet passen bij de patiënt' en om vervolgens samen op zoek te gaan naar alternatieven. Zij proberen er bijvoorbeeld voor te zorgen dat de patiënt mee kan participeren aan het dagelijkse leven door ervoor te 'ijveren' dat hij mee aanwezig mag zijn in de woonkamer en niet wordt 'weggestoken' in een aparte kamer.

'Gewoon voor mijn patiënt, beschermen, ter preventie van het vallen, dus proberen van op zo een minst ingrijpend mogelijke manier voorkomen dat de patiënt valt en haar bezeert. Ik vind dat je altijd eerst moet zoeken naar de eenvoudige middelen dan zo maar direct ineens iemand te gaan vastmaken.' (Int. 14)

'Ook een beetje omdat je uw patiënt ook beter kent. Ik weet heel goed bij die patiënt, ik weet goed als er iemand komt die dan tegen mij zegt 'amaai, leg jij die altijd zo, doe jij altijd de deur vast en dan weg? Die mens kan er niet uit'. Ik versta heel goed dat je zo reageert, maar ik ken die patiënt en ik heb zoiets van 'ja, maar die vindt dat niet erg'. Want morgenvroeg ben ik daar al om 9 u en dan zegt zij 'moet ik nu al opstaan?', zij vindt dat niet erg. Daar ben je dan anders tegenover dan iemand die daar bijvoorbeeld maar 1 of 2 keer komt. Dus je weet zelf ook een beetje wat die patiënt wil.' (Int. 11)

'De beste zorg was vooral dat we zorgden dat zij echt genoeg comfort had, dat zij zichzelf goed voelde en dat ze alles had wat ze nodig had om 'gelukkig te zijn'. (Int. 10)

Het professioneel handelen van de thuisverpleegkundigen is naast het streven naar goede zorg voor de patiënt ook gericht naar streven naar goede zorg voor de familie. Het is voor de geïnterviewde thuisverpleegkundigen belangrijk om bij het streven naar goede zorg voor de familie, de goede zorg en het welzijn van de patiënt niet uit het oog te verliezen. De goede zorg voor de familie vertaalt zich ondermeer in de leefbaarheid voor de familie of in het verminderen van de draaglast van de familie. Thuisverpleegkundigen geven aan dat vrijheidsbeperkende maatregelen voor sommige familieleden een geruststelling betekenen. De familie is er immers van overtuigd dat de veiligheid van de patiënt door deze maatregelen gegarandeerd is en dat de patiënt hierdoor niet kan rond- of weglopen of vallen. Deze geruststelling is voor de familie belangrijk, zowel voor degenen die voortdurend aanwezig zijn en voor de patiënt zorgen en hierdoor wat ademruimte krijgen, als voor de werkende familieleden die de patiënt alleen moeten achterlaten. Daarnaast geven thuisverpleegkundigen aan dat er vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast omwille van en voor de nachtrust van de familie. Deze nachtrust is voor de vaak vermoeide familie essentieel om overbelasting te voorkomen, om de patiënt goed te kunnen blijven verzorgen en om de thuiszorg verder te kunnen zetten. Soms worden vrijheidsbeperkende maatregelen ook toegepast omwille van principes van de familie, zo blijkt uit de interviews. Zo weigert een familielid bijvoorbeeld om een ziekenhuisbed in de woonkamer te plaatsen en wordt de patiënt hierdoor boven 'opgesloten' in een kamertje. Iemand anders wordt bijvoorbeeld 's nachts aan de handen vastgebonden om te voorkomen dat hij zijn incontinentieluier kan verwijderen en stukscheuren. Thuisverpleegkundigen geven aan dat zij het moeilijk hebben met dergelijke situaties omdat de maatregelen in de eerste plaats niet ten goede komen aan de patiënt en er geen rekening wordt gehouden met het welzijn van de patiënt.

#### b) Veiligheid

Goede zorg betekent voor de thuisverpleegkundigen in de tweede plaats veiligheid garanderen. Uit de interviews merken we dat thuisverpleegkundigen vrijheidsbeperkende maatregelen vaak linken aan *veiligheid*. Zij gebruiken dan ook de term 'veiligheidsmaatregelen' eerder dan vrijheidsbeperkende maatregelen. Veiligheid is waar het volgens hen vaak om draait. Door het garanderen van de veiligheid trachten zij immers zorg te bieden die ten goede komt aan de patiënt.

Het garanderen van de veiligheid komt onder verschillende vormen voor in de interviews. Heel vaak hebben thuisverpleegkundigen het over het beschermen van patiënten of andere betrokkenen. Vrijheidsbeperkende maatregelen zorgen er immers voor dat patiënten zichzelf of de anderen niet kunnen kwetsen. Thuisverpleegkundigen halen deze veiligheid eveneens

aan in een preventieve context met vooral het voorkomen van vallen, weglopen, het binnenshuis betreden van trappen of van gevaarlijke dingen doen.

Wanneer thuisverpleegkundigen het hebben over veiligheid dan spreken zij in deze context vaak over haar tegenpolen zoals 'gevaar' en 'het blootstellen van patiënten aan gevaar'. Zo wordt volgens hen de veiligheid bij alleenwonende dementerende personen niet gegarandeerd wanneer deze ouderen zonder toezicht thuis worden opgesloten. Hierdoor worden zij blootgesteld aan gevaren. In het kader van de veiligheid, benadrukken thuisverpleegkundigen daarom ook het belang van de aanwezigheid en het toezicht van een derde. Thuisverpleegkundigen zelf zijn slechts kortstondig bij de patiënten aanwezig en laten hen, omwille van de veiligheid, dan ook niet graag alleen, zonder toezicht, en beperkt in hun vrijheid achter.

'Goh, eigenlijk niet, eigenlijk een vorm om de persoon zich beter te laten voelen en ook tegen zichzelf te beschermen. Omdat die mevrouw in het verleden heel regelmatig viel. Zij is dan naar de neuroloog geweest en die heeft in samenspraak met de huisarts dat product opgestart om meer rustiger te zijn, want die mevrouw kon geen minuut op een nacht rustig zijn. Die liep constant van hier naar daar en zij viel constant. Het is een maatregel die zij genomen hebben om te voorkomen dat zij zo veel viel.' (Int. 6)

'Iemand in die situatie is zoals een klein kind, die ziet geen gevaar, die moet tegen zichzelf beschermd worden. Zij zou zomaar ineens kunnen beginnen te spelen met een elektrisch vuur of zo. Of dingen aanzetten die in brand kunnen schieten of op straat ook een heel groot gevaar kunnen betekenen.' (Int. 1)

Tot slot moeten de vrijheidsbeperkende maatregelen volgens de geïnterviewden niet alleen de veiligheid van de patiënt als doel vooropstellen maar moeten zij op zich veilig zijn en op een veilige manier worden toegepast.

'Dat is ook genomen uit veiligheidsmaatregelen en dat is hier ook gezegd door de verantwoordelijke "wij doen dat niet". Er wordt ook direct naar de huisdokter gebeld van wij doen dat niet aan. Dus je moet een andere methode vinden want dat vinden wij te gevaarlijk. Dat gaat niet over psychologische of morele overwegingen van zover gaan wij niet voor iemand vast te houden. Het gaat zuiver en alleen over beveiliging, over het veilig zijn van de methode.' (Int. 15)

### c) Behoud van de thuissituatie

Naast de zorg voor het persoonlijke welzijn en het accent op veiligheid, impliceert goede zorg volgens de geïnterviewden ook het mogelijke doen om de patiënt in de thuissituatie te kunnen houden. De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is in sommige

gevallen een alternatief voor een opname in het rusthuis en volgens de verpleegkundigen dus een hulpmiddel voor het behoud van de thuiszorg.

‘Dus iemand opsluiten, die niet meer de macht heeft om iemand te alarmeren, dat vind ik erover. Maar een deel van de woning afsluiten, ten goede van de patiënt, voor zijn eigen, om niet in gevaar te komen, en om toch een thuiszorgsituatie mogelijk te maken, vind ik persoonlijk geen vrijheidsbeperkende maatregel. Als het ten goede komt aan de mogelijkheid of het iets langer proberen thuis te houden van de patiënt, dus thuiszorg mogelijk te maken, neen.’ (Int. 4)

Om de patiënt zo lang mogelijk thuis te laten, en soms ook omwille van de druk van de familie, zijn zij bereid om hun eigen grenzen te verleggen en af te stappen van hun vooropgestelde waarden en normen. Ondanks het feit dat thuisverpleegkundigen het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen in sommige situaties niet goedkeuren, begrijpen ze dat deze maatregelen het voor een stuk mogelijk maken dat de patiënt (langer) kan thuis blijven. Het is voor de geïnterviewde verpleegkundigen belangrijk dat zij patiënten, die zich in omstandigheden bevinden die indruisen tegen hun eigen waarden, toch kunnen verzorgen. Zij hebben hierdoor het gevoel dat zij de situatie mee in het oog kunnen houden en de patiënt niet aan zijn lot over laten. We merken dat thuisverpleegkundigen in deze situaties de patiënten extra goed proberen te verzorgen.

‘Ik wacht zeker tot na 7 uur, tot dat ik zeker weet dat ik binnenkan en ik probeer daar zo weinig mogelijk aan te denken. En de zorg te geven aan mevrouw die zij echt nodig heeft. En ook de zorg die zij verdient, want dat is een hele lieve dame, alles wat je wilt, maar ik probeer daar gewoon niet aan te denken.’ (Int. 6)

We merken drie soorten situaties waar thuisverpleegkundigen moeten handelen tegen hun vooropgestelde waarden en normen en waar zij bijgevolg hun grenzen ‘moeten’ verleggen. In de eerste plaats gaat het om situaties van (alleenwonende) dementerende ouderen die overdag of ’s nachts zonder toezicht worden opgesloten door de familie of door de thuisverpleegkundige. De verpleegkundigen krijgen van de familie hiertoe de opdracht. Volgens de thuisverpleegkundigen zijn deze situaties voorbeelden waar het thuis blijven wonen van de patiënt uiterst gevaarlijk is, waar thuiszorg begrensd is en waar een opname in het rusthuis wenselijk is. Vervolgens zijn er situaties die volgens de thuisverpleegkundigen grenzen aan ouderenverwaarlozing of - mis(be)handeling. In deze situaties merken we dat thuisverpleegkundigen extra aandacht besteden aan het goed verzorgen van de patiënt omdat dit volgens hen één van de weinige zaken zijn die zij in deze omstandigheden kunnen doen.

