

OMGAAN MET VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN IN DE ZORG VOOR OUDEREN

INLEIDING

In de zorg voor ouderen worden regelmatig maatregelen genomen die ingrijpen in de persoonlijke vrijheid van deze mensen. Doorgaans liggen aan zulke maatregelen zorgzame motieven ten grondslag, soms spelen ook praktische overwegingen of overmacht door een tekort aan zorgende handen een rol. Via empirisch onderzoek wordt een steeds beter inzicht verworven in de prevalentie, de redenen voor en de gevolgen van vrijheidsbeperkende maatregelen voor de bewoner. Slechts weinig is gekend over de psycho-sociale risico's (bijvoorbeeld afhankelijkheidsgevoelens, agressie, vernedering, depressie) die aan de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen verbonden zijn. De ethische waarden (bijvoorbeeld respect voor autonomie, lichamelijke integriteit, integraal welzijn, relationele omkadering) die bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen met elkaar in conflict kunnen komen, kregen tot op heden nauwelijks aandacht. De commissie voor ethiek heeft er daarom voor geopteerd de ethische besluitvorming inzake vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor ouderen grondig uit te klaren. De in dit advies geformuleerde ethische aanbevelingen zijn hoofdzakelijk van toepassing op bewoners die in rusthuizen/RVT's verblijven en op gebruikers van dagverzorgingscentra. In dit advies worden deze groepen ouderen met de term 'bewoners' aangeduid. Het spreekt voor zich dat de inhoud van dit advies eveneens inspirerend kan zijn voor de omgang met vrijheidsbeperkende maatregelen bij andere patiëntengroepen, zoals bijvoorbeeld geriatrische patiënten in het algemeen ziekenhuis en psychiatrische patiënten.

In het eerste deel van deze visietekst worden de drie fasen beschreven die de *ethische reflectie* (1) achtereenvolgens dient te doorlopen, alvorens tot een weloverwogen besluit te komen over wat het meest menselijk mogelijke is met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen. De drie fasen zijn:

- stand van zaken vanuit het perspectief van de zorg (1.1.);
- beleving van vrijheidsbeperkende maatregelen door bewoner, familie en hulpverlener (1.2.);

- ethische afweging van waarden en normen met betrekking tot deze problematiek (1.3.).

In het tweede deel van deze visietekst worden drie aanbevelingen voor een adequate *ethische besluitvorming* (2) geschetst. Vooreerst wordt gesteld dat de voordelen van de vrijheidsbeperking moeten opwegen tegen de nadelen (2.1.). Vervolgens wordt gepleit voor een geïndividualiseerde aanpak (2.2.). Ten slotte worden aanbevelingen voor het overleg gedaan (2.3.). Speciale aandacht gaat naar de verantwoordelijkheid van de volgende instanties/personen:

- bestuur / directie en staf (2.3.1.);
- hulpverlenend team (2.3.2.);
- bewoner (2.3.3.);
- familie (2.3.4.).

1. ETHISCHE REFLECTIE

1.1. *STAND VAN ZAKEN OMTRENT VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE ZORG*

Een ethische bezinning die verankerd wil zijn in de concrete praktijkvoering dient steeds te vertrekken van de gegevens uit de zorgpraktijk. We blijven daarom eerst stilstaan bij de definitie en de voornaamste soorten van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarna beschrijven we de prevalentie van vrijheidsbeperking en de kenmerken van de bewoners bij wie vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Vervolgens geven we een korte toelichting bij de redenen voor en de risico's van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook de spanning tussen gangbare opinies enerzijds en kritische tegenargumenten anderzijds komt aan bod. We besluiten deze stand van zaken met een korte toelichting bij het wettelijk kader inzake vrijheidsbeperkende maatregelen.

1.1.1. *Definitie van en soorten vrijheidsbeperkende maatregelen*

Onder een vrijheidsbeperkende maatregel verstaan we in deze visietekst elke handelingsmethode, materiaal of uitrusting aan of in de buurt van het lichaam van de bewoner die deze niet gemakkelijk kan verwijderen en die de bewegingsvrijheid van of de normale toegang tot het lichaam beperkt (Evans & Strumpf 1989, Retsas 1998).

