



Universiteit Utrecht

De kennis, attitude en mening van begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg, rondom vrijheidsbeperkende maatregelen

Opleiding Pedagogiek, Masterprogramma Orthopedagogiek, Universiteit Utrecht

Student: Leonie Stokkentre
Studentnummer: 3011542
Thesisdocent: Mw. Dr. J. C. H. Douma
2e beoordelaar: Dhr. Dr. A. Wijnroks
Datum: 29-06-2009

De kennis, attitude en mening van begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg, rondom vrijheidsbeperkende maatregelen

Leonie Stokkentre

Correspondentieadres thesisbegeleiding UU:

Dr. Jolanda Douma

Heidelberglaan 1

Langeveldgebouw, kamer H017

3584 CS Utrecht

Email: J.C.H.Douma@uu.nl

Keywords: vrijheidsbeperkende maatregelen, Wet Bopz, kennis, attitude, mening

De kennis, attitude en mening van begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg, rondom vrijheidsbeperkende maatregelen

Samenvatting

Achtergrond: Vrijheidsbeperkende maatregelen komen meer voor in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking dan nodig. Er bestaan grote veiligheidsrisico's en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen moet teruggedrongen worden. Hiervoor is het van belang begeleiderfactoren die samenhangen met de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in kaart te brengen. *Doel:* In kaart brengen wat het kennisniveau en de attitude van begeleiders is omtrent vrijheidsbeperkende factoren en welke begeleiderskenmerken daarmee samenhangen. Onderzoeken welke interventies als vrijheidsbeperkend worden gezien. *Methode:* 226 begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking binnen een Bopz-instelling hebben een vragenlijst ingevuld over hun kennis over het beleid van de instelling omtrent de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, attitude jegens toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en hebben hun mening gegeven over welke interventies zij als vrijheidsbeperkend zien. *Resultaten:* 58% van de respondenten scoorde een 5,5 of hoger op totale kennis. Significante verschillen bestaan in kennisniveau per functie, waarbij teamcoördinatoren de hoogste score behaalden, gevolgd door zorgcoördinatoren, begeleiders, leerlingen en stagiaires. Het laagst werd gescoord door assistent begeleiders, waarbij geen significante verschillen zijn gevonden tussen deze groep en de leerlingen en stagiaires. Daarnaast hebben mannen een significant positievere attitude omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen dan vrouwen. De mening van begeleiders over welke interventies als vrijheidsbeperkend worden gezien loopt uiteen. *Conclusies:* Het kennisniveau van uitvoerende begeleiders omtrent de Wet Bopz kan verbeterd worden. Daarnaast denken begeleiders positief over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, waardoor zij niet snel naar alternatieve interventies zullen kijken. Begeleiders liggen niet op een lijn wat betreft gedachten over wat exact vrijheidsbeperkend is.

Summary

Background: Restraints are used more in the care for intellectually disabled people than necessary. Great safety risks exist, and the use of restraints has to be reduced. In order to do this, it is important to map characteristics of professionals who work with intellectually disabled people that correlate with using restraints. *Aim:* Map the level of knowledge and the attitude of professionals about restraints and what characteristics correlate with that. Examine

which interventions are perceived as restraining. *Method:* Questionnaires were completed by 226 professionals who worked in a Bopz-institution for intellectually disabled people. Questions were asked about knowledge of the policy of the institution about using restraints, their attitude on using restraints and their vision on which interventions can be seen as restraining. *Results:* 58% of the respondents scored 5,5 points or higher on total knowledge. Significant differences were found for functions. Team coordinators scored the most, followed by care coordinators, workers, students and trainees. Assistant-workers had the lowest score, with no significant differences between them and students and trainees. Next to this, male professionals had a significant more positive attitude than female professionals. Visions of professionals on which interventions are restraints are diverse. *Conclusion:* The level of knowledge of professionals about the Bopz law can be improved. Next to that, professionals are positive about using restraints, and will not look at alternative interventions as a result of that. Professionals do not think the same about what can be seen as restraining.

Inleiding

Vrijheidsbeperkende maatregelen komen meer voor dan nodig is in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (IGZ, 2008; De Moor & Didden, 2009). De reden en effectiviteit van toepassing is niet voldoende bekend, evenals de gevolgen voor cliënten (Hamers & Huizing, 2005). Er bestaan grote veiligheidsrisico's voor cliënten en personeel bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (Cunningham, McDonnell, Easton & Sturmey, 2003; Demir, 2007; Dielis-van Houts, Lendemeijer & Hamers, 2003; Hamers, Gulpers & Strik, 2003; Sturmey, 1999; Suen et al., 2006). Daarnaast bestaat zelfs het risico op overlijden na toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (Cunningham et al., 2003; Hamers et al., 2003; IGZ, 2008; Sturmey, 1999). In Nederland leidde het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, in de vorm van onrustbanden, tussen juni 2007 en mei 2008 tot zeven ongevallen met dodelijke afloop (IGZ, 2008). Door Weiss (1998, in Sturmey, 1999) werd zelfs geschat dat in Amerika per jaar 50 tot 150 aan fixatie gerelateerde ongevallen met dodelijke afloop voorkomen. Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen vormt een gevaar en kan en moet teruggedrongen worden (IGZ, 2008; De Moor & Didden, 2009).

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandeling bij cliënten met een psychiatrische stoornis, verstandelijke beperking of dementie wordt mogelijk gemaakt door de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) wanneer zij een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen (Van Ginneken, 1999; 2002; Stikker, 2003). Vrijheidsbeperking en dwang worden door de wet als laatste middel beschouwd,

wanneer andere alternatieven geen uitkomst bieden en zij zijn aan strenge voorwaarden onderworpen (Arends, 2004; Frederiks et al., 2007; Van Ginneken, 1999; 2002; Van der Kwartel, Nienoord-Buré, Lommers & Sluiter, 2007; Stikker, 2003).

De Wet Bopz bevat regels voor de externe rechtspositie van cliënten (opname) en de interne rechtspositie (verblijf). Vrijheidsbeperking mag intern pas worden toegepast bij onvrijwillig opgenomen cliënten als er sprake is van gevaar, en dit gevaar niet op een andere wijze kan worden afgewend (Frederiks et al., 2007; Van Ginneken, 2002; Stikker, 2003). Daarnaast mag vrijheidsbeperking toegepast worden bij een groep mensen die aangeduid wordt als de “geen bereidheid, geen verzet” groep. Hieronder worden mensen die wilsonbekwaam zijn verstaan (Van Ginneken, 1999; 2002).

Een vrijheidsbeperkende maatregel is alleen rechtmatig wanneer ten eerste voldaan is aan proportionaliteit, wat inhoudt dat de toepassing in redelijke verhouding moet staan tot het doel ervan. Ten tweede is er subsidiariteit, wat betekent dat het minst ingrijpende alternatief wordt ingezet. En als laatste het criterium effectiviteit, wat betekent dat een vrijheidsbeperkende maatregel geschikt moet zijn om het beoogde doel te bereiken, en niet langer mag duren dan noodzakelijk (Frederiks et al., 2007; IGZ, 2008; de Moor & Didden, 2009). Deze uitgangspunten hebben geen betrekking op de inhoud en de wijze van uitvoering van de vrijheidsbeperkende maatregel maar op het besluitvormingsproces. De inhoud en wijze van uitvoering van de vrijheidsbeperkende maatregel wordt overgelaten aan de hulpverlener (Frederiks et al., 2007).