'Hij is een heel dominante man. En wat hij niet wil, dat gebeurt niet. Dus eigenlijk ga je daar binnen, eventjes binnen, die mevrouw wassen, verstand op nul, iets tegen hem zeggen en terug buiten. Omdat je aan de situatie toch niets kan veranderen. Haar gaan wassen en dan proberen om haar toch een beetje proper te maken, want zij is dan altijd zo smerig, dat je maar moet zoeken dat je daar iets proper vindt. Dat je dan eens zegt van ik zal haar haren eens wassen bijvoorbeeld.' (Int. 3)

'Ik zie mijn taak daarin, vandaar liefdevol dat er nog iemand is op een dag die vriendelijk is tegen de patiënt in kwestie. Hem een goede lichamelijke zorg te geven en proberen die vrouw te stimuleren als het nu warm wordt om hem een pull minder aan te doen. Van de persoon voldoende te laten drinken. En haar wat ondersteunen dat ze haar ding kan zeggen.' (Int. 5)

Ten derde, zijn er een aantal situaties waar familieleden, omwille van financiële overwegingen, de thuiszorg in standhouden. Een opname van de patiënt in een rusthuis is door het kleine pensioen, voor de familie een financiële aderlating. Dezelfde financiële overwegingen gelden ook wanneer aangepaste en correcte materialen nodig zijn om de patiënt op een veilige manier thuis te kunnen houden. In al deze situaties voelen verpleegkundigen zich vaak verplicht om hun grenzen te verleggen.

'Dat was een dame, van in de 80, al verregaande dement, en de familie sloot haar op in haar huis. Gas afgesloten, water dat had die zoon iets aan de kraan gedaan, dus je moest daar iets opvijzen en dan kon je die kraan open doen om water te pakken voor ons om haar toilet te geven. Dan dat daar terug af doen en dan moest je dat ergens wegsteken. Alles was afgesloten waar zij iets mee kon uitsteken. De sleutel lag buiten ergens verstopt en dan gingen wij daar binnen en als we naar buiten gingen moest je die deur terug vastdoen en die sleutel terug op zijn plaats doen. En dat was eigenlijk maar om één reden, die patiënt mocht niet naar een rusthuis want haar pensioentje was te klein en dan moesten de kinderen opleggen. Zo ervoer ik dat en zo durfden zij dat ook vlakaf zeggen en daar voelde ik mij heel slecht bij, als ik die deur terug moest vastdraaien, dat was verschrikkelijk. Niemand buiten ons en de familie weet de sleutel liggen, dat ging te ver bij mij. Dan kun je niet meer doen dan het hier (team) zeggen, maar dan wordt hier ook wel gezegd van dat gaat eigenlijk te ver, maar daar stopt het dan mee.' (Int. 14)

'Bij dementie, ik spreek dan over iemand die alleen woont, dat is bijna een onmogelijke situatie. In het ziekenhuis geven ze medicatie opdat zij bijna niet meer gaan dwalen. Dat kunnen wij niet doen. Als wij aan de dokter zeggen van kan u geen medicatie geven opdat zij niet zo extreme gevaarlijke dingen gaat doen, iets dat de geest wat minder actief maakt, dan is er gevaar dat die gaat vallen, dan worden die slaperig. Dan kunnen die niet meer uit hun bed en zo verder. Je kan met medicatie niet veel oplossen.' (Int. 1)

## 2) Wijze waarop

Thuisverpleegkundigen streven in hun professioneel handelen naar 'goede zorg'. De professionaliteit van de thuisverpleegkundigen komt ook tot uiting in de wijze waarop zij dit doel trachten te bereiken en in de manier waarop zij omgaan met situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. De ervaringen tonen aan dat zij dit doordacht en empathisch doen, met ondersteuning van het team.

Alvorens over te gaan tot een verduidelijking van deze concepten, stellen we vast dat het professioneel omgaan met deze maatregelen en het streven naar goede zorg, een voortdurend zoektocht vereist van de verpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen zoeken naar de beste oplossing, de juiste materialen of alternatieven, aangepast aan de individuele context. Zij proberen dan ook om deze materialen of alternatieven voor te stellen aan de patiënt en de familie.

'We zijn begonnen met een lendegordel, maar ja, dan zijn die handen nog vrij. En dat hielp misschien te voorkomen dat hij uit bed zou vallen, maar niet echt om hem tegen te houden dat hij die pamber in stukjes zou scheuren. Uiteindelijk hadden we dan aangedrongen op echte polsbandjes, vanuit de mutualiteitswinkel, en ja, dat heeft hoe lang goed gegaan, 6 maanden? Op een bepaald moment waren dat andere bandjes want die van de winkel deed hij los. Hoe dat is, onbegrijpelijk, maar ja en dan op aandringen van de echtgenoot. En dan hebben wij er ook op aangedrongen dat dit geweten was door de huisarts.' (Int. 2)

Door de afwezigheid van een transparant beleid, zijn thuisverpleegkundigen vaak aangewezen op het 'gezond verstand' wanneer zij met vrijheidsbeperkende maatregelen worden geconfronteerd. Daarnaast kunnen zij beroep doen op de verantwoordelijke wanneer zij zelf niet verder kunnen met een bepaalde situatie. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat (persoonlijke) ervaring, leeftijd en maturiteit hen helpen in het professioneel handelen om enerzijds te relativiseren en anderzijds meer greep te krijgen op moeilijke situaties.

### a) Empatisch handelen

De interviews tonen aan dat respect ten aanzien van de patiënt en de familie erg belangrijk is voor thuisverpleegkundigen. Uit de interviews blijkt dat zij uit respect voor de patiënt en de familie proberen om zich zo goed mogelijk in te leven in de belevingswereld van beide partijen. Zo proberen zij zich in te beelden wat het voor de patiënt betekent om in zijn vrijheid te worden beperkt. Uit de interviews kunnen we afleiden dat de thuisverpleegkundigen zichzelf vaak projecteren als patiënt en zich de vraag stellen wat zij op dat moment zelf zouden wensen, voelen en denken. Dit komt volgens de thuisverpleegkundigen vaker voor bij situaties die, volgens hen, niet beantwoorden aan goede zorg.



'De eerste keer dat ik bij die mevrouw aanbelde en ik nog niet wist dat zij was opgesloten, zat die mevrouw van de andere kant van de deur te schreeuwen, te huilen van 'ik kan hier niet uit, ik geraak hier niet uit, ik heb geen sleutel', is die zoon dan de deur komen opendoen en is die mevrouw dan, was zij op dat moment dementerend of niet, beginnen huilen van 'ik zit hier opgesloten in mijn eigen huis'. En ik vind dat, pas je dan toch zo een maatregel toe, verwittig dan toch tenminste de persoon zelf. Dat was ook niet gebeurd, die mevrouw was opgesloten in haar huis zonder dat zij het wist en dat vind ik ethisch onverantwoord.' (Int. 6)

'Dat is altijd wel in samenspraak met de gezinshulp of de familie. Dat is altijd in team afgesproken van hoe gaan we dat hier doen en iedereen moet zich er ook aan houden. Ook de familie, wij maken afspraken met de familie, het is niet alleen dat dit van ons niet mag, er is een afspraak. En hoe ik mij erbij voel? Ik vind dat een van de ergste dingen die een mens kan overkomen. Ik vind dat verschrikkelijk. Maar het helpt als je weet dat je dit vanuit je beroep doet, voor hun goed en het is ook de manier waarop je dit aanbrengt. Je moet niet, je moet ten eerste niet belerend of betutteld overkomen, want zij voelen dat. Als jij begint te zeggen zoals tegen een klein kind, met verkleinwoorden en zeggen van 'je mag dat niet meer', zo moet je dat niet gaan doen. Het is ook de manier waarop en je kan, als je dan beseft dat je hen daarbij helpt om hun gedrag aan te passen, dan is dat allemaal niet zo moeilijk.' (Int. 3)

'Ik reflecteer dat zo een beetje op mijn eigen. Dan denk ik als ik later oud moest zijn en ze moesten hier om half 7 aankomen en ik zou hier dan opgesloten zijn in mijn bed. Ik kan er niet meer uit, pak nu dat ik honger krijg. Je kan niets gaan halen om te eten. Wij zetten daar alles wel bij maar allé, ik denk dat ik dat een beetje reflecteer op mijn eigen. Wat als dat bij mij zo gebeurt. Hoe ga je daar dan zelf op reageren. Weet je, ik denk dan dikwijls. Ik ga niet naar buiten. Ik werk nog twee uurtjes voort en dan ga ik nog een terrasje doen. Of ik ga nog dat doen. Onze avond begint eigenlijk. En voor haar, haar dat is voorbij. Om half zeven is haar dag voorbij bij wijze van spreken.' (Int. 11)

Daarnaast blijkt dat thuisverpleegkundigen zich ook verplaatsen in de gedachtegang van de familie. Dit laat hen toe om beter te begrijpen waarom de familie bijvoorbeeld vragende partij is en aandringt op het toepassen en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit inlevend en begrijpend handelen, helpt de verpleegkundigen in hun aanpak om de familie te benaderen. Het impliceert echter niet dat de geïnterviewde thuisverpleegkundigen het altijd eens zijn met de wensen van de familie.

## b) Doordacht handelen

Het zoeken naar een zo goed mogelijke zorg vanuit een respectvolle en empathische houding leidt tot een doordachte manier van omgaan met deze maatregelen. Elke situatie of confrontatie met deze maatregelen brengt iets teweeg bij de verpleegkundigen. Door hun empathisch inleven, door hun kennis en naargelang het soort situaties waarmee zij in contact komen, worden thuisverpleegkundigen bijna automatisch geconfronteerd met hun visie op verplegen, met datgene wat zij, al dan niet beperkt in hun opleiding over hulpmiddelen of het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen hebben geleerd en met datgene wat kan en wat niet kan. Thuisverpleegkundigen zijn zich bewust van de kwetsuren bij het niet correct gebruiken van (ongeschikte) vrijheidsbeperkende maatregelen en observeren deze patiënten intensiever. Zij denken na over de gehanteerde middelen en over mogelijke alternatieven.

‘Ja, met het geval van die pamber omdat hij die in 1000 stukjes trekt, als wij nu eens een netbroekje over die pamber trekken, wat geeft dat. Dan werd daar op gereageerd van dat is al geprobeerd en dat hielp niet. Er wordt wel naar alternatieven gezocht.’ (Int. 2)

‘Teleurstelling mag ik niet zeggen, maar je voelt je dan als verpleegkundige dan toch zo wat in het nauw gedreven van kijk, je hebt van alles geleerd, je weet dat er allemaal mogelijkheden en hulpmiddelen zijn en je kan die niet toepassen. Je kan ze niet gebruiken, in deze situatie.’ (Int.10)

Thuisverpleegkundigen geven aan dat de beslissing om vrijheidsbeperkende maatregelen te gebruiken niet op eigen initiatief wordt genomen maar vaak na overleg en mits de toestemming van, bij voorkeur, de patiënt én de familie. Zij zijn actief bezig met de familie, zeker in situaties waar het toepassen van deze maatregelen wordt overwogen of effectief wordt toegepast. Op die manier trachten zij te zoeken naar een zo goed mogelijke oplossing om de patiënt op een veilige manier thuis te kunnen houden die tegelijkertijd ook haalbaar is voor de mantelzorger. Thuisverpleegkundigen proberen aan te voelen wat voor de familie een mindere belasting zou betekenen, zonder (te veel) te moeten inleveren aan het welzijn van de patiënt. Ook bewaken zij dat de familie zichzelf niet volledig wegcijfert en observeren zij of dat de zorg nog haalbaar is. Zij proberen de familie te overtuigen en hen geleidelijk aan te doen begrijpen dat bepaalde zaken anders en beter kunnen. Zo wijzen zij familieleden op de gevaren van gekozen vrijheidsbeperkende maatregelen en proberen zij hen te overtuigen om over te stappen naar alternatieven. Dit doen zij samen en in dialoog met de familie en met behulp van de ondersteuning van het team.