De meest gebruikte vrijheidsbeperkende middelen zijn: pols- en enkelbandjes, lichaamsvestjes, handschoenen, riemen, zachte gordels en het gebruik van onrusthekkens. Andere middelen zijn: rolstoelen, geriatrische stoelen met aangepaste veiligheids-gordels en/of voorzettafels, harnas, sluitlakens, gesloten afde-lingen en kamerdeuren. Medicamenteuze vormen van vrijheidsbeperking (bijvoorbeeld gebruik van sedativa en neuroleptica) die niet alleen de bewegingsvrijheid maar ook de autonomie (wilsvrijheid) van de bewoner beperken, worden in dit advies buiten beschouwing gelaten. De commissie erkent dat ook deze vormen van vrijheidsbeperking ethische vragen oproepen.

1.1.2. Prevalentie

Uit beperkt observationeel onderzoek bij voornamelijk bewoners met dementie in de Vlaamse rusthuizen/RVT's blijkt dat het gemiddelde prevalentiecijfer van vrijheidsbeperkende maatregelen varieert van 76% tot 85,5% (alle mogelijke soorten vrijheidsbeperkende middelen, inclusief onrusthekkens en geriatrische stoel) en van 45,5% tot 49% (exclusief onrusthekkens en geriatrische stoel) (Van Wesenbeeck et al. 2002). Recent survey-onderzoek in 154 Vlaamse rusthuizen bevestigt deze trend. Een kwart van de bevraagde rusthuizen geeft aan bij 30 tot 60% van hun bewoners regelmatig vrijheidsbeperkende middelen toe te passen. Zeven procent van de rusthuizen geeft aan dat dat cijfer boven de 60% ligt (Talloen et al. 2004).

1.1.3. Bewonerskenmerken en niet bewonergebonden invloeden

Onderzoek heeft uitgewezen dat bewoners waarop vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast op diverse kenmerken verschillen van bewoners wiens vrijheid niet wordt beperkt. Bewoners met functionele beperkingen, grote lichamelijke afhankelijkheid, mobiliteitsproblemen, een verleden met veelvuldige valpartijen, cognitieve stoornissen of gedragsproblemen lopen een verhoogd risico om in hun vrijheid te worden beperkt (Van Wesenbeeck et al. 2002).

Verder kunnen een lage personeelsbezetting (bijvoorbeeld tijdens de nachtdienst of tijdens de weekends) en de vraag van de familie naar vrijheidsbeperking een rol spelen in het aanwenden van vrijheidsbeperkende maatregelen (Bourbonniere et al. 2003). Ook een medisch zorgmodel, routinegedrag, een negatieve en/of paternalistische houding tegenover ouderen, de vrees voor gerechtelijke vervolging, het gebrek aan kennis van de negatieve gevolgen van vrijheidsbeperking en van mogelijke alternatieven, alsook het beperkte vermogen om met probleem-

gedrag om te gaan, kunnen tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen leiden (Goeminne et al. 2003).

1.1.4. Redenen voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen

Bewoners blijken het meest in hun vrijheid beperkt te worden uit veiligheidsoverwegingen voor henzelf en/of voor anderen. Voorbeelden van veiligheidsoverwegingen zijn het voorkomen van zelfverwonding, vallen, of het verwonden van anderen. Hieronder valt ook de bescherming van de therapeutische middelen, bijvoorbeeld ter preventie van het uittrekken van tubes, sondes of infusieleidingen waarbij bewoners letsels zouden kunnen oplopen.

Een tweede reden voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is om storend gedrag te onderdrukken. Voorbeelden van storend gedrag zijn ronddwalen, zoek- en wegloopgedrag, motorische onrust, agressie.

1.1.5. Risico's van vrijheidsbeperkende maatregelen voor de bewoner

In de praktijk bestaan er omtrent het al dan niet wenselijk zijn van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen veel vragen bij hulpverleners. Deze onduidelijkheid wordt weerpiegeld in de verwarring rond dit thema bij de publieke opinie. Er groeit sinds enkele jaren een wetenschappelijke consensus over de risico's van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij ouderen (Evans & Strumpf 1989). De risico's kunnen onderverdeeld worden in twee categorieën: lichamelijke risico's en psychosociale risico's.