Vrijheidsbeperkende maatregelen die volgens de wet aan de cliënt kunnen worden opgelegd zijn; beperking van de bewegingsvrijheid; beperking van het telefoonverkeer en beperking van het recht om bezoek te ontvangen (Van der Valle, 2005). In de praktijk wordt het begrip vrijheidsbeperking echter divers uitgelegd (Frederiks et al., 2007). Zoals: “iedere toepassing die een inbreuk maakt op de bewegingsvrijheid van psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten” (Arends, 2004, p. i). Ook een brede definitie als: “elke beperking van de vrijheid” (Frederiks et al., 2007, p. 3) wordt gebruikt. De Inspectie voor de GezondheidsZorg neemt als definitie: “alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken.” (IGZ, 2008, p. 12). Zij hebben de maatregelen onderverdeeld in fysieke vrijheidsbeperking, gedragsbeïnvloedende medicatie, domotica in de zin van elektronische hulpmiddelen en maatregelen voor een individuele cliënt (De Moor & Didden, 2009). Er bestaat geen eenduidigheid welke interventies onder de noemer vrijheidsbeperking vallen (Arends, 2004; Frederiks et al., 2007; De Veer, Francke, De Kruif & Bolle, 2007). In de literatuur is de laatste jaren gezocht naar een antwoord op deze kwestie (Frederiks et al.,

2007). Hierbij wordt ‘verzet’ gehanteerd als onderscheidend criterium (Arends, 2004). Als een cliënt geen verzet vertoont zou er geen sprake zijn van vrijheidsbeperking (Arends, 2004; Frederiks et al., 2007). Bij cliënten in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt verzet niet altijd als zodanig herkend, kan sprake zijn van hospitalisatie of duurt verzet van de cliënt maar even (Arends, 2004; Frederiks et al., 2007).

Naast toepassing van vrijheidsbeperking binnen de Wet Bopz worden ook vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast op plaatsen waar de wet niet van toepassing is, zoals door zorgverleners zonder Bopz-indicatie. Er is weinig inzicht in de aard en frequentie waarin maatregelen worden toegepast, en alternatieven voor maatregelen die niet binnen de Wet Bopz vallen (Arends, 2004). De maatregelen worden enerzijds ingezet als een reactie op of ter voorkoming van probleemgedrag (Baker & Bissmire, 2000; Emerson et al., 2000; De Moor & Didden, 2009; Kahng et al., 2008; Knotter et al., 2008; Sturmey, 1999; Sturmey et al., 2005; Suen et al., 2006). Anderzijds worden vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet ter voorkoming van valgevaar (Dielis-van Houts et al., 2003; Hamers & Huizing, 2005; Hamers et al., 2003; Karlsson et al., 2001; Suen et al., 2005; De Veer et al., 2007). In het laatste geval gaat het vaak om ouderen en zorgbehoeftigen. Ook blijkt dat vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet om niet-cliëntspecifieke redenen, namelijk bij onvoldoende toezicht of ter aanvulling van een tekort aan personeel (Arends, 2004). In onderzoek naar vrijheidsbeperkende maatregelen worden daarnaast factoren gerelateerd aan de organisatie zelf of de individuele afdeling in verband gebracht met het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals de cultuur van de organisatie of afdeling en orde en veiligheid binnen de organisatie of de afdeling (Dielis-van Houts et al., 2003; Sturmey et al., 2005). Dit is in strijd met de Wet Bopz, welke voorschrijft enkel vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen wanneer sprake is van gevaar (Arends, 2004; Frederiks et al., 2007; Van Ginneken, 1999; 2002; Van der Kwartel et al., 2007; Stikker, 2003).

Doordat aan de inhoud en wijze van toepassing van vrijheidsbeperking geen sturing wordt gegeven, er geen duidelijke definitie bestaat van wat precies onder vrijheidsbeperkende maatregelen valt, verzet niet altijd duidelijk te signaleren is bij cliënten, en maatregelen ook buiten de wet worden toegepast, is het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen een grijs gebied waar op verschillende manieren invulling aan wordt gegeven en waarbij registratie te wensen over laat. De Wet Bopz voldoet niet op onder andere deze gebieden, daar de wet ontwikkeld is voor behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, en niet voor psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Op dit moment wordt een nieuwe wet ontwikkeld die een betere rechtsbescherming biedt voor mensen met dementie of een

verstandelijke beperking die in hun vrijheid worden beperkt of tegen hun zin zorg moeten ondergaan. Die bescherming geldt ook op plaatsen waar de Wet Bopz nu niet van kracht is. De wet Zorg en Dwang is voor advies aan de Raad van State gezonden (Ministerraad, 2008). Wanneer de wet van kracht zal gaan is nog niet bekend (Wiercx, 2009).

Mede met het oog op de invoering van de Wet Zorg en Dwang, naast alle bovengenoemde bezwaren, is de discussie naar alternatieven voor vrijheidsbeperking wederom opgelaaid (Frederiks et al., 2007; IGZ, 2008; Ministerraad, 2008; de Moor & Didden, 2009). Om vrijheidsbeperkende maatregelen te kunnen verminderen of afschaffen is solide beleid nodig, waarbij het relevant is te weten hoe mensen van de werkvloer aan kijken tegen vrijheidsbeperkende interventies, of ze alternatieven zien en of zij scholing nodig hebben op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen (De Veer et al., 2007). Onderzoek hiernaar is verricht in de verpleging en verzorging (Dielis-van Houts et al., 2003; Hamers & Huizing, 2005; Hamers et al., 2003; De Veer et al., 2007). In de gehandicaptenzorg is onderzoek naar hoe begeleiders aankijken tegen vrijheidsbeperkende maatregelen en hun kennis ervan beperkt, en richt onderzoek zich meer op de interventie vrijheidsbeperking in reactie op gedrag van cliënten (Baker & Bissmire, 2000; Emerson et al., 2000; De Moor & Didden, 2009; Kahng et al., 2008; Knotter, Stams, Jansen & Moonen, 2008; Sturmey, 1999; Sturmey et al., 2005). Belangrijk is juist het niveau van kennis en onderliggende attitudes van begeleiders op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen inzichtelijk te maken, omdat kennis en attitude direct of indirect effect hebben op de praktijk (Suen et al., 2005). Dit onderzoek zal zich dan ook richten op het inzichtelijk maken van de kennis van begeleiders over de wet Bopz, de mening over welke interventies vrijheidsbeperkend zijn en de attitude van begeleiders op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen, zodat beleid gemaakt kan worden ten aanzien van het verminderen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Zoals eerder genoemd bestaat er geen eenduidigheid welke interventies onder de noemer vrijheidsbeperking vallen (Arends, 2004; Frederiks et al., 2007; De Veer et al., 2007). Door verzorgenden wordt fixeren met hulpmiddelen het vaakst als vrijheidsbeperkend gezien en het in een aparte ruimte zetten zonder de deur op slot het minst vaak (De Veer et al., 2007). Welke interventies door begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking als vrijheidsbeperkende maatregelen gezien worden is niet eerder onderzocht. In dit onderzoek zal gekeken worden naar de mening van begeleiders over welke interventies zij als vrijheidsbeperkend zien.