‘Vooral controle over, dat zij geen doorligwonden krijgen, en ook in het oog houden dat de familie rondom de zorg blijft aankunnen, en dan ook de gezondheidstoestand van de patiënt mee opvolgen, vooral over andere ziekten.’ (Int. 12)

‘Dat je echt mee in het oog houdt van stap naar stap hoe hulpbehoevend zij wordt, wat je allemaal nog bij moet doen. Ik weet dat er in het begin geen bedsponden waren maar dat de man op de duur wel zei dat hij haar ‘s avonds nog eens draaide op haar zijde en een bananenkussen dicht bij haar legt en een stoel tegen het bed, om toch maar te zien, moest er iets gebeuren dat zij er toch niet zomaar bij lag. Dus dat je dat toch regelmatig besprak met die man en ook vragen stelde van hoe de nacht was geweest, dat je toch kon zien of er nog iets meer hulpbehoevend nodig is of niet.’ (Int. 10)

### c) Team

Binnen het professioneel handelen van de thuisverpleegkundige, neemt het team een centrale plaats in. Uit de interviews blijkt dat bijna alle situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen, tijdens de patiëntenbespreking aan bod komen. Naargelang de situatie gebeurt dit uitgebreid en op regelmatige basis of minder uitgebreid en sporadisch. Vooral over de moeilijkere situaties wordt tijdens deze besprekingen grondig nagedacht, blijkt uit de interviews. Tijdens deze besprekingen worden de situaties besproken, ideeën en suggesties worden uitgewisseld en beargumenteerd. Wanneer er bijvoorbeeld een verschillende visie is tussen de thuisverpleegkundige en de familie met betrekking tot de gebruikte maatregelen of verschillende verpleegkundigen onderling, wordt in team bekeken hoe men zich hier tegenover kan positioneren en hoe men hier constructief mee kan omgaan. Op basis van kennis en ervaring komt men vervolgens binnen dit overleg tot een kritisch oordeel en tot een gezamenlijke en onderbouwde groepsbeslissing. De interviews tonen ook aan dat wijzigingen in beslissingen alsook de evoluties telkens weer op het teamoverleg worden besproken.

‘Dat is als team afgesproken, hoe wij dit allemaal gaan regelen en je staat daar niet alleen voor. Dat is een beslissing vanuit de groep, we hebben dat geëvalueerd, oké, dat loopt niet, we gaan het opnieuw doen, dat is een beslissing van de groep en dat maakt het veel gemakkelijker. Dat is mijn beslissing niet. Dat is een gedeelde verantwoordelijkheid, als er dan toch iets fout loopt, stel dat er nu brand uitbreekt.’ ... ‘Als dat mijn verantwoordelijkheid alleen zou zijn, dan weet ik zelf niet of ik dit zou durven, maar dat is een beslissing vanuit de groep, samen met de hoofdverpleegster. Wij hebben er ernstig over nagedacht, dat is ons kritisch oordeel, onze beslissing vanuit ons beroep, onze ervaring. Alleen zou dat moeilijker zijn, want dan is het onze verantwoordelijkheid. Maar wij hebben dat allemaal opgeschreven in het verpleegdossier, dat is heel goed verantwoord, dat staat in dat dossier waarom, de

redenen, onze ervaringen, dat is wel een verantwoorde beslissing geweest en ja, met de nodige risico's ingecalculerd.' (Int. 1)

Wat uit de interviews opvalt, is dat thuisverpleegkundigen tijdens deze patiëntenbesprekingen vaak 'ventileren' over moeilijke thuiszorgsituaties en dat de bevestiging door en de erkenning van hun collega's voor hen belangrijk is. Aangezien de verpleegkundigen vaak alleen zijn bij de patiënt en de familie, wordt het teamoverleg als een belangrijke ondersteuning ervaren voor hun professioneel handelen doordat er tijdens dit overleg een gezamenlijk standpunt wordt ingenomen.

'Er wordt dan gezegd van ja, dat gebeurt daar en wij zitten daar zo een beetje met het gevoel van, we vinden eigenlijk niet dat het nodig is en we hebben dat wel al eens aangevraagd aan die dochter maar dat hielp niet. Hebben jullie andere suggesties of hoe zouden jullie daar op reageren. En meestal diegene die dan aan tafel zitten, kennen de patiënt ook wel en die zeggen van, dat is gewoon een dochter waar je niet mee weg kunt, daar moet je gewoon naar luisteren, meer kun je daar niet bij doen en dan zeggen ze van, ja we begrijpen wel dat je daar mee zit, maar eigenlijk is dat voor ons van, er wordt eens geluisterd naar u en je hebt zo iets van, ja, je bent toch goed bezig. Ik kan daar niet meer doen dan dat ik eigenlijk al doe zo.' (Int. 11)

#### D. Beleving

De confrontatie met vrijheidsbeperkende maatregelen laat thuisverpleegkundigen niet onverschillig en gaat gepaard met veel emoties. In de interviews onderscheiden we naargelang de zorgsituatie zowel positieve als negatieve ervaringen bij thuisverpleegkundigen.

De vraag naar vrijheidsbeperkende maatregelen, confronteert de thuisverpleegkundigen met zowel eigen waarden en normen als deze van de familie. Sommige geïnterviewde thuisverpleegkundigen hebben een duidelijke visie over wat aanvaardbaar is in verband met het gebruik van deze maatregelen. De interviews tonen aan dat de thuisverpleegkundigen een positieve ervaring hebben wanneer de situaties overeenkomen met datgene wat zij volgens eigen overtuigingen verstaan onder goede zorg. Daarnaast merken we dat deze positieve ervaringen ook ontstaan wanneer de vrijheidsbeperkende maatregelen tot stand komen via een constructieve samenwerking met de familie. Deze samenwerking kenmerkt zich door een open communicatie, duidelijke afspraken en het samen zoeken naar alternatieven die ten goede komen aan de patiënt.

'In deze situatie vond ik dit helemaal niet erg. Dat is zoals bij een klein kind, daar ga je er ook voor zorgen dat de deuren dicht blijven en er voor zorgen dat zij nergens aan kunnen. Die

vrouw gaat niet beseffen dat zij iets mankeert door niet buiten te komen. Omdat zij ook niet, zij heeft ook niet de behoefte om buiten te lopen, in dit geval.’ (Int. 1)

‘Voor haar is dat, ik heb daar ook echt geen slechte ervaringen mee omdat ik weet dat het voor haar ook het beste is. Moest zij nu recht komen en zij valt, 105 jaar, ik denk dat je dan 9 kansen op de 10 al wel iets breekt als je recht komt en dat je dan nog verder van huis staat.’ (Int. 12)

‘Eigenlijk heel gewoon, ik was er zelf van overtuigd dat het echt nodig was en ik heb daar totaal geen problemen mee. ... heel goed eigenlijk. Ik vond dat op een simpele manier die patiënt veilig gesteld was en iedereen voelde zich daar goed bij. Zij had geen problemen, de familie was rustiger en voor ons was het niet zo ingrijpend als iemand te moeten vastmaken.’ (Int. 14)

Wanneer eigen waarden en normen worden overschreden of wanneer zij in situaties terecht komen waar ‘goede zorg’ voor de patiënt geen prioriteit is, wordt het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen door de geïnterviewde thuisverpleegkundigen negatief ervaren. In het interview wordt regelmatig aangehaald dat zij alleenwonende, dementerende patiënten, zonder toezicht ‘moeten’ opsluiten. Dergelijke situaties worden door thuisverpleegkundigen negatief beleefd omdat hun toedoen deze patiënten worden blootgesteld aan gevaren. Ook het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen om vooral de mantelzorger te ontlasten is een terugkerend element waar thuisverpleegkundigen het moeilijk mee hebben.

‘Gevoelens? Woede, ik ben een heel rustig en kalm mens anders hoor, maar woede omdat na zoveel aanmaningen of zo veel gesprekken met de familie, dat zij toch niet willen luisteren en dat zij toch niet willen begrijpen dat er zo veel gevaren aan verbonden zijn. Dat maakt mij boos van laat hier nu eens iets gebeuren, zijn jullie nu niet slimmer, begrijpen jullie dat niet, zo een soort woede. Ten tweede ook verdriet in die persoon haar plaats. Zij is opgesloten, zij heeft nog heldere momenten, zij wist zelfs niet dat zij opgesloten was. Dat moet verschrikkelijk zijn om opgesloten te worden in uw eigen huis.’ (Int. 6)

Negatieve gevoelens zijn ook aanwezig wanneer er weinig tot geen consensus is omtrent het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen onder de thuisverpleegkundige en de familie. Soms moeten thuisverpleegkundigen een stap opzij zetten omdat de familie niet wenst mee te werken en hen oplegt hoe zij de maatregelen bij een patiënt moeten toepassen. In deze situaties hellen de emoties over naar het negatieve omdat zij ofwel de rol toebedeeld krijgen van toeschouwer ofwel handelingen moeten stellen die ingaan tegen hun eigen overtuiging.

Tot slot geven thuisverpleegkundigen aan dat het voorkomt dat zij hun grens moeten verleggen omdat er omwille van de familie, de ziekte van de patiënt of van de zorgcontext geen andere mogelijkheid is. Zo stappen thuisverpleegkundigen over hun eigen grens heen omdat zij bang zijn om voor de organisatie patiënten te verliezen. Dit kan voorkomen wanneer zij de confrontatie aangaan met de familie of met de huisarts, die het standpunt van de familie verdedigt. Ook de eigenheid van de thuiszorg, waar de thuisverpleegkundige zich 'moet plooiën naar de wensen van de patiënt en de familie' kan wel eens de aanleiding zijn tot negatieve gevoelens bij de verpleegkundigen.