Lichamelijke risico's:

- huidletsel
- decubitusletsel
- longontsteking en respiratoire complicaties
- incontinentie (urinair en/of fecaal)
- constipatie
- verminderde spiermassa/spierspanning/spierkracht/uit-houdingsvermogen
- verhoogd risico op breuken en andere ernstige lichamelijke verwondingen
- veranderd voedingspatroon: voedselweigerings of ook toenemende afhankelijkheid met betrekking tot voeding/vochtopname
- infecties zoals pneumonie, urinaire infecties door verminderde mobiliteit
- cardiale stress

- overlijden door wurging of ten gevolge van verwondingen/lletsels

Psychosociale risico's:

- agressiviteit
- angst om verlaten te worden
- toenemende verwardheid
- sociale isolatie
- afhankelijkheid
- apathie
- verlies van zelfrespect en waardigheid
- ontluistering

1.1.6. Gangbare opinies en kritieken

De hoger beschreven wetenschappelijke gegevens sijn slechts traag door tot de hulpverleners die concrete beslissingen moeten nemen. Dit leidt ertoe dat in de praktijk het handelen van hulpverleners vaak is gestuurd door gangbare opinies die vanuit wetenschappelijk oogpunt steeds meer bekritiseerd worden. Het botsen van gangbare opinies en wetenschappelijke bevindingen geeft vaak aanleiding tot emotionele ontladingen die een rationeel-ethische afweging in de weg staan. Hieronder geven we een overzicht van een aantal gangbare opinies die omtrent de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bestaan. Tegenover de opinies plaatsen we de kritieken die uit wetenschappelijk onderzoek werden gegenereerd (Strumpf et al. 1998).

- Gangbare opinie:
De vrijheid van ouderen moet beperkt worden omdat ze meer kans hebben om te vallen en omdat ze meer kans hebben om zichzelf ernstig te kwetsen.
- Kritiek:
Vrijheidsbeperking doet de kans op vallen en verwonding niet automatisch dalen.
- Gangbare opinie:
De morele verplichting om mensen tegen schade te beschermen vereist het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Kritiek:
Vrijheidsbeperkende maatregelen, gebruikt om de veiligheid te verhogen, hebben niet steeds therapeutische voordelen en veroorzaken vaak bijkomende schade.
- Gangbare opinie:
Het stoort oudere mensen niet om in hun vrijheid beperkt te worden.
- Kritiek:
Volgende negatieve gevoelens kunnen aanwezig zijn bij ouderen wiens vrijheid beperkt wordt: woede, angst, vernede-

ring, weerstand, ongemak, ontmoediging, gelatenheid (zie 1.1.5. en 1.2.1.).

• Gangbare opinie:

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn noodzakelijk omdat er onvoldoende personeel op de afdeling aanwezig is.

- Kritiek:

Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen afgebouwd worden zonder toename van het aantal personeelsleden, mits voldoende deskundigheid.

• Gangbare opinie:

Er bestaan geen andere interventies dan het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen om tegemoet te komen aan de noden van de bewoners.

- Kritiek:

Er bestaan alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen: gebruik van specifieke materialen, wijzigen van omgevingsfactoren, geïndividualiseerde zorgaanpak, medisch-verpleegkundige opvolging (zie 1.3.4.).

De spanning tussen gangbare opinies en kritische tegenargumenten moet hulpverleners aanzetten tot grote voorzichtigheid in het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen.

1.1.7. Wettelijke regulering van vrijheidsbeperkende maatregelen

In bijlage B van het ouderendecreet van 5 maart 1985 en in de bijhorende norminterpretaties die de inspectiediensten momenteel (bij inspectie) hanteren, wordt slechts marginaal naar vrijheidsbeperkende maatregelen 'op zich' verwezen. Wel staat uitdrukkelijk de individuele vrijheid van de bewoner centraal. Met betrekking tot de regelgeving voor rusthuizen/RVT's is (voor dit advies) belangrijk:

- het bestaan van een beleid omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen op te nemen in het reglement van orde;
- het beleid omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen te communiceren met bewoner en zijn/haar omgeving;
- te zorgen voor veilige technieken en materialen;
- te zorgen voor een goede begeleiding van ouderen wiens vrijheid wordt beperkt.

Zorgvuldigheid van de hulpverleners bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is juridisch belangrijk. Zorgvuldigheid wordt bewezen door aantekening in het bewonersdossier en het medisch dossier, waarin best ook vermeld staat welke informatie aan de oudere en de familie werd gegeven. Bespreking van de beslissing in het team en verwijzing naar relevante literatuur zijn waardevolle instrumenten.