Daarnaast zal gekeken worden naar de kennis van begeleiders. Afgevraagd kan worden of toepassers van vrijheidsbeperkende maatregelen voldoende op de hoogte zijn van

de inhoud van de Wet Bopz. Verpleegkundigen en verzorgenden krijgen tijdens hun opleiding weinig tot geen informatie over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en eventuele preventieve interventies (Dielis-van Houts et al., 2003). Desondanks blijkt uit de evaluatie van de Wet Bopz door Van der Kwartel en collega's (2007) dat betrokkenen hun eigen kennis van de Wet Bopz toereikend vinden. Betrokkenen zijn in deze onder andere behandelaars, Raden van Bestuur, rechters, patiëntenvertrouwenspersonen, familieraden en artsen. Verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders, welke de interventies daadwerkelijk toepassen in de praktijk, zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Zes op de tien verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen weet over het algemeen niet of ze conform de Wet Bopz handelen (De Veer et al., 2007). Naast onderzoek naar kennis van de Nederlandse wet is in het buitenland ook onderzoek gedaan naar kennis van het gebruik van fixaties en beleid. In Hong Kong blijkt de kennis van verpleegkundigen in een rehabilitatie setting (Suen et al., 2006) en in de geriatrie (Lee, Chan, Tam & Yeung, 1999) onvoldoende, evenals in Zweden (Karlsson et al., 1998; 2001). In Amerika lijkt de kennis van fixaties van verpleegkundigen in de acute zorg goed (Janelli, Scherer & Mathewson Kuhn, 1994). Suen en collega's (2006) en Karlsson en collega's (1998) vonden kennisverschillen in functieniveau, waarbij een hogere functie gerelateerd werd aan meer kennis. Suen en collega's (2006) vonden daarnaast dat meer werkervaring gerelateerd was aan meer kennis. Dit werd door Janelli en collega's (1994) juist niet gevonden. Suen en collega's (2006) vonden ook dat mannen hoger scoorden op kennis dan vrouwen. Kennisverschillen tussen opleidingsniveau van verpleegkundigen werden niet gevonden (Janelli et al., 1994). Naar de kennis van de Wet Bopz onder begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is tot op heden geen onderzoek verricht.

Naast kennis heeft de attitude van begeleiders een direct of indirect effect op de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen in de praktijk (Frederiks et al., 2007; Suen et al., 2006). Van Doeselaar, Slegers en Hutschemaekers (2008) vonden dat professionals in de psychiatrie een positieve attitude jegens afzondering hadden. Afzondering is volgens hen een oplossing in bedreigende situaties en is sterk gelinkt aan afdelingscultuur. Zij vonden dat meer werkervaring gerelateerd was aan een positieve attitude, maar dat dit na de leeftijd van veertig jaar veranderde. Suen en collega's (2006) vonden een positieve attitude jegens fixaties van verpleegkundigen in een rehabilitatiesetting. 90% van de respondenten geloofde dat fixatie het aantal valincidenten kan voorkomen en 70% geloofde dat fixatie de tijd die aan zorg werd besteed kon verlagen. Zij vonden hierbij een significant verschil op functieniveau waarbij een hogere functie gerelateerd was aan een minder positieve attitude. Tevens vonden

zij een significant verschil in het aantal jaren werkervaring, waarbij verpleegkundigen met meer werkervaring minder positief waren over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij vonden geen significante verschillen tussen sekses. Ook Myers, Nikoletti en Hill (2001) vonden een lichte positieve attitude jegens gebruik van fixaties bij verpleegkundigen in de acute zorg voor ouderen. Zij geloofden dat fixaties beschermen tegen valincidenten. Karlsson en collega's (1998) vonden juist bij 86% van de respondenten in onderzoek naar fixaties bij geriatrische patiënten in Zweden een negatieve attitude, zij keken negatief aan tegen het gebruik van fixaties. Naar de attitude van begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg is geen onderzoek gedaan. Karlsson en collega's (1998) vonden daarnaast een relatie tussen kennis en attitude, waarbij verpleegkundigen met weinig kennis van fixaties ook de minst negatieve attitude hadden.

Omdat geen resultaten zijn gevonden van begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg zal in dit onderzoek gekeken worden naar de kennis van begeleiders over, en hun attitude jegens de Wet Bopz. Specifiek zal gekeken worden naar verschillen tussen of samenhangen met hun opleidingsniveau, functieniveau, werkervaring en sekse. Daarnaast wordt gekeken naar de mate waarin kennis en attitude van begeleiders met elkaar samenhangen, en de mening van begeleiders over welke interventies als vrijheidsbeperkend worden gezien.

Methode

Onderzoeksgroep

Aan dit onderzoek namen begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking werkzaam binnen een Bopz-instelling in het oosten van Nederland deel. De instelling biedt zorg- en dienstverlening aan circa 1450 cliënten op 42 locaties, verdeeld over drie regio's, door 3000 medewerkers en vrijwilligers, waarvan ongeveer 1800 medewerkers in de primaire zorg. Ruim 900 cliënten wordt 24-uurs zorg geboden.

Voor dit onderzoek zijn 34 van in totaal ongeveer 80 teamleiders van woongroepen, dagbestedinggroepen en de nachtdienst per mail en telefonisch benaderd. Omdat binnen de instelling meerdere projecten lopen waarbij groepsleiders vragenlijsten in moeten vullen, zijn de teamleiders van groepen benaderd die niet mee werkten aan andere projecten. De deeltijdzorg, weekendopvang en naschoolse- en vakantieopvang zijn niet meegenomen in dit onderzoek omdat de Wet Bopz niet, of maar deels van toepassing is op deze doelgroep. Van vier teamleiders is geen reactie gekomen, één teamleider zag geen tijd om mee te werken en vier teamleiders zijn afgezegd omdat zij alleen buiten de onderzoeksperiode konden

deelnemen. Uiteindelijk hebben 25 teamleiders meegewerkt aan het onderzoek. Zij gaven leiding aan minimaal één en maximaal vier teams variërend van vier tot vijftien medewerkers. De definitieve vragenlijst is afgenomen bij 226 begeleiders. Een afspraak werd gemaakt met de teams, meestal tijdens een vergadering, om ter plekke de vragenlijst in de groep af te nemen. De karakteristieken van de respondenten zijn opgenomen in Tabel 1.