'Voor mij persoonlijk wel. Ik heb zoiets van toch blijf ik er mij niet goed bij voelen. Dat is voor mij een stuk grens verleggen. Dat was voor mij van zover ga ik. En nu moet ik het eigenlijk doen. Ergens heb ik het er wel moeilijk mee. Ergens vind ik dat wel dat ik daar een deel van mijn grens verlegd heb. Mijn grens ligt een stuk verder, maar ze ligt niet te ver dat ik het niet ... dingen die ik echt niet wil doen, die liggen heel ver. Nu ben ik er eventjes over gewipt over mijn grens maar veel verder als dit zal ik niet gaan. Mijn grens is zoals ik verzorg, zo zou ik zelf willen verzorgd worden. Dat is mijn visie nu ik iedere dag ga werken en nu ik zelf die patiënt moet opsluiten zo wil ik niet verzorgd worden. Dat is mijn grens overgaan.' (Int. 8)

'Als ik mij daar echt zelf niet goed bij voel, dan ga ik onze hoofdverpleegkundige daarover aanspreken en dan ga ik daar verder op in gaan. Ik ga zeker niet iets doen, want ik heb het met de hoofdverpleegkundige besproken, die deur op slot doen, dat ik het daar zelf wat moeilijk mee heb, maar als ik zelf zegde daar kan ik met mijn geweten niet mee om, dan ga ik daar zeker naar handelen.' (Int. 8)

'Je hebt geen keuze. Je kunt niet zeggen 'ik ga er niet naar toe. De patiënt staat op mijn ronde, ik doe die niet.' Ik ben er niet mee akkoord met die gang van zaken. Dat kan je wel waarschijnlijk via procedure en bla bla bla zeggen van 'zet die niet bij op mijn tour want ik doe daar niet aan mee'. Maar ja, dat is theorie en achteraf kan je dan zeggen van 'in het vervolg doen wij dat zo'. In de praktijk moet iedereen daar binnengaan en komt iedereen daar naar buiten als zijnde zeer gefrustreerd. Je kunt niets doen.' (Int. 15)

Machteloosheid en frustratie zijn voorbeelden van gevoelens die in de interviews worden aangehaald. De gevoelens van onmacht komen vooral voor in drie situaties. Ten eerste in situaties waar de waarden van de familie niet in het verlengde liggen van wat thuisverpleegkundigen verstaan onder goede zorg. Thuisverpleegkundigen kunnen en mogen vaak niets veranderen aan de situatie, omdat de familie in de thuiszorg prominent aanwezig is. Situaties waar de grens tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en oudermishandeling / ouderverwaarlozing vervaagt, is een extreme vorm van het waarden conflict tussen beide partijen. In deze context is het voor thuisverpleegkundigen moeilijk om goede zorg aan de

patiënt te leveren. Ten tweede komen deze gevoelens van onmacht voor in situaties waar thuisverpleegkundigen omwille van het ziektebeeld van de patiënt, geen andere keuze hebben en deze maatregelen moeten toepassen. Zo moet een dementerende man 's avonds met polsbanden worden vastgelegd in bed omdat hij zich anders tijdens de nacht voortdurend in zijn gezicht krabt. Ook vertelt een verpleegkundige over een epilepsiepatiënt die zij in de zetel moet vastzetten omdat hij tijdens een aanval anders uit de zetel zou vallen en zich kwetsen. Ten derde halen de geïnterviewden situaties aan waarin onenigheid tussen de familieleden onderling, ervoor zorgt dat voor de patiënt niets kan veranderen.

'Goh, ja, je bent soms zo machteloos, soms heb je geen keuze. Ik geef dat voorbeeld van die persoon met epilepsie, je hebt daar echt geen keuze. Je moet die eigenlijk wel een beetje een gordel aan doen, je staat daar machteloos, je kan daar niets aan verhelpen aan die epilepsie, dat is er en dat is zo. En dat komt, onverwacht, daar sta je machteloos tegen.' (Int. 2)

'We hebben één iemand gehad en daar had ik het er wel heel moeilijk mee. Dat was een dementerende patiënt die eigenlijk niet meer kon spreken. Eigenlijk als een plant leefde en die woonde bij haar dochter. Dat was een heel rustige patiënte, maar die dochter ging nogal graag weg. En dan was dat dikwijls 's morgens als wij haar wassen, dan moesten wij haar vastleggen in bed. Dan ging de dochter heel de voormiddag weg. En daar had ik het dan wel moeilijk mee, ook omdat die patiënt dan onrustiger werd. ... Ik vond dat erg. Ook al omdat zij niet kon uitspreken wat, als ze niet kunnen spreken vind ik dat ook nog erger. ... Deze patiënt werd kwaad. Ik had dikwijls de bedenking van 'waarom wordt zij kwaad', want je wist dan niet wat zij dacht of voelde. Dat vond ik wel het moeilijkste. Eigenlijk niet omdat je die vastlegde want langs de andere kant kon je die dochter daarin wel verstaan, van als zij alleen is, kan ze beter veilig zijn. Maar ik vond het moeilijk omdat die patiënt niet kon uitdrukken wat ze daar zelf van vond. ... ja, gewoon dat zij niet kon zeggen waarom dat ze onrustig werd als zij vastgemaakt werd, dat vond ik het vervelendste. Waarom dat zij dit gedrag vertoonde van het moment als zij die riem rond haar kreeg, want anders was dat dus een vrij rustige patiënte.' (Int. 11)

#### E. Betrokkenheid van de huisarts

De huisarts komt in het verhaal van de thuisverpleegkundigen slechts sporadisch aan bod. Omdat de huisarts in de thuiszorg een belangrijke hulpverlener is, werd in de interviews specifiek gepolst naar de ervaringen van thuisverpleegkundigen met de huisarts in het kader van vrijheidsbepalende maatregelen. We merken op dat de ervaringen van de thuisverpleegkundigen verschillen naargelang de huisarts en de zorgsituatie. Een aantal verpleegkundigen hebben een negatieve ervaring met de huisarts doordat hij volgens hen onvoldoende meewerkte om de situatie in het voordeel van de patiënt te veranderen of omdat hij zich

neerlegt bij de beslissing van de familie. Ook wordt in de interviews aangehaald dat de huisarts eerder komt voor het voorschrijven van gedragsbeïnvloedende medicatie en soms geen goed zicht heeft op dergelijke thuiszorgsituaties.

‘De huisarts was wel op de hoogte. Wij hadden dus die dochter, dat was daar een heel moeilijke situatie, die deed haar eigenlijk altijd beter voor dan dat ze eigenlijk was. Zij zei altijd van ‘ons moe wordt goed verzorgd, ons moe krijgt dit en dat’ maar dat was dikwijls niet waar. Er is ook een periode geweest dat ze haar moeder geen eten en drinken meer gaf omdat zij vond dat het zo moest. We hebben dan de huisarts gecontacteerd en vertelden van ‘ben je al in die situatie geweest’ en dat hij zei van ‘ja, wat is hier aan de hand want die moeder gaat wel heel hard achteruit, die wil niet meer eten of drinken’. Tot dat hij ons verhaal hoorde, ‘ja maar de dochter wil dat niet meer geven want zij vindt het niet meer nodig. Het is nodig dat je ons een beetje bij steunt en dat je ons daar een beetje bij helpt’. Dus dat was eigenlijk bij dat vastleggen ook zo, maar de huisarts had zo iets van ‘ja die moeder woont bij de dochter dus wat de dochter doet, dat is goed’. Hij zei altijd, ‘als de dochter dat zo doet en die heeft daar een goed gevoel bij, dan moet je dat zo laten. De dochter moet er later mee verder als moeder er niet meer is en moet dan het gevoel hebben dat ze haar moeder goed verzorgd heeft’. Dus eigenlijk hadden wij daar geen steun van de huisarts.’ (Int. 11)

‘Hier in de eerste situatie heb ik de indruk dat de huisarts, hij zegt dat ook als wij met hem contact hebben, ‘ja, ik vind dat het ook niet kan, maar ja, de familie wil niet, punt andere lijn’. Hij heeft dus ook nooit iets geprobeerd, vooral in deze situatie. Hij vindt dat het niet kan. Weinig initiatief.’ (Int. 4)

Andere verpleegkundigen hebben eerder positieve ervaringen met de huisarts. Zij beseffen ook dat hijzelf, net zoals de verpleegkundigen, zich, naargelang de context, niet in een gemakkelijke positie bevindt om de zaken te veranderen. Thuisverpleegkundigen ervaren dat de huisarts nog steeds veel aanzien geniet bij de ouderen en de familie. Vanuit deze positie kan hij in bepaalde situaties een positieve verandering teweegbrengen. De huisarts betekent voor een aantal verpleegkundigen een vorm van ondersteuning. Zo is het voor hen belangrijk dat de huisarts op de hoogte is van, vooral moeilijke, situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast.

‘Ik zie de huisarts als een tussenpersoon die misschien gedaan kan krijgen dat die deur niet meer op slot zou gegaan zijn. Dat hij nog meer invloed ging hebben dan ik. Maar dat is blijkbaar niet gelukt. Plus ik had ook een persoon om hen (de familie) mee over de streep te trekken om te bekomen dat zij toch werd opgenomen op de lijst voor het rusthuis.’ (Int. 6)

‘Ik denk ook wel dat het een beetje is zoals bij ons, als de kinderen dat beslissen, ik denk ook als huisarts gaat daar wel een rol in, maar als de kinderen zeggen bij ons gebeurt het zo, ik



denk dat de huisarts dan ook mag zeggen wat hij wil, zij beslissen uiteindelijk alles van wat er gebeurt.’ (Int. 8)

‘In die zin is hij eigenlijk voor ons het aanspreekpunt. Als er iets is in verband met die zorgen of wat we moeten toedienen dat wordt met hem besproken of gezegd van dat gaat moeilijk of dat gaat niet. Hij is ons aanspreekpunt daarover te samen met de familie om te zien of dat haalbaar is of niet. Maar ik veronderstel in zo soort van ... dat hij daarin zeker gekend wordt en dat het met hem en het ziekenhuis besproken wordt als tenminste de voorschriften komen vanuit het ziekenhuis.’ (Int. 15)

## HOOFDSTUK 4 - DISCUSSIE

### 4.1 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Het onderzoek naar de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is een waardevolle studie omwille van zijn verrijkende resultaten en doordat zij nationaal als internationaal 'uniek is in haar soort'. Het merendeel van het onderzoek rond vrijheidsbeperkende maatregelen is afkomstig uit de acute en chronische residentiële sector. Er bestaat, met uitzondering van de recente studies van de Veer et al. (2006, 2009) en van Halfens et al. (2009) zo goed als geen onderzoek over vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. Daarnaast is de huidige studie ook het eerste kwalitatieve onderzoek waar men met behulp van diepte-interviews, de ervaringen van thuisverpleegkundigen wil begrijpen.

Verschillende strategieën werden gehanteerd om de methodologische kwaliteit van het onderzoek te maximaliseren. Er is gebruik gemaakt van onderzoekertriangulatie (twee onderzoekers van het Wit-Gele Kruis, een onderzoeker met expertise binnen kwalitatief onderzoek en een academisch expert in vrijheidsbeperkende maatregelen en ouderenzorg), personen-triangulatie (informatie afkomstig van twee verschillende perspectieven namelijk de thuisverpleegkundigen en de sleutelfiguren), methodetriangulatie (diepte-interviews en een sleutelinterview ~ focusgroep) en contexttriangulatie (interviews zijn afgenomen in verschillende provincies en afdelingen met mogelijks telkens een ander beleid).