Vrijheidsbeperking staat in het KB op de uitoefening van de Verpleegkunde (7 oktober 2002) omschreven als een verpleegtechnische act 'B1', die door een verpleegkundige (en dus nooit door een verzorgende) autonoom kan worden uitgevoerd, wanneer deze gebeurt om ernstige lichamelijke schade te voorkomen. In alle andere gevallen dient vrijheidsbeperking in overleg met de arts te gebeuren.

Vrijheidsbeperking kan best steeds gebeuren na overleg binnen het interdisciplinair team. Slechts in geval van nood kan vrijheidsbeperking éénmalig en gedurende korte periode gebeuren zonder voorafgaand overleg. Ook dan dienen de betrokken teamleden ten spoedigste op de hoogte gebracht te worden van de maatregel, om hierover te overleggen.

Ten aanzien van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bestaat ten slotte ook een informatieplicht naar de oudere persoon en (in geval van wilsonbekwaamheid) naar de persoon die het vertrouwen geniet van de oudere.

1.2. BELEVING VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bij bewoners in het rusthuis / RVT is beladen met een aantal betekenissen en wordt door bewoners, familie en hulpverleners (vooral verpleegkundigen/ verzorgenden) op een bepaalde manier beleefd (Gallinagh et al. 2001). Het is van groot belang deze betekenissen en belevingen te expliciteren, omdat ze in belangrijke mate de voedingsbodem vormen voor de ontwikkeling van ethische intuïties die het ethisch besluitvormingsproces sterk beïnvloeden.

1.2.1. Betekenis voor en beleving van de bewoner

Bewoners melden gemengde gevoelens en waarnemingen over hun ervaringen met vrijheidsbeperkende maatregelen (Gallinagh et al. 2001). Voor sommige ouderen hebben vrijheidsbeperkende maatregelen (i.c. onrusthekken en rolstoelbladen) een positieve betekenis. Het verleent hen een gevoel van veiligheid en stabiliteit (*'Ik voel me veiliger met onrusthekken, ik ben er nu aan gewend'*).

Afhankelijkheid wordt door ouderen niet altijd als iets negatiefs beleefd. Veel oudere personen hebben waardering voor de geboden hulp. Ze stellen zich ontvankelijk op voor de zorgverlening. Er is hier dan ook sprake van een positief ontvangen van zorg (*'Ik denk niet dat het me echt beperkt. Ik heb er nog niet zo goed bij stilgestaan. Als ik wil opstaan, helpen ze me wel. Maar ik heb het*

nodig voor m'n kussens, anders glijdt m'n arm omlaag. Ik vind het een goed idee').

Meestal wordt de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen echter niet als positief ervaren (Gallinagh et al. 2001). Integendeel, de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft in de beleving van vele ouderen eerder een traumatisch dan wel een therapeutisch karakter. Deze negatieve ervaringen van ouderen met betrekking tot vrijheidsbeperking gaan gepaard met gevoelens van schaamte, minderwaardigheid, identiteitsverlies, angst en agressie.

Vele bewoners uiten gevoelens van gevangenschap (*'Ik voel me gevangen als een vogel in een kooi'*) en beperking van bewegingsvrijheid (*'Ik kan mijn handen zelfs niet bij elkaar brengen'*) tot gevoelens van ongemak. Bewoners maken zich ook zorgen over de kans op verwonding bij hun pogingen om te ontsnappen aan de vrijheidsbeperkende maatregel.

Andere bewoners uiten gevoelens van onverschilligheid ten opzichte van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

1.2.2. Betekenis voor en beleving van de familie

Uit beperkt onderzoek naar de beleving van vrijheidsbeperkende maatregelen door familieleden van de oudere blijkt dat vrijheidsbeperking vooral geassocieerd wordt met het thema van de eindigheid: de vrijheidsbeperking symboliseert de eindigheid en de beperktheid die onlosmakelijk met het leven verbonden zijn (*'Toen ik de vrijheidsbeperking zag, verloor ik elke hoop'*) (Newbern & Lindsey 1994). Andere betekenissen die door familieleden aan de vrijheidsbeperking worden gegeven zijn:

- controle van de situatie (*'Ik wil niet dat hij valt'*);
- ontkenning (*'Zolang ik de vrijheidsbeperking niet zie, is alles OK voor mij'*);
- kwaadheid (*'Ik geloof niet dat ze het doen om hem te helpen'*);
- ontluistering van de bewoner (*'Door de vrijheidsbeperking lijkt het