Tabel 1. *Karakteristieken van de respondenten*

Kenmerken respondenten		<i>M</i>	<i>SD</i>	%
Sekse (N=226)	Mannen (N=31)			13,7
	Vrouwen (N=195)			86,3
Leeftijd (N=223)		35,66	10,77	
Totale maanden werkervaring (N=222)		138,80	116,08	
Maanden werkervaring binnen de instelling (N=220)		121,97	106,54	
Functieniveau (N=225)	Teamleider (N=20)			8,8
	Zorgcoördinator (N=60)			26,5
	Begeleider (N=103)			45,6
	Assistent-begeleider (N=18)			8,0
	Leerling (N=19)			8,4
	Stagiaire (N=5)			2,2
Opleidingsniveau (N=226)	WO (N=1)			0,4
	HBO (N=46)			20,4
	MBO (N=149)			65,9
	Anders (N=30)			13,3
Werkplek (N=226)	Wonen (N=202)			89,4
	Dagbesteding (N=24)			10,6

M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie

Variabelen

De afhankelijke variabelen *Kennis*, *Mening* en *Attitude* rondom vrijheidsbeperkende maatregelen zijn gemeten door middel van een vragenlijst die speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld is. Een eerste opzet van de vragenlijst is voorgelegd aan een commissie bestaande uit een Bopz-arts en vier orthopedagogen, waarna de vragenlijst is aangepast en voorgelegd aan de thesisdocent. De vragenlijst is hierna verder geconstrueerd en voorgelegd aan de cursusdocent Wet Bopz en alle orthopedagogen. Hun feedback is verwerkt in de conceptvragenlijst welke in een pilotstudie voorgelegd is aan vijf clustermanagers. De vragenlijst is naar aanleiding van de pilotstudie aangepast waaruit een definitieve vragenlijst is ontstaan.

Kennis over de Wet Bopz is gemeten met 15 stellingen over de Wet Bopz en de toepassing ervan binnen de instelling. Deze zijn opgesteld aan de hand van het beleid van de instelling

(DTZC, 2004; 2005) over vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandeling, en toepassing en melding hiervan, in samenwerking met een beleidsmedewerker. Geantwoord kon worden door ‘waar’, ‘niet waar’ of ‘weet niet’ aan te kruisen. Goede antwoorden kregen de score 1, foute antwoorden, inclusief de categorie ‘weet niet’ kregen de score 0. De stelling *Het melden van gedwongen toediening van vocht of voeding en medicatie moet bij verzet dat de cliënt laat zien tegen de inname en werking hiervan* leverde veel vragen op tijdens afname en is verwijderd uit de lijst. De uiteindelijke 14 items van de kennisschaal staan in Tabel 2 weergegeven. Men kon een maximale score behalen van 14 punten, waarbij 7 punten of minder als onvoldoende werd beschouwd (op een 10-puntsschaal een score 5 of lager), en 8 punten of meer een voldoende (op een 10-puntsschaal staat dit gelijk aan een score van 5,7 of hoger). Aan de hand van deze cijfers is gekeken naar het percentage voldoende scores en de verschillen in scores op diverse begeleidersfactoren.

Naast de kennisvragen werd respondenten gevraagd te reageren op de stelling *Mijn kennis van het beleid over het toepassen van middelen en maatregelen is voldoende*. Zij konden daarbij antwoorden op een vijf-punts schaal variërend van helemaal eens tot helemaal oneens.

Attitude omtrent toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is gemeten met 10 stellingen gebaseerd op de vragenlijsten van Suen en collega's (2005) en Karlsson en collega's (1998). Respondenten zijn gevraagd om per stelling aan te geven op een 5-puntsschaal (variërend van eens (1) tot oneens (5)) hoe aangekeken werd tegen de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Een voorbeeld hiervan is *“Ik voel me schuldig als ik een cliënt fixeer.”* Items waren zowel positief als negatief geformuleerd, waarbij positief betekende dat men positief dacht over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en negatief betekende dat men negatief dacht over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De positief gestelde items zijn gehercodeerd, zodat alle items negatief geformuleerd waren en een lage score een negatieve attitude betekende en een hoge score een positieve attitude. Hoe hoger de score hoe positiever de attitude omtrent de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De betrouwbaarheid van de Attitudeschaal is gemeten met een Cronbach's alpha. Op basis van deze 10 stellingen werd een Cronbach's alpha van 0,49 gevonden. Dit is onvoldoende betrouwbaar voor een test op groepsniveau (COTAN, 2001). Na analyse van de items bleken 5 items de interne consistentie negatief te beïnvloeden, na verwijdering van deze items werd een Cronbach's alpha gevonden van 0,64 welke beschouwd kan worden als

voldoende betrouwbaar (COTAN, 2001). De Attitudeschaal bestaat derhalve uit 5 items, waarop een minimale score van 5 en een maximale score van 25 behaald kan worden. De stellingen staan weergegeven in Tabel 3.

De *mening* van begeleiders over welke interventies als vrijheidsbeperkend gezien worden is gemeten aan de hand van de interventies die genoemd zijn in de vragenlijst van De Veer en collega's (2007). Het betrof hier interventies die zowel binnen als buiten de Wet Bopz vallen. Begeleiders konden de interventies aankruisen wanneer zij vonden dat dit vrijheidsbeperkende maatregelen waren. Aanvullend konden zij zelf interventies noemen die zij als vrijheidsbeperkend zagen. In een kwalitatieve analyse is bekeken hoeveel procent van de respondenten de betreffende interventie als vrijheidsbeperkend beschouwden. De interventies zijn daarnaast aangevuld met interventies die zijn genoemd in de pilotstudie. De genoemde interventies staan in Tabel 4.

De volgende onafhankelijke variabelen zijn opgenomen in dit onderzoek: *Sekse*, *Opleidingsniveau*, *Functieniveau* en *Werkervaring* in maanden binnen de instelling en in zijn totaliteit in de zorg.

Statistische analyses

Beschrijvende analyses zijn uitgevoerd om de gemiddelde mate van kennis, attitude en de mening van begeleiders te bepalen. Om te toetsen of sekseverschillen bestaan op het gebied van kennis en attitude is een t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven gebruikt.

Om te toetsen of verschillen bestaan in opleidingsniveau en functieniveau van de respondenten ten aanzien van hun kennisniveau en attitude is een enkelvoudige ANOVA gebruikt. Voor deze analyse zijn de groepen HBO en WO samengevoegd, omdat de groep WO uit één respondent bestond. Ook de groepen leerlingen en stagiaires zijn samengevoegd, omdat de groep stagiaires uit 5 respondenten bestond. Om te bepalen welke groepen significant van elkaar verschillen is verder getoetst met een post hoc LSD toets.

Om na te gaan of het aantal maanden werkervaring in de instelling en in zijn totaliteit samenhangt met het kennisniveau en de attitude, en of het kennisniveau samenhangt met de attitude is de Pearson's product momentcorrelatie berekend.

Alle analyses zijn tweezijdig getoetst met een α van .05.

Resultaten

Kennis

Tabel 2 geeft het percentage goede en foute antwoorden per vraag weer. Vier vragen werden door meer dan de helft van de respondenten fout beantwoord. Twee van deze vragen waren gericht op specifieke terminologie, de andere twee vragen waren gericht op acties die uitgevoerd worden in de praktijk, terwijl ze in theorie niet toegepast mogen worden op deze manier. Naast de resultaten per vraag is gekeken naar de gemiddelde score op de kennisschaal. 42% van de respondenten scoorde een vijf of lager en 58% van de respondenten hoger dan een 5,5. 1,4% van de respondenten was het helemaal eens met de stelling over de eigen kennis. Zij vonden hun eigen kennis voldoende. 37,9% van de respondenten was het hier mee eens, 20,1% had daar geen mening over, 38,4% was het hiermee oneens en 2,3% helemaal oneens. Vrouwen scoorden gemiddeld 0,2 punten hoger op kennis van vrijheidsbeperkende maatregelen dan mannen. Dit verschil is niet significant, zie Tabel 4. Ook voor opleidingsniveau zijn geen significante verschillen gevonden, zie Tabel 5. Significante verschillen zijn er wel voor functieniveau waarbij teamcoördinatoren significant hoger scoorden op kennis van vrijheidsbeperkende maatregelen dan andere functies, zorgcoördinatoren significant hoger scoorden dan begeleiders, assistent-begeleiders en leerlingen en stagiaires, en begeleiders significant hoger scoorden dan assistent-begeleiders en leerlingen en stagiaires, zie Tabel 5. Alleen tussen assistent-begeleiders en leerlingen bestaan geen significante verschillen.