Een methodologische zwakte van het onderzoek is dat omwille van praktische redenen er geen theoretische steekproef werd gehanteerd. Als we kijken naar de samenstelling van de uiteindelijke gerealiseerde doelgerichte steekproef, kunnen we besluiten dat het om een relevante en gevarieerde steekproef gaat.

Alle interviews zijn gestart met een ruime begripsomschrijving van vrijheidsbeperkende maatregelen. Mogelijks heeft deze ruime omschrijving de geïnterviewde thuisverpleegkundigen beïnvloed in het geven van een ruime begripsomschrijving van vrijheidsbeperkende maatregelen. Langs de andere kant heeft deze omschrijving toegelaten om geen enkele vorm van vrijheidsbeperkende maatregelen die door de respondenten werd aangehaald, uit te sluiten.

Voor dit onderzoek is er saturatie van gegevens, behalve voor de categorie 'de betrokkenheid van de huisarts'. Tijdens de interviews kwamen er geen nieuwe gegevens meer naar voren ter verduidelijking van de beschreven concepten. Binnen het onderzoeksteam is beslist om de huisarts duidelijk te vermelden in de resultaten omdat de sporadische

vermelding van de huisarts in de ervaringen van thuisverpleegkundigen net een belangrijke vaststelling is.

## **4.2 De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen**

### 4.2.1 Vrijheidsbeperkende in de thuiszorg: een realiteit in de thuiszorg

Op basis van de literatuur kunnen we stellen dat er weinig informatie beschikbaar is over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de (Vlaamse) thuiszorg. Het doel van het kwalitatief, exploratief onderzoek was dan ook om, op basis van de ervaringen van de thuisverpleegkundigen, inzicht te verwerven in deze problematiek en om te begrijpen hoe het toepassen van deze maatregelen in de thuiszorg/thuisverpleging gebeurt. Het huidige onderzoek heeft toegelaten om hierover een eerste beeld te vormen.

Vooreerst bevestigt het onderzoek de vermoedens dat vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg effectief voorkomen en dat thuisverpleegkundigen wel degelijk geconfronteerd worden met de toepassing ervan. Ten tweede merken we dat thuisverpleegkundigen op basis van kennis en persoonlijke ervaring een eigen invulling geven aan het begrip waardoor vrijheidsbeperkende maatregelen voor elke verpleegkundige iets anders betekent en dat het voor hen moeilijk is om het begrip eenduidig te omschrijven. Ook leiden we uit de interviews af dat er bij de thuisverpleegkundigen onduidelijkheid is betreffende de eigen verantwoordelijkheid in deze context. Sommige thuisverpleegkundigen hebben bijvoorbeeld geen zicht op het feit dat zij juridisch aansprakelijk zijn en blijven voor de handelingen die zij stellen in het kader van de uitoefening van hun beroep en met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, ook bij patiënten waar zij op vraag van de familie deze maatregelen toepassen.

Het onderzoek toont aan dat in de thuiszorg zowel de klassieke fysieke fixatiemiddelen worden toegepast zoals het gebruik van de bedsponden, het opzetten van de patiënt in een diepe of geriatische zetel al dan niet met een voorzettafel, als het op sluiten van kamersdeuren of het op slot doen van de voordeur. Technische middelen, zoals het gebruik van domotica, zijn tijdens het interview niet aan bod gekomen. Volgens Delpa et al. (2010) komen domotica maar gedeeltelijk in de plaats van fixatie. Doordat zorgverleners vinden dat domotica minder bescherming biedt dan fixaties, zien zij deze toepassing eerder als een aanvulling op de bestaande maatregelen dan als een alternatief. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden in de thuiszorg vooral toegepast bij dementerende patiënten, zo blijkt uit dit onderzoek. Het profiel van de dementerende persoon bepaalt immers mee of

vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt. Dit bevestigt ook onderzoek uit de (inter) nationale literatuur waarbij het vooral de kwetsbare ouderen zijn met functionele beperkingen, toegenomen lichamelijke afhankelijkheid, mobiliteitsproblemen, cognitieve stoornissen, gedragsproblemen en een voorgeschiedenis van vallen die een verhoogd risico hebben om in hun vrijheid te worden beperkt (Gastmans & Milisen, 2006). Een bijkomende factor, specifiek voor de thuiszorg, is dat sommige dementerende patiënten alleen wonen. Deze contextgebonden factor wordt in de literatuur niet vernoemd. Ook in de redenen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, onderscheidt de thuiszorg zich van de residentiële sector. Naast het garanderen van de veiligheid (o.a. valpreventie) worden in de thuiszorg vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast op vraag van de familie, om de mantelzorger te ontlasten of om de patiënt in de thuissituatie te kunnen behouden. Het ontlasten van de mantelzorger en vooral het behoud van de thuissituatie is een vernieuwend element dat uit deze studie naar voren komt en wat, voor zo ver wij kunnen inschatten, niet wordt aangehaald in ander onderzoek. Het langer kunnen thuis houden van de patiënt speelt een rol in de positieve ervaringen die thuisverpleegkundigen hebben met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Storend gedrag van patiënten, onder de vorm van wegloupedrag en agressie, laat de mantelzorgers, volgens de geïnterviewde thuisverpleegkundigen, niet toe om een normaal leven te leiden en maakt dat zij nooit 'gerust' zijn. In het onderzoek van de Veer et al. (2009) zijn de bescherming van de cliënt en het verzoek van de familie de belangrijkste reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. In de acute en chronische residentiële zorg worden patiënten vooral in hun vrijheid beperkt omwille van de veiligheid, het voorkomen van vallen, het managen van opwinding en agressie, het controleren van gedrag, het voorkomen van zwerfgedrag en het verschaffen van fysieke ondersteuning (Evans & FitzGerald, 2002).

Hoewel we door dit onderzoek een eerste zicht krijgen over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en kunnen stellen dat deze maatregelen ook een problematiek zijn die in de thuiszorgsector aanwezig is, zijn er nog veel hiaten. Er is bijvoorbeeld nog onvoldoende inzicht over de grootte van het probleem en er bestaat nog veel verwarring rond het concept.

#### 4.2.2. Moeilijk, controversieel, ethisch en juridisch geladen onderwerp

Op basis van de interviews stellen we vast dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen een moeilijk, controversieel en een ethisch geladen onderwerp is, niettegenstaande er weinig ethische reflectie is bij de verpleegkundigen.

Vooreerst geven een aantal verpleegkundigen aan dat zij ter voorbereiding van het interview zeer goed hebben moeten nadenken over dit onderwerp en over wat vrijheidsbeperkende maatregelen concreet inhouden. Ook merken we dat de geïnterviewde thuisverpleegkundigen doorheen het interview tot een grotere bewustwording komen over vrijheidsbeperkende maatregelen en de draagwijdte ervan. Daar waar zij in het begin van het interview moeilijkheden hadden om vrijheidsbeperkende maatregelen te omschrijven, evolueerden zij doorheen het gesprek en gaven zij extra informatie waar zij oorspronkelijk tijdens hun voorbereiding niet aan gedacht hadden.

Ook geven een aantal verpleegkundigen aan dat sommige handelingen, zoals het gebruik van de bedsponden of het plaatsen van een patiënt in een diepe geriatische zetel al dan niet voorzien van een voorzettafel, bijna automatisch en routinematig gebeuren. Door de onduidelijkheid over het begrip en doordat vele verpleegkundigen deze maatregelen percipiëren als veiligheidsmaatregelen, staan zij hier ook niet verder bij stil. Daarnaast merken we dat vooral de moeilijke thuiszorgsituaties die volgens de verpleegkundigen grenzen aan ouderenverwaarlozing/-mishandeling aan bod komen tijdens de patiëntenbesprekingen. De afwezigheid van een duidelijk beleid en visie binnen de organisatie onderstreept dat de problematiek van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg onvoldoende wordt onderkend en dat men hier minder bewust en minder actief mee bezig is. Ook het feit dat de huisarts in het kader van vrijheidsbeperkende maatregelen slechts sporadisch aanwezig is in het verhaal van de verpleegkundigen is hierin een belangrijk signaal.

Voorts merken we dat, ongeacht de situatie, het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen emotioneel belastend is voor de geïnterviewde thuisverpleegkundigen. Chuang & Huang (2007) bevestigen dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen gepaard gaat met veel emoties. Uit de interviews leiden we af dat thuisverpleegkundigen vooral 'geraakt' worden door situaties waar kwetsbare dementerende patiënten in hun vrijheid worden beperkt. Vaak gaat het om negatieve contrastervaringen waar de waarden van de thuisverpleegkundigen botsen met de door de familie gevraagde zorg en hun eigen visie op goede zorg. Dit komt doordat het handelen van hulpverleners zich steeds afspeelt in een menselijke context waardoor er altijd tegenstrijdige verwachtingen, gevoelens en wensen aanwezig kunnen zijn. Deze zijn gebaseerd op ethische waarden en normen die de verschillende betrokkenen er op na houden en waardoor er zich een conflict kan voordoen tussen de verwachtingen, de wensen en de gevoelens van de hulpverlener en die van de andere betrokkenen (Gastmans & Vanlaere, 2005). Thuisverpleegkundigen bevinden zich zo in een conflictsituatie wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast die volgens hen, niet de goede zorg van de patiënt beogen. Sommige families vragen bijvoorbeeld dat

de voordeur bij dementerende patiënten steeds wordt gesloten omwille van de veiligheid van hun familielid. Thuisverpleegkundigen vinden dat deze personen hierdoor worden blootgesteld aan allerhande gevaren en dat het integrale welzijn van de patiënt wordt geschaad. Losstaand van de bevinding dat de thuisverpleegkundigen weinig zicht hebben over de juridische aspecten in termen van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, is de Belgische regel- en wetgeving hier onvoldoende duidelijk in. Volgens het eindverslag van de Technische Commissie voor Verpleegkunde rond fixatie en isolatie, kan de toepassing van de technische verpleegkundige verstrekking 'maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht' in de huidige juridische situatie niet volwaardig worden toegepast aangezien thuisverpleegkundigen organisatorisch en materieel niet in staat zijn om in te staan voor de beveiliging en het toezicht op de patiënt. Ook mag deze maatregel niet gedelegeerd worden aan medebewoners (KB 18/06/1990) en kunnen zorgkundigen enkel handelen in opdracht van een verpleegkundige (Technische Commissie voor Verpleegkunde, Werkgroep Fixatie en Isolatie, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2007). Verder is volgens deze werkgroep een 'aanpassing van de wetgeving noodzakelijk waarbij de verpleegkundige in de mogelijkheid verkeert om onder welbepaalde voorwaarden technische verpleegkundige verstrekkingen te delegeren'. Volgens dit zelfde eindverslag dient men bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg rekening te houden met artikel 5 van het Europees Verdrag ter Bescherming van de Rechten van de Mens en met artikel 12 van de Belgische Grondwet. Deze wetten voorzien dat enkel de bevoegde rechter een persoon van zijn vrijheid kan beroven. De Wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt (art. 5) waarborgt het recht op de menselijke waardigheid, het recht op zelfbeschikking en het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstreking die beantwoordt aan de behoeften van de patiënt. De Wet van 26/06/1990 met betrekking tot de bescherming van de persoon van de geesteszieken stelt dat beschermingsmaatregelen alleen mogen getroffen worden, bij gebreke van enig andere geschikte behandeling, ten aanzien van de geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist. Artikel 422bis van het strafwetboek straft degene die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert.

#### 4.2.3. Het streven naar goede zorg is een zoektocht

Uit de interviews leiden we af dat het omgaan met situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast en het streven naar goede zorg in deze situaties, een zoektocht is voor de verpleegkundigen.

We krijgen uit de interviews geen duidelijk verhaal vertrekking van een duidelijke visie en doelstellingen. Het is voor de thuisverpleegkundigen moeilijk om bij aanvang van het interview, hun ervaringen te verwoorden. We krijgen de indruk dat deze ervaringen gekleurd worden door hun persoonlijke kennis en ervaring, door hun verpleegkundige expertise en door de soort situaties waarmee zij binnen hun praktijkervaring geconfronteerd worden. Sommige thuisverpleegkundigen geven aan dat zij bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen vooral hun gezond verstand moeten gebruiken.

De diversiteit van de thuiszorgsituaties impliceert dat thuisverpleegkundigen in elke situatie geconfronteerd worden met een andere patiënt, met zijn/haar familie en met een andere context. Dit brengt met zich mee dat elke situatie een individuele en aangepaste benadering vereist. De aanwezigheid van een beleid of visie en een richtlijn zou voor thuisverpleegkundigen een belangrijke vorm van ondersteuning kunnen betekenen waarop zij hun handelen kunnen baseren om te zoeken naar een zo goed mogelijke oplossing voor iedereen. Het toepassen van deze maatregelen is immers een interactief gebeuren tussen de patiënt, de verpleegkundige en de familie.

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden vooral toegepast bij een kwetsbare patiëntengroep in de thuiszorg, nl. de (alleenwonende) dementerende personen die omwille van hun ziekte, meestal sterk afhankelijk zijn van hulp door anderen. Zij lopen het risico om (tegen hun zin) beperkt te worden in hun bewegingsvrijheid omdat zij niet altijd in staat zijn om zich (non-)verbaal te verweren en hierdoor niet altijd even goed 'gehoord' worden.

Deze dementerende patiënten worden vaak door de familie bijgestaan. Specifiek voor de thuiszorg is dat de familie uitdrukkelijk aanwezig is in de thuissituatie en een doorslaggevende rol heeft bij het al dan niet gebruiken van vrijheidsbeperkende maatregelen. Sommige familieleden zijn vragende partij voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, terwijl anderen eerder tegen het toepassen van vrijheidsbeperking zijn. De verpleegkundige komt zowel met de patiënt als met de familie in contact en streeft naar goede zorg zowel voor de patiënt als voor de familie. Het is voor de thuisverpleegkundige dan ook niet altijd gemakkelijk om te achterhalen wat goede zorg voor de dementerende persoon betekent, zeker wanneer datgene wat de familie verstaat onder goede zorg niet strookt met de visie van de verpleegkundige en wanneer de familie haar visie opdringt. In deze situaties probeert de thuisverpleegkundige prioriteit te stellen aan de goede zorg voor de patiënt wat niet gemakkelijk is door de dominerende rol van de familie. In andere situaties probeert de thuisverpleegkundige de familie te overtuigen om vrijheidsbeperkende maatregelen toch te gebruiken omdat het achterwege laten, gevaarlijk zou zijn voor de patiënt.

Hoewel thuisverpleegkundigen veel belang hechten aan en ondersteuning krijgen van het team, bevinden zij zich in de thuissituatie vaak in een geïsoleerde positie. Zij zijn alleen met

de patiënt en de familie en moeten autonoom beslissingen nemen. Zij voelen zich verantwoordelijk voor zowel de patiënt, de familie als voor de organisatie. Het is dan ook niet eenvoudig om voor elke partij goed te doen. Thuisverpleegkundigen willen streven naar kwaliteit van zorg en willen zorg bieden die zo goed mogelijk is aangepast aan de individuele situatie van de patiënt. Sommige verpleegkundigen achten het, vanuit hun verantwoordelijkheid en vanuit hun bezorgdheid om de veiligheid van de patiënt, nodig om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Naast de patiënt voelen zij zich verantwoordelijk voor de familie en proberen zij, in de mate van het mogelijke, hiermee rekening te houden op voorwaarde dat het belang van de patiënt niet uit het oog wordt verloren. Tegelijkertijd zijn zij bewust van de implicaties van hun handelen en voelen sommigen zich verantwoordelijk ten aanzien van de organisatie om geen patiënten te verliezen door niet te veel in strijd te gaan met de familie of met de huisarts.

Tot slot komt de huisarts in het verhaal van de verpleegkundigen slechts sporadisch aan bod. Sommige verpleegkundigen geven aan dat de huisarts een belangrijke vorm van ondersteuning zou betekenen wanneer de huisarts betrokken is bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg.

#### 4.2.4. Eigenheid van de thuiszorg

De eigenheid van de thuiszorg kleurt de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en komt in de interviews sterk tot uiting door de constante vergelijking met het ziekenhuis. Volgens de thuisverpleegkundigen ligt het accent in de thuiszorg op het unieke samenspel tussen de patiënt, de familie en de verpleegkundige. De context is in elke thuiszorgsituatie verschillend en vraagt een benadering 'op maat'. Specifiek voor de thuiszorg is dat de verpleegkundige thuis binnenkomt bij de patiënt en dat de patiënt en/of de familie bijna volledig kan bepalen hoe de zorg verloopt. De keuze voor thuisverpleging impliceert volgens de respondenten dat men zich aanpast aan de individuele thuiszorgsituatie. In het ziekenhuis is de 'fysieke omgeving' reeds verschillend. De patiënt verblijft samen met andere patiënten op een afdeling, waar er een (multidisciplinair) team aanwezig is, waar de familie op bezoek komt en waar er voortdurend toezicht is. De invloed van de familie in de residentiële sector is minder dominant doordat zij er weinig invloed heeft op de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt. Daarnaast kunnen thuisverpleegkundigen niet instaan voor het garanderen van toezicht bij patiënten die in hun vrijheid worden beperkt. Volgens de thuisverpleegkundigen zijn er in de intramurale sector procedures of richtlijnen voorhanden om het toepassen van deze maatregelen in goede banen te leiden. Dergelijke richtlijnen ontbreken (veelal) in de thuiszorg.



De specificiteit van de thuiszorg komt ook tot uiting in de geïsoleerde positie van de verpleegkundigen; zij kunnen niet onmiddellijk beroep kunnen doen op een team zoals in het ziekenhuis. Thuisverpleegkundigen geven wel aan dat er regelmatig patiëntenbesprekingen zijn waar vooral moeilijke situaties worden besproken en dat zij steeds terecht kunnen bij hun leidinggevende.

Tot slot neemt de familie binnen de thuiszorg een prominente plaats in. Net zoals in het onderzoek van de Veer et al. (2009) blijkt ook in deze studie het verzoek van de familie een grote invloed te hebben op de aanwending van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. Het verzoek van de familie is in 40 % van de gevallen de reden tot het gebruik van bedsponden. Voor het gebruik van de geriatische stoel en voor het opsluiten van de patiënt in de kamer of het thuis bedragen deze percentages respectievelijk 43 % en 61 % (de Veer et al., 2009). Ook in de Nederlandse Prevalentiemeting Zorgproblemen (Halfens et al., 2009) waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden bekeken in het kader van vallen, komt naar voren dat de familie in 35,3 % van de gevallen de initiatiefnemer is om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen in de thuiszorgsetting. De thuisverpleegkundigen in het huidige onderzoek geven aan dat de familie, gezien de specificiteit van de thuiszorg een belangrijke actor is en dat hun toestemming steeds vereist is. In het beslissingsproces geeft hetzelfde onderzoek van de Veer et al. (2009) aan dat het vooral de familie of de mantelzorger is die beslist over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (68,8 % bij het gebruik van bedsponden, 71,4 % bij het gebruik van een geriatische zetel en 79,7 % voor het opsluiten van de patiënt). Zowel het onderzoek van Haut et al. (2010) als het onderzoek van Saarnio & Isola (2010) bevestigen dat de visie en positie van zowel de verpleegkundige als van de familie belangrijke determinanten zijn ten aanzien van het gebruik van fysieke fixatie bij rusthuisbewoners.

### **4.3 Implicaties voor praktijk en toekomstig onderzoek**

Het onderzoek naar de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is een primeur voor de thuiszorg. De resultaten van het onderzoek laten toe om vanuit de ervaringen van de verpleegkundigen te begrijpen wat het betekent om in de thuiszorg vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen en geven tegelijkertijd aanleiding om een aantal implicaties voor de praktijk te formuleren. Deze implicaties hebben betrekking op visieontwikkeling, leiderschap, expertiseontwikkeling en verder onderzoek.

#### 4.3.1. Visieontwikkeling

Uit deze studie kan worden afgeleid dat er nood is aan een eenduidige en goed geformuleerde visie omtrent het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en aan een verankering van een dergelijke visie in het thuiszorgbeleid. Het onderzoek toont immers aan dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, nog meer dan in de intramurale zorg, te zeer afhankelijk is van de context en van de persoon van de verpleegkundige.

Het ontwikkelen en het goed implementeren van een richtlijn op basis van de vooropgestelde visie waarbij rekening wordt gehouden met de eigenheid van de thuiszorg, is nodig om thuisverpleegkundigen in hun vrij geïsoleerde positie een leidraad en ondersteuning te bieden bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voor de visie- en richtlijnontwikkeling in de thuiszorg kan het werk dat reeds werd verricht in de intramurale sector als uitgangspunt gebruikt worden. Een interessant document hieromtrent is het artikel over de zorghetische aanpak bij het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen (Gastmans & Milisen, 2006) en de richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt in de UZ Leuven (Milisen et al., 2006). Aanvullend op deze visie en richtlijn dient er rekening te worden gehouden met de bevindingen van het huidige onderzoek. Zo moet er bijvoorbeeld een begripsomschrijving zijn waarin duidelijk wordt afgebakend wat onder vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg moet worden verstaan. Een ander inspirerend en verhelderend document is het eindverslag van de Werkgroep Fixatie en Isolatie van de Technische Commissie voor Verpleegkunde (Federale Overheidsdienst, Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2007). Het proactief bespreken van de maatregelen met de patiënt en de familie alsook hen betrekken bij het beslissingsproces zijn elementen die zeker dienen aanwezig te zijn in de visie of richtlijn. Verder dient er in de visie- en richtlijnontwikkeling aandacht te worden besteed aan het opvolgen en regelmatig evalueren van patiënten die in hun vrijheid worden beperkt.