Uit de resultaten blijkt dat geen significante samenhang bestaat tussen totale werkervaring in maanden en totale kennis. Dit geldt ook voor de werkervaring binnen de instelling, zie Tabel 6.

Attitude

De gemiddelde attitude omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen van respondenten is 15,99 (Std. = 4,28). Begeleiders scoorden positief op items die gingen over het moment van fixatie, en scoorden negatief op het item dat ging over de gevolgen van fixatie. Begeleiders voelen zich over het algemeen niet schuldig en schamen zich niet op het moment van de fixatie, maar voelen zich wel slecht als de cliënt daarna uit zijn doen is. Mannen hebben een significant positievere attitude omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen dan vrouwen, zie Tabel 4. Voor opleidingsniveau en functieniveau zijn geen significante verschillen gevonden, zie Tabel 5.

Uit de resultaten blijkt dat geen significante samenhang bestaat tussen totale werkervaring in maanden en attitude. Dit geldt ook voor de werkervaring binnen de instelling, zie Tabel 6.

Samenhang kennis en attitude

Uit de resultaten blijkt dat er geen significante samenhang bestaat tussen kennis en attitude, zie Tabel 6.

Mening

De meningen van begeleiders of bepaalde interventies vrijheidsbeperkend zijn, lopen uiteen, zie Tabel 7. Fixeren met hulpmiddelen wordt het vaakst als vrijheidsbeperkend gezien en een zelf te openen band of gordel het minst vaak. Het toepassen van een houdgreep, een interventie die in het beleid als middel of maatregel wordt beschreven, wordt door 87,2% van de begeleiders als vrijheidsbeperkend gezien.

Tabel 2. *Percentage goed en fout beantwoorde items op de Kennisschaal*

	<i>Goed</i>	<i>Fout</i>
Het beperken van de bewegingsvrijheid, anders dan Middelen of Maatregelen hoeft niet geregistreerd te worden (NW)	89,3%	10,7%
Bij het toepassen van een Middel of Maatregel nood moet altijd een arts of orthopedagoog worden geraadpleegd (W)	88,8%	11,2%
Er is sprake van een Middel of Maatregel nood als er Middelen of Maatregelen worden toegepast die niet in het persoonlijk ondersteuningsplan staan (W)	80,1%	19,9%
het hebben van een Zweedse band schaar op de groep is verplicht bij iedere vorm van fixatie met middelen (W)	78,7%	21,3%
De Wet Bopz is ontwikkeld voor de gehandicaptenzorg (NW)	72,3%	27,7%
Het toepassen van Middelen of Maatregelen is een risicovolle handeling (W)	60,5%	39,5%
Middelen of Maatregelen mogen alleen toegepast worden als er sprake is van gevaar (W)	58,3%	41,7%
Alleen bij het toepassen van Middelen of Maatregelen nood wordt de inspectie ingeschakeld (NW)	57,4%	42,6%
Incidentele en structurele Middelen of Maatregelen die worden vermeld in het persoonlijk ondersteuningsplan deel C hoeven niet gemeld te worden op het intern meldingsformulier (NW)	54,1%	45,9%
Zweedse banden mogen uitsluitend in combinatie met een bedrek worden toegepast (W)	52,2%	47,8%
Het toepassen van een Middel of Maatregel is een voorbehouden handeling (NW)	44,6%	55,4%
Leerlingen en stagiaires mogen fixeren met een Zweedse band (NW)	26,8%	73,2%
Bij verzet van de cliënt of de cliëntvertegenwoordiger tegen de Middel of Maatregel moet een Middel of Maatregel nood ingevuld worden (NW)	19,7%	80,3%
Separeren is mogelijk binnen de instelling (NW)	12,5%	87,5%

W = waar; NW = niet waar

Tabel 3. Gemiddelde score (M) en standaarddeviatie (SD) op de Attitudeschaal

	Min	Max	n	M	SD
1. Ik voel me schuldig als ik een cliënt fixeer	1	5	225	3,55	1,39
2. ik schaam me wanneer familie van een cliënt deze cliënt gefixeerd ziet	1	5	223	3,52	1,39
3. Ik voel me slecht als een cliënt meer uit zijn doen is na toepassing van vrijheidsbeperking	1	5	223	2,41	1,22
4. Een cliënt verliest zijn waardigheid wanneer vrijheidsbeperking wordt toegepast	1	5	221	3,45	1,37
5. Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is niet negatief voor de cliënt	1	5	223	3,02	1,31

Tabel 4. Gemiddelde score voor mannen en vrouwen op de kennis- en attitudeschaal: resultaten voor de t-toets

	Kennis					Attitude					
	M	SD	t	df	p	M	SD	t	df	p	
Totale populatie (N=226)	7.88	2.13				Totale populatie (N=215)	15.99	4.28			
Mannen (N=31)	7.71	2.60	-0.48	224	.63	Mannen (N=28)	17.46	3.75	1.97	213	.05
Vrouwen (N=195)	7.91	2.05				Vrouwen (N=187)	15.77	4.32			

Tabel 5. Gemiddelde score voor opleiding- en functieniveauverschillen op de kennis- en attitudeschaal: resultaten van ANOVA

Variabelen	Kennis						Variabelen	Attitude					
	M	SD	F	df1	df2	p		M	SD	F	df1	df2	p
Opleidingsniveau							Opleidingsniveau						
MBO (N=149)	7.99	2.16	2.15	2	223	0.12	MBO (N=142)	16.06	4.56	0.28	2	212	0.70
HBO (+) (N=47)	8.00	1.99					HBO (+) (N=45)	16.13	3.45				
Anders opgeleid (N=30)	7.13	2.10					Anders opgeleid (N=28)	15.43	4.04				
Functieniveau							Functieniveau						
Teamcoördinator (N=20)	9.75	1.37	9.35	4	220	< 0.01	Teamcoördinator (N=20)	14.35	4.77	1.38	4	209	0.24
Zorgcoördinator (N=60)	8.42	1.80					Zorgcoördinator (N=54)	15.76	4.38				
Begeleider (N=103)	7.70	2.15					Begeleider (N=99)	16.18	4.16				
Assistent begeleider (N=18)	6.61	1.79					Assistent begeleider (N=18)	15.83	4.50				
Leerlingen en stagiaires (N=24)	6.79	2.25					Leerlingen en stagiaires (N=23)	17.30	3.82				

* = significante verschillen gevonden op LSD post-hoc toets

Tabel 6. Resultaten Pearson's product moment correlatie tussen aantal maanden werkervaring binnen de instelling en in totaliteit en kennis en attitude.