Tot slot is het belangrijk om stil te staan bij de grenzen van de verpleegkundige als zij zich in situaties bevindt waar deze worden overschreden. Er dient zich afgevraagd te worden tot waar de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige gaat en waar de verantwoordelijkheid van de organisatie start.

#### 4.3.2. Leiderschap

Op basis van de ervaringen van thuisverpleegkundigen leren we dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen een ethisch moeilijke problematiek is waarbij thuisverpleegkundigen zich vaak in een geïsoleerde situatie bevinden en de familie een dominerende invloed heeft. Daarenboven zijn er vragen naar de grenzen van zowel de verpleegkundige

verantwoordelijkheid als de verantwoordelijkheid van de organisatie, alsook vragen met betrekking tot de grenzen van de thuiszorg en de individuele thuiszorgsituatie. Verder merken we dat de maatregelen vaak worden toegepast bij (alleenwonende) dementerende patiënten, die een kwetsbare patiëntengroep in de thuiszorg vormen.

Gezien deze complexe problematiek is er in de thuiszorg nood aan sterk leiderschap en aan leidinggeevenden die ervoor zorgen dat het ethisch bewustzijn en het ethisch denken bij de verpleegkundigen wordt aangewakkerd. Leidinggeevenden kunnen dit doen, door het bespreekbaar maken van ondermeer (alle) situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen (of de vraag ernaar gesteld wordt) en door thuisverpleegkundigen te ondersteunen in hun ethische reflectie hieromtrent. Hierbij is het belangrijk dat de leidinggevende bewaakt dat de patiëntenbesprekingen niet herleid worden tot het ventileren van gevoelens van verpleegkundigen of dat dit teamoverleg gebruikt wordt als een legitimatie van bepaalde grensverleggende situaties en handelingen. Eens er een visie en richtlijn omtrent het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen beschikbaar is, is het belangrijk dat de leidinggevende deze in de praktijk samen met de collega verpleegkundigen implementeert en evalueert. Leidinggeevenden hebben een voortrekkersrol in het stimuleren van ethisch overleg, en dit niet alleen met de collega verpleegkundigen maar ook met de andere gezondheids- en welzijnswerkers. Sterke leidinggeevenden zijn nodig om thuisverpleegkundigen uit hun geïsoleerde positie te halen, om er voor te zorgen dat het toepassen van deze maatregelen minder aan het toeval wordt overgelaten en om te bewaken dat zowel de waarden die centraal staan in de organisatie als datgene wat van een thuisverpleegkundigen verwacht wordt niet overschreden worden. In een aantal situaties zal het nodig zijn dat de leidinggevende zich positioneert en de verpleegkundigen beschermt door aan de familie duidelijk de grenzen aan te geven van wat haalbaar en menselijk is.

#### 4.3.3. Expertise ontwikkeling – opleiding

Het onderzoek toont het belang van kennis aan over vrijheidsbeperkende maatregelen. In de literatuur is er, zowel voor de acute als voor de chronische zorgsetting, voldoende evidentie dat aantoont dat het opleiden en bijscholen van het verpleegkundig personeel rondom het deskundig omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen, aanleiding geeft tot meer kennis, veranderende attitudes en tot een doordacht en verminderend gebruik van deze maatregelen (Pellfolk et al., 2010, Evans et al., 2002). Naast een correcte omschrijving van het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen is het belangrijk dat verpleegkundigen kennis hebben over de alternatieven, de gevolgen en risico's van het toepassen van deze maatregelen voor de patiënt, hoe verpleegkundigen het best kunnen omgaan met situaties waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, enzovoort.

Het is dan ook belangrijk om te investeren in zowel de basisopleiding als in de bijscholing en vorming van de thuisverpleegkundigen.

#### 4.3.4. Onderzoek

Het huidige onderzoek geeft een eerste beeld over de verpleegkundige ervaringen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg. Er is echter nood aan het in kaart brengen van deze problematiek op grootte schaal om na te gaan hoe groot de problematiek in de thuiszorg is en waar de specifieke knelpunten liggen. Het huidige onderzoek heeft alvast rijk materiaal aangebracht om deze thematiek om te zetten in een vragenlijst. Items, die hierbij zeker moeten worden opgenomen, zijn o.a. de soorten van vrijheidsbeperkende maatregelen, de frequentie, de initiatiefnemer, de redenen voor het toepassen, de omstandigheden waarin deze maatregelen worden toegepast, welke maatregelen worden gepercipieerd als vrijheidsbeperkend, de rol van de huisarts, de samenwerking met andere disciplines, het noteren in het verpleegdossier, het toezicht, enzovoort. In de thuiszorg zijn vele actoren aanwezig, die ook in contact komen met vrijheidsbeperkende maatregelen en waar geen informatie over beschikbaar is. Het is dan ook belangrijk om zicht te krijgen op de visie en de beleving van andere gezondheids- en welzijnswerkers. Deze gezondheids- en welzijnswerkers zullen met situaties geconfronteerd worden waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast en waar thuisverpleegkundigen niet aan huis komen. In de eerste plaats wordt gedacht aan de huisarts, die in de huidige studie slechts sporadisch aan bod komt in het verhaal van de thuisverpleegkundigen. Verder onderzoek is noodzakelijk om na te gaan wat de rol en de positie is van de huisarts binnen deze thematiek. Ook de beleving, de ervaringen en de rol van bejaardenhulp, kinesitherapeuten, sociaal maatschappelijk werk en poetshulp zijn belangrijk om in kaart te brengen. In het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de familie een belangrijke rol speelt bij het toepassen van deze maatregelen in de thuiszorg. Zowel de familie als de patiënt zijn in dit onderzoek echter niet bevraagd. Meer informatie en inzichten over beide betrokken partijen kunnen professionele hulpverleners helpen bij het deskundig omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen.

## REFERENTIES

Chambers M., Ryan A.A. & Connor S.L. (2001) Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.* **8**, 99-106.

Chuang Y.H. & Huang H.T. (2007) Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J.Clin.Nurs.* **16**, 486-494.

Claessens E. & Vandebeek K. (2008) Fixatie binnen het Wit-Gele Kruis Limburg. Een eerste aanzet tot een fixatiebeleid (niet gepubliceerd rapport).

Depla M., Zwijsen S., te Boekhorst S., Francke A. & Hertogh C. (2010) Van fixaties naar domotica? Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie. Amsterdam, VUmc.

de Veer A.J., Francke A.L., Buijse R. & Friele R.D. (2009) The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *J.Am.Geriatr.Soc.* **57**, 1881-1886.

de Veer A. J., Francke A.L, de Kruif A. & Bolle F. J. (2006) Vrijheidsbeperkingen in de thuiszorg. Een inventarisatie onder verpleegkundigen en verzorgenden. *Verpleegkunde.* **21**, 254-264.

Dierckx de Casterlé B. et al. (2011) Quagol (publication in progress).

Evans D. & FitzGerald M. (2002) Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int.J.Nurs.Stud.* **39**, 735-743.

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

Evans D., Wood J. & Lambert L. (2003) Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J.Adv.Nurs.* **41**, 274-282.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2007). Eindverslag Technische Commissie voor Verpleegkunde. Werkgroep: Fixatie en Isolatie.

FitzGerald M. (2002) Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int.J.Nurs.Stud.* **39**, 735-743.

Gastmans C. & Milisen K. (2006) Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J.Med.Ethics* **32**, 148-152.

Gastmans C. & L. Vanlaere (2005.) Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen. Davidsfonds/Leuven.

Hamers J.P., Gulpers M.J. & Strik W. (2004) Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J.Adv.Nurs.* **45**, 246-251.

Hamers J.P. & Huizing A.R. (2005) Why do we use physical restraints in the elderly? *Z.Gerontol.Geriatr.* **38**, 19-25.

Haut A., Kolbe N., Strupeit S., Mayer H. & Meyer G. (2010) Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *J.Nurs.Scholarsh.* **42**, 448-456.

Hellwig K. (2000) Alternatives to restraints: what patients and caregivers should know. *Home.Healthc.Nurse* **18**, 395-402.

Holloway I. & Wheeler S. (1996) *Qualitative Research for Nurses*. Oxford: Blackwell Science.

Hughes R. (2008) Chemical restraint in nursing older people. *Nurs.Older.People.* **20**, 33-38.

Huizing A.R., Hamers J.P., de J.J., Candel M. & Berger M.P. (2007) Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Soc.Sci.Med.* **65**, 924-933.

Karlsson S., Bucht G., Eriksson S & Sandman P.O. (2001) Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J.Am.Geriatr.Soc.* **49**, 1722-1728.

Kirkevold O., Sandvik L. & Engedal K. (2004) Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int.J.Geriatr.Psychiatry* **19**, 980-988.

Ministeriële omzendbrief van 19 juli 2008.

Moons Ph, Gosset C, Milisen K, Sermeus W, De Vliegheer K, Scheepmans K, Heyden I, Schumacher I. Inventaris en toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg. Rapport in opdracht van FOD Volksgezondheid, Brussel, november 2007.

Moore K. & Haralambous B. (2007) Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J.Adv.Nurs.* **58**, 532-540.

Mott. S., Poole J. & Kenrick M. (2005) Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on the rehabilitation of older people. *Int.J.Nurs.Pract.* **11**, 95-101.

Pellfolk T.J., Gustafson Y., Bucht G. & Karlsson S. (2010) Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *J.Am.Geriatr.Soc.* **58**, 62-69.

Saarnio R. & Isola A. (2010) Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J.Clin.Nurs.* **19**, 3197-3207.

Strauss A.L. & Corbin J. (1990) Basics of Qualitative Research. Newbury Parans.

## **BIJLAGEN**

- Bijlage 1 - Informatiebrief voor de thuisverpleegkundigen
- Bijlage 2 - Toestemmingsformulier
- Bijlage 3 - Begripsomschrijving
- Bijlage 4 - Semi-gestructureerde vragenlijst voor de interviewer
- Bijlage 5 - Evolutie van analyses



Informatie aan de verpleegkundige

**ERVARINGEN VAN THUISVERPLEEGKUNDIGEN BIJ HET TOEPASSEN VAN  
VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN**

Brussel, 16 maart 2009

Beste thuisverpleegkundige

Het Wit-Gele Kruis en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven voeren een onderzoek naar de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit onderzoek is belangrijk omdat de vraag naar thuiszorg nog steeds toeneemt, omdat er verondersteld wordt dat het probleem van vrijheidsbeperkende maatregelen in de thuiszorg groter zal worden en omdat er weinig informatie beschikbaar is over het toepassen van deze maatregelen in de thuiszorg.

Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen van thuisverpleegkundigen met vrijheidsbeperkende maatregelen nader te onderzoeken en na te gaan hoe de thuisverpleegkundigen het toepassen ervan beleven.

Graag zou ik u willen uitnodigen om deel te nemen aan dit onderzoek. Uw bijdrage aan het onderzoek zou bestaan uit een 1 à 1,5 uur durend gesprek met mezelf, dat wordt opgenomen op geluidband. In dit gesprek kan u uw eigen ervaring in verband met de vrijheidsbeperkende maatregelen meedelen. De gegevens zullen door de medewerkers en betrokkenen in dit onderzoek vertrouwelijk behandeld worden en volledig anoniem verwerkt worden.

Wij zouden het erg op prijs stellen mocht u uw ervaringen met ons willen delen. Belangrijk is dat u geheel vrij blijft om al dan niet mee te werken aan het onderzoek. Wanneer u beslist deel te nemen, kan u op elk ogenblik uw toestemming intrekken en hoeft u hiervoor geen reden te geven. Er zijn geen directe voordelen of nadelen verbonden aan het onderzoek. Ook is er geen vergoeding voorzien indien u meewerkt aan het onderzoek. De resultaten van het onderzoek worden gebruikt in het kader van de studie en kunnen mogelijks gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift. Het onderzoeksproject is ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie voor Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen in Leuven.

Indien u wenst mee te werken aan het onderzoek, mag ik u dan vragen om bijgevoegde brief te ondertekenen en deze aan uw hoofdverpleegkundige te bezorgen. Indien u vragen of opmerkingen heeft, kan u mij altijd contacteren via mail ([kristien.scheepmans@vlaanderen.wgk.be](mailto:kristien.scheepmans@vlaanderen.wgk.be)) of op het volgende telefoonnummer: 02.739.35.11.

Van harte dank en vriendelijke groeten

Kristien Scheepmans  
Wetenschappelijk medewerker Verpleegkundig Departement  
Wit-Gele Kruis van Vlaanderen

Bijlage 2

Toestemmingsformulier

**ERVARINGEN VAN THUISVERPLEEGKUNDIGEN BIJ HET TOEPASSEN VAN  
VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN**

- Ik bevestig dat ik de **informatie** in verband met dit onderzoek heb gelezen en dat ik dit heb begrepen. Ik weet dat ik bij onduidelijkheden de onderzoeker kan contacteren.
- Ik begrijp dat mijn deelname **vrijwillig** is en dat ik op elk moment vrij ben om deze te beëindigen, zonder hiervoor een reden te geven en zonder nadelige gevolgen. Ik weet dat ik geen financiële vergoeding krijg en dat er geen direct voordeel is verbonden bij deelname.
- Ik begrijp dat de interviews worden afgenomen door de onderzoeker zelf en dat de opnames worden beluisterd door de onderzoeker en/of 1 vaste medewerker. Ik weet dat bij het uittypen van de opnames **alle namen en plaatsverwijzingen** worden **weggelaten** en dat de **directie geen kennis** heeft van wat er tijdens de interviews gezegd wordt.
- Ik begrijp dat de uitgeschreven interviews door het onderzoeksteam worden gelezen en geanalyseerd en ook worden gebruikt bij de bespreking van de resultaten. Ik weet dat citaten die in het onderzoeksrapport zullen aangehaald en vermeld worden, dienen als een verduidelijking van de resultaten en dat deze **volledig anoniem** zijn. Ik weet dat de **geluidopnames** na het uittypen van elk interview worden **vernietigd**.
- Ik begrijp dat de informatie die ik verstrek in strikte **vertrouwelijkheid** zal behandeld worden en dat anonimiteit wordt verzekerd.
- Ik verklaar hierbij vrijwillig **deel te nemen** aan dit onderzoek.

---

Naam deelnemer

Handtekening

Plaats en datum

---

Hiermee bevestig ik dat ik bovengenoemd persoon volledige informatie heb verschaft over het doel, de opzet en het werkplan van het onderzoek en over de voordelen, nadelen en risico's die aan de deelname zijn verbonden. Eventuele vragen zijn door mij beantwoord. Ik vertrouw erop dat de deelnemer de gegeven informatie heeft begrepen.

Naam onderzoeker

Handtekening

Plaats en datum

<b>KADER VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN</b>
--

- Gemeenschappelijk: het doelbewuste en opzettelijke aspect van vrijheidsbeperking
- Verschillende soorten:
  - het gebruik van fysieke fixatie:
    - elke behandelingsmethode (menselijk of mechanisch toegepast),
    - elke vorm van materiaal of elk soort uitrusting,
    - dat zich aan of in de buurt van het lichaam van de oudere bevindt,
    - met de opzettelijke bedoeling het verwijderen door de oudere te verhinderen en de bewegingsvrijheid van de oudere of de normale toegang tot zijn lichaam te beperken.
  - de chemische beperking:
    - het doelbewust en incidenteel gebruik van farmaceutische producten,
    - om het gedrag te controleren,
    - en/of de bewegingsvrijheid te beperken,
    - en welke niet vereist zijn om een medische geïdentificeerde aandoening te behandelen,
    - deze medicatie wordt opzettelijk door de zorgverleners naar eigen goeddunken toegediend om een patiënt te sederen.
  - de omgevingsbeperking:
    - beperken van de mogelijkheid van vrij te bewegen,
    - door het gebruik van elektronische armband (electronic key pad) of het opsluiten van een patiënt in de kamer, of huis.
  - een categorie andere.

**DE ERVARING VAN THUISVERPLEEGKUNDIGEN BIJ HET TOEPASSEN VAN  
VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN**

1. Wat verstaat u onder vrijheidsbeperkende maatregelen?
  - Definitie concretiseren met de gegevens vanuit het interview met de sleutelfiguren.
  
2. Kan u een recent voorbeeld geven van een situatie, waar u geconfronteerd bent geweest met vrijheidsbeperkende maatregelen?
  - Welke vrijheidsbeperkende maatregelen heeft u toegepast?
  - Waarom heeft u net deze vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast?
  - Wat was de aanleiding voor deze toepassing? (Reden, wie, wat)
  - Hoe heeft u het toepassen van deze maatregelen persoonlijk ervaren?  
Kan u mij uw gevoelens beschrijven wanneer u deze vrijheidsbeperkende maatregelen toepast?  
Welke emoties brengt het toepassen van deze maatregelen bij u teweeg?
  - Welke moeilijkheden heeft u hierbij ervaren?  
Kan u mij vertellen wat u moeilijk of vervelend vindt bij het toepassen van deze maatregelen?
  - Hoe bent u omgegaan met deze situatie?  
Waarom bent u op deze wijze omgegaan met deze situatie?  
Wie/ wat heeft u hierin ondersteund?  
Kunt u omschrijven hoe u met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen omgaat?
  - Wat is in uw ogen in deze situatie de beste zorg voor deze patiënt?
  - Hoe ziet u hier uw verpleegkundige verantwoordelijkheid?  
Hoe gaat u als verpleegkundige om met vrijheidsbeperkende maatregelen?
  
3. Kan u mij nog een ander voorbeeld geven van een situatie waar VBM worden of werden toegepast?
  - In welke mate is deze situatie verschillend met de situatie die u daarnet heeft beschreven?

4. In functie van het antwoord op bovenstaande vragen.
- Zijn er nog andere vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen die u bent tegengekomen?
    - Kan u een voorbeeld geven van een situatie waar men de chemische beperking, onder de vorm van medicatie toepast?
      - Kan u deze situatie wat meer omschrijven?
      - In welke mate is deze situatie voor u verschillend met degene die u daarnet heeft aangehaald?
    - Is het begrip omgevingsbeperking u bekend?
    - Wat verstaat u onder omgevingsbeperking? Kan u een voorbeeld geven van een situatie waar men de omgevingsbeperking, toepast?
    - Dwang bij ADL/onderzoek?

*Indien er iets niet aan bod is gekomen, eventueel nog volgende vragen.*

5. Bent u reeds getuige geweest van zorgsituaties uit de eigen praktijk of uit de thuiszorg in het algemeen waarvan u vindt dat deze ethisch onverantwoord waren?
- Kan u deze situatie meer beschrijven?
  - Hoe gaat u daar als verpleegkundige mee om?
  - Hoe gaat u daar persoonlijk mee om?  
Wat heeft u hierin ondersteund?  
Hoe heeft u dit persoonlijk ervaren?  
Welke gevoelens brengt dit bij u teweeg?
  - Welke moeilijkheden heeft u hierbij ervaren?  
Kan u mij vertellen wat u moeilijk of vervelend vindt of vond bij deze situatie?
  - Hoe zou u dit aanpakken of heeft u dit aangepakt?

<b>OVERZICHT BIJENKOMSTEN ONDERZOEKSTEAM EN BESPREKINGEN</b>
--

- Bespreking en aanpassing studieprotocol.
- Bespreking en aanpassing van het dossier voor de Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven.
- Voorbereiding sleutelinterview (vragen).
- Analyse van sleutelinterview en aansluitend hierop de voorbereiding van de diepte-interviews (selectie verpleegkundigen, vragen, aandachtspunten, ...).
- Analyse eerste diepte-interview: bespreking en bijsturing van narratief verslag en inhoudelijke reflectie alsook aanpassing van de vragen voor de volgende diepte-interviews.
- Bespreking interviews 2 – 8 en de bijhorende verslagen.
- Bespreking van de aangepaste verslagen en de globale fiche van de eerste 7 interviews (~ contentanalyse).
- Bespreking nieuwe globale fiche (eerste overzichtschemata).
- Bespreking aangepast schema (tweede).
- Omwille van de diversiteit van het gegevensmateriaal wordt een stap terug gezet en worden de interviews 5 en 8 opnieuw besproken.
- Interviews 1, 5, 6, 8 worden naast elkaar gelegd. De gemeenschappelijke aspecten worden bestudeerd, er wordt nagegaan welke woorden gecombineerd kunnen worden en een beginnende codelijst wordt opgemaakt en tijdens de vergadering besproken. De codelijst wordt gecontroleerd met de interviews en er wordt een eerste maal gecodeerd in Nvivo.
- Bespreking van de eerste draft van het kernverhaal, analyse en bespreking van interview 15.
- Bespreking aangepast kernverhaal. De voorgaande interviews worden herbekeken vanuit nieuw aangebrachte informatie. De code beleving en de code beïnvloedende factoren moeten verder uitgezuiverd worden.
- Naar aanleiding van de feedback van de peer-debriefing moeten de aangebrachte nuances herbekeken worden in de interviews en moet in functie hiervan het kernverhaal herwerkt worden, alsook het globale schema van de resultaten.
- Uitschrijven van resultaten, methodologie, probleemstelling en discussie: meerdere aanpassingen en bijsturing na bespreking in verschillende bijeenkomsten.
- Bespreking van draft van het onderzoeksrapport en bijsturing.