	Totale Kennis		Totale Attitude	
	r	p	r	p
Aantal maanden in dienst van de instelling	.11	.11	-.05	.45
Aantal maanden werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg	.09	.17	-.03	.69
Totale Attitude	-.06	.36		

Tabel 7. *Percentage interventies dat als vrijheidsbeperkend wordt gezien door begeleiders*

<i>Interventie</i>	<i>% vrijheidsbeperkend</i>
Het fixeren van een cliënt met hulpmiddelen	99,1
De deur van een kamer van een cliënt, of het huis op slot doen	96,5
Het toepassen van een houdgreep	87,2
Gedwongen toedienen van kalmerende medicatie	84,5
Plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun, of stoel tegen tafel plaatsen	84,5
Het gebruik van bedhekken	84,1
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	79,2
Scheurpakken met een rits op de rug	77,9
Een cliënt afzonderen in een aparte ruimte	59,3
Een hek om de tuin	55,3
Kledingkast op slot in de slaapkamer	52,2
Gecamoufleerd toedienen van medicatie	42,0
Een cliënt in een aparte ruimte zetten zonder de deur op slot te doen	14,6
Een zelf te openen band of gordel	8,8

Discussie en conclusie

De mate van kennis en attitude van begeleiders heeft een direct of indirect effect op het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de praktijk (Frederiks et al., 2007; Suen et al., 2006). Onderzoek hiernaar in de verstandelijk gehandicaptenzorg is echter nauwelijks uitgevoerd. Daarom is dit onderzoek van groot belang teneinde het beleid om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in deze sector terug te dringen, aan te scherpen. In dit onderzoek is de samenhang tussen begeleiderfactoren en het kennisniveau en attitude met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen onderzocht. Daarnaast is gekeken naar welke interventies begeleiders als vrijheidsbeperkend zien.

Iets meer dan de helft van de respondenten in dit onderzoek heeft voldoende kennis van de Wet Bopz, wat ook betekent dat iets minder dan de helft van de respondenten onvoldoende kennis heeft van de Wet Bopz. Deze resultaten zijn moeilijk te vergelijken met eerdere onderzoeken vanwege de verschillen per zorgsector. De kennis waar in dit onderzoek naar is gevraagd is specifieke kennis van de Nederlandse Wet Bopz in de gehandicaptensector, in het bijzonder binnen de instelling. Opvallend is dat stellingen waarin gevraagd werd naar specifieke terminologie minder vaak goed beantwoord zijn. Verwarring met oudere termen kan hiervan de oorzaak zijn (Knotter et al., 2008). Verder is gevonden dat kennis per functieniveau verschilt. Dit komt overeen met de resultaten die door Suen en collega's (2006) en Karlsson en collega's (1998) zijn gevonden. Per opleidingsniveau zijn geen verschillen gevonden, dit is ook in eerder onderzoek niet het geval geweest (Janelli et al., 1994). Dat verschillen wel in functieniveau zijn gevonden, maar niet in opleidingsniveau

kan komen doordat men in opleidingen weinig te maken krijgt met het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (Dielis-van Houts et al., 2003). Dit is mogelijk op alle opleidingsniveaus. Daarentegen krijgen teamcoördinatoren en zorgcoördinatoren in hun werkzaamheden, bij het coördineren van zorg rondom de cliënten en het team, te maken met de Wet Bopz en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij zullen daardoor wellicht meer op de hoogte zijn van het beleid. Gesteld kan worden dat praktijkervaring meer bijdraagt aan de kennis van de Wet Bopz dan de theorie tijdens de opleiding. Hoe meer men in de dagelijkse werkzaamheden te maken had met beleid omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen, hoe meer kennis men bezat van de Wet Bopz. Het aantal jaren werkervaring dat iemand had maakte hierbij geen verschil, in eerder onderzoek zijn hierover verschillende resultaten gevonden (Janelli et al, 1994; Suen et al, 2006). Dat verschillen in dit onderzoek niet zijn gevonden op werkervaring kan komen doordat mensen niet door zijn gegroeid na jaren werkervaring naar een andere functie. Als men in de werkzaamheden niet of nauwelijks met beleid over de Wet Bopz te maken krijgt zal de kennis in die jaren hiervan ook niet stijgen.

Naast het kennisniveau is het ook belangrijk te weten wat de attitude van begeleiders is (Frederiks et al., 2007; Suen et al., 2006). De totale attitude van begeleiders in dit onderzoek ligt net boven het gemiddelde, er is sprake van een licht positieve attitude. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken waar een positieve attitude omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen werd gevonden (Myers et al., 2001; Suen et al., 2005; Van Doeselaar et al., 2008). Opvallend is dat een positievere attitude werd gevonden omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen wanneer gevraagd werd naar gevoel tijdens de fixatie. Begeleiders hebben over het algemeen geen of een beetje gevoel van schaamte of schuld tijdens een fixatie, maar voelen zich slecht als een cliënt na de fixatie uit zijn of haar doen is. Zij zien vrijheidsbeperkende maatregelen waarschijnlijk als een doeltreffende interventie, waardoor gevoel van schuld en schaamte achterweg blijft. Wanneer zij negatieve effecten bij de cliënt merken, is de attitude omtrent het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen ook negatief. Mannen blijken in dit onderzoek positiever over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te denken dan vrouwen. Dit is in eerder onderzoek niet gebleken (Suen et al., 2005). Deze verschillen in resultaten zijn wellicht te verklaren door de redenen waarvoor vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Suen en collega's (2005) deden onderzoek onder respondenten die vrijheidsbeperkende maatregelen toepasten om valgevaar te voorkomen. In dit onderzoek pasten een deel van de respondenten vrijheidsbeperkende maatregelen toe ter voorkoming van valgevaar, een ander deel van de

respondenten pasten vrijheidsbeperkende maatregelen toe ter voorkoming van probleemgedrag. Professionals die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen in bedreigende situaties, ter voorkoming van probleemgedrag, hebben een positieve attitude jegens bepaalde vrijheidsbeperkende maatregelen (Van Doeselaar et al., 2008). Wellicht werkten de meeste mannen in dit onderzoek op groepen waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast ter voorkoming van probleemgedrag. Anders dan in eerder onderzoek (Van Doeselaar et al., 2008; Suen et al, 2006) zijn geen verschillen gevonden in het aantal maanden werkervaring. Ook werden geen verschillen gevonden in functieniveau, terwijl dit door Suen en collega's (2006) wel is gevonden. Verschillen in onderzoek kunnen komen door cultuurverschillen in sector tussen verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg, maar ook zeker cultuurverschillen tussen Hong Kong en Nederland.

Ook de relatie tussen kennis en attitude die Karlsson en collega's (1998) vonden is niet bevestigd in dit onderzoek. Dit wijst erop dat de kennis en attitude van begeleiders in de gehandicaptenzorg wezenlijk anders is dan de kennis en attitude van verpleegkundigen in andere sectoren. Daarnaast is in dit onderzoek vooral gekeken naar kennis van de Wet Bopz en het beleid van de instelling, terwijl Karlsson en collega's (1998) keken naar de kennis van wanneer en door wie vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast mogen worden. Kennis van regelgeving en beleid is niet van invloed op de attitude van begeleiders, kennis over gevolgen en risico's van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zou wellicht de attitude van begeleiders wel beïnvloeden. Naast het type vragen verschilt de onderzoeksgroep van beide onderzoeken. Karlsson en collega's (1998) hebben ook behandelaars bevraagd, terwijl aan dit onderzoek alleen begeleiders hebben meegewerkt.

Gekeken naar de mening van begeleiders over welke interventies zij als vrijheidsbeperkend zagen, bleek dat het toepassen van een houdgreep door een minderheid als niet vrijheidsbeperkend werd gezien, terwijl dit een maatregel is die wel in de wet is omschreven (Van der Valle, 2005). Juist bij deze maatregel zou geen twijfel verwacht worden, aangezien het karakter van het beperken van de bewegingsvrijheid duidelijk naar voren komt bij het toepassen van een houdgreep. Wellicht is ook hier sprake van verwarring in terminologie. Verder is aangetoond in dit onderzoek dat begeleiders heel verschillend denken over welke interventies als vrijheidsbeperkend worden gezien, waarbij fixeren met hulpmiddelen het vaakst als vrijheidsbeperkend wordt gezien. Dit komt overeen met de resultaten die De Veer en collega's (2007) gevonden hebben onder verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen. Zij vonden daarnaast dat iemand in een aparte ruimte zetten zonder de deur op slot het minst vaak als vrijheidsbeperkend werd gezien. In dit onderzoek werd deze

interventie ook minder vaak als vrijheidsbeperkend gezien, maar het minst vaak werd een zelf te openen band of gordel als vrijheidsbeperkend gekenmerkt. Deze interventie was in het onderzoek van De Veer en collega's (2007) niet opgenomen, en is wellicht specifiek voor de verstandelijk gehandicaptensector. Zonder eenduidigheid over wat men verstaat onder vrijheidsbeperking zal het opstellen van beleid over terugdringing hiervan ook zeer moeizaam zijn.

Als vanzelfsprekend kent ook dit onderzoek zijn sterke en zwakke punten. Een van de zwakke punten is de moeizame generaliseerbaarheid van het kennisonderdeel. Doordat de vragen specifiek gericht zijn op het beleid van de instelling, zijn de resultaten moeilijk generaliseerbaar. Een ander zwak punt is de onvolledigheid van het onderdeel mening. De vragen die gebruikt zijn om het onderdeel mening in kaart te brengen gaven een gedeelte van de gebruikte interventies in de verstandelijk gehandicaptenzorg weer omdat het onmogelijk is om alle interventies te noemen. Hierdoor zijn wellicht een aantal veel toegepaste interventies niet meegenomen en kan maar over een aantal interventies uitspraken gedaan worden. Ook het onderdeel attitude kent een zwak punt. De betrouwbaarheid van de attitudeschaal is net voldoende, na verwijdering van vijf items, dit betekent dat de attitudeschaal matig homogeen is. Afgevraagd kan worden of met meerdere items in de schaal en een hogere betrouwbaarheid betere resultaten gevonden waren. Aan de betrouwbaarheid van het onderdeel meldgedrag, dat in eerste instantie opgenomen was in dit onderzoek is dermate getwijfeld dat gekozen is om het onderdeel uit het onderzoek te laten. Begeleiders kregen onder supervisie na het invullen van de eerste drie onderdelen kennis op papier aangeleverd om het onderdeel meldgedrag adequaat in te kunnen vullen. Tijdens en na de afname bleek dat een merendeel van de begeleiders de informatie niet of slecht door hadden genomen, of de informatie niet of onvoldoende begrepen hadden, waardoor het onderdeel meldgedrag niet goed in is gevuld. In discussies die na de afname op gang kwamen waarbij de kennis mondeling werd toegelicht bleek de informatie onvoldoende overgekomen te zijn. Op basis daarvan is het onderdeel meldgedrag niet meegenomen in de analyses. Een ander zwak punt van dit onderzoek is de wijze van afname. Doordat respondenten in een groep, zij het op papier, vragen hebben beantwoord, is het risico op sociaal wenselijke antwoorden aanwezig. Het feit dat bij elkaar gekeken kon worden naar ingevulde antwoorden kan ervoor gezorgd hebben dat respondenten niet overal eerlijk zijn geweest. De wijze van afname is anderzijds ook een sterk punt van dit onderzoek. Doordat de vragenlijsten onder supervisie zijn ingevuld in een teamvergadering, is de respons zeer hoog te noemen. Daarnaast is de onderzoeksgroep groot. Door de grote hoeveelheid respondenten konden uitspraken gedaan worden over verschillen tussen bepaalde

groepen. Tevens is de mate van generaliseerbaarheid van het onderzoek hierdoor groter. Dit onderzoek is daarnaast het eerste onderzoek dat op deze manier de kennis, mening en attitude van begeleiders in de gehandicaptenzorg in kaart brengt en is daarmee een aanzet tot vervolgonderzoek naar deze aspecten in de betreffende sector.

Geconcludeerd kan worden dat het kennisniveau van uitvoerende begeleiders in deze instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, omtrent de Wet Bopz verbeterd kan worden. Daarnaast denkt men in deze instelling positief over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, waardoor niet snel naar alternatieve interventies gezocht zal worden. Wat precies als vrijheidsbeperkend gezien wordt is afhankelijk van de begeleider. Over een aantal interventies is redelijke overeenstemming, maar ook wordt divers gedacht over een aantal interventies. Beleid over terugdringing van vrijheidsbeperkende maatregelen zal zich moeten richten op bijscholing van medewerkers. Scholing omtrent de kennis van de wetgeving en de toepassing ervan zal zich met name moeten richten op assistent-begeleiders. Vooropleidingen zouden het lesaanbod op dit gebied moeten uitbreiden, zodat leerlingen en stagiaires ook over voldoende kennis beschikken van de Wet Bopz. Het scholingsaanbod zal met name gericht moeten zijn op verbetering van kennis over de risico's van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en autorisatie hiervoor, veranderde terminologie en de reden waarvoor vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Waar en op welke wijze de afgesproken vrijheidsbeperkende maatregelen voor een cliënt geregistreerd dienen te worden is over het algemeen wel bekend. Bij- en nascholing zal opgenomen moeten worden in het beleid om vrijheidsbeperkende maatregelen te kunnen terugdringen. Ook zal in dit beleid duidelijk gesteld moeten worden welke interventies en maatregelen teruggedrongen moeten worden. De Wet Bopz is hiervoor niet toereikend en de inhoud en wijze van uitvoering van de vrijheidsbeperkende maatregel wordt overgelaten aan de hulpverlener (Frederiks et al., 2007). Dit wordt op basis van eigen mening gedaan en deze is verschillend per begeleider. Instellingen zullen duidelijk moeten zijn in hun beleid over welke interventies zij praten. Belangrijker nog dan duidelijkheid over de interventies is de attitude van begeleiders. Risico's van vrijheidsbeperking en effecten ervan zullen duidelijk moeten worden bij begeleiders en zij moeten getraind worden in het oppikken van signalen van onvrede bij cliënten tijdens en na toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. De bij- en nascholing zal zich moeten richten op de ethische kwesties omtrent toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de alternatieven die geboden kunnen worden. Ook zal inzicht gegeven moeten worden in de hoeveelheid maatregelen die de begeleider zelf toepast om attitudeverandering teweeg te brengen.

Vervolgonderzoek naar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de verstandelijk gehandicaptenzorg is nodig en zal zich moeten richten op de reden waarom vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Gevonden is dat een kleine meerderheid van de respondenten weet dat vrijheidsbeperkende maatregelen alleen toegepast mogen worden wanneer er sprake is van gevaar. Na discussies die ontstonden na de afname van de vragenlijsten in de teams ontstond het vermoeden dat de reden van toepassing soms onbekend is, of dat vrijheidsbeperking als pedagogische maatregel in werd gezet. Of en hoeveel dit gebeurd zal in toekomstig onderzoek in kaart kunnen worden gebracht. Daarnaast zal in vervolgonderzoek groepen die vrijheidsbeperkende maatregelen inzetten ter voorkoming van probleemgedrag, apart van groepen die vrijheidsbeperkende maatregelen inzetten vanwege valgevaar onderzocht moeten worden. Hierdoor kan gekeken worden of het verschil in attitude van mannen en vrouwen te maken heeft met de werkplek van mannen en vrouwen. In vervolgonderzoek zal tevens het kennisgedeelte van de vragenlijst uitgebreid kunnen worden. Door begeleiders ook te bevragen op algemeen geldende kennisvragen, zoals kennis over de gevolgen van toepassing, kan de generaliseerbaarheid van dit onderdeel verhoogd worden. De vragenlijst kan verder verbeterd worden op het onderdeel meldgedrag. Door de informatie bijvoorbeeld klassikaal, mondeling aan te bieden kan getoetst worden of de informatie is overgekomen. Op deze wijze zal het onderdeel meldgedrag betrouwbaar ingevuld worden en kan in kaart gebracht worden of alle vrijheidsbeperkende maatregelen worden gemeld en welke kenmerken samenhangen met het wel of niet melden.

Literatuurlijst

- Arends, L. A. P. (2004). *Beperkt door zorg: Toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is*. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, & Dijkum, C. J. van (2007). *Basisboek statistiek met SPSS*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhof.
- Baker, P. A., & Bissmire, D. (2000). A pilot study of the use of physical intervention in the crisis management of people with intellectual disabilities who present challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13*, 38-45.
- Commissie Testaangelegenheden Nederland. (2001). *Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: COTAN/NIP.
- Cunningham, J., McDonnell, A., Easton, S., & Sturmey, P. (2002). Social validation data on three methods of physical restraint: Views of consumers, staff and students. *Research in Developmental Disabilities, 24*, 307-316.
- Demir, A., (2007). The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey: Original Article. *International Nursing Review, 54*, 367-374.
- De Twentse zorgcentra. (2004). *Vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandeling bij de Twentse zorgcentra*. Enschede: De Twentse zorgcentra.
- De Twentse zorgcentra. (2005). *Toepassingen en meldingen van Middelen of Maatregelen in het kader van de wet BOPZ*. Enschede: De Twentse zorgcentra.
- Dielis-van Houts, A. M., Lendemeijer, B. H. G. M., & Hamers, J. P. H. (2003). *Op zoek naar een balans tussen veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking*. Den Haag/Utrecht: ZonMW/LEVV.
- Doeselaar, M. van, Slegers, P., & Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in the Netherlands. *Psychiatric Quarterly, 79*, 97-109.
- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Hatton, C, Kessissoglou, S., Hallam, A., et al. (2000). Treatment and management of challenging behaviours in residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13*, 197-213.
- Frederiks, B. J. M., Ruitenbeek, T. A., & Zanden, M. C. G. van der. (2007). *Kwaliteitskader Campagne "Zorg voor Vrijheid" in de verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuis- verzorgingshuiszorg*. Utrecht: IGZ.

- Ginneken, P. P. J. N. van (1999). *De nodige bereidheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ginneken, P. P. J. N. van (2002). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*. Den Haag: ZonMw.
- Hamers, J. P. H., Gulpers, M. J. M., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 246-251.
- Hamers, J. P. H., & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in de elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 19-25.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2008). *Zorg voor vrijheid: Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet*. Den Haag: IGZ.
- Janelli, L. M., Scherer, Y. K., & Mathewson Kuhn, M. (1994). Acute/Critical care nurses' knowledge of physical restraints. *Journal of Nursing Staff Development*, 10, 6-11.
- Kahng, S., Leak, J., Vu, C., & Mishler, B. (2008). Mechanical restraints as positive reinforcers for aggression. *Behavioural Interventions*, 23, 137-142.
- Karlsson, S., Bucht., G., Eriksson, S., & Sandman, P. O. (2001). Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1722-1728.
- Karlsson, S., Bucht, G., & Sandman, P. O. (1998). Physical restraints in geriatric care. Knowledge, Attitudes and use. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, 48-56.
- Knotter, M. H., Stams, G. J. J. M., Jansen, G. J., & Moonen, X. M. H. (2008). Attitude en interventiegedrag bij begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking en agressief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met een Verstandelijke Beperking*, 34, 94-114.
- Kwartel, A. J. J. van der, Nienoord-Buré, C. D., Lommers, M. H. J., & Sluiter, M. (2007). *Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz*. Utrecht: Prismant.
- Lee, D. T. F., Chan, M. C., Tam, E. P. Y., & Yeung, W. S. K. (1999). Use of physical restraints on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 153-159.
- Ministerraad. (2008). *Kabinet akkoord over wetsvoorstel Zorg en Dwang*. Gevonden op 5 mei 2009, op http://www.regering.nl/Actueel/Persberichten_ministerraad/2008/juni/27/Kabinet_akkoord_over_wetsvoorstel_zorg_en_dwang
- Moor, J. M. H. de, & Didden, R. (2009). Terugdringen van separeren kan. Casusbespreking van een man met een matige tot lichte verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met een Verstandelijke Beperking*, 35, 62-72.

- Myers, H., Nikoletti, S. & Hill, A. (2001). Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nursing and Health Sciences*, 3, 29-34.
- Stikker, T. E. (2003). *De Samenhang tussen de WGBO en de Wet Bopz*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Sturmeijer, P. (1999). Correlates of restraint use in an institutional population. *Research in Developmental Disabilities*, 20, 339-346.
- Sturmeijer, P., Lott, J. D., Laud, R., & Matson, J. L. (2005) Correlates of restraint use in an institutional population: a replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 501-506.
- Suen, L. K. P., Lai, C. K. Y., Wong, T. K. S., Chow, S. K. Y., Kong, S. K. F., Ho, J. Y. L., et al. (2005). Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 20-28.
- Valle, J. van der. (2005). Vrijheidsbeperkende maatregelen en de rol van de gedragswetenschapper. *Themabijlage nieuwsbrief: Samenwerkingsverband NIP-NVO gehandicaptenzorg*, 7(2), 1-4.
- Veer, A. J. E. de, Francke, A. L., Kruif, A, de, & Bolle, F. J. J. (2007). Vrijheidsbeperkende interventies. Een inventarisatie onder verzorgenden. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 32, 6-11.
- Wierckx, R. (2009). Goede zorg bepalend. *Markant*, mei, 4, 18-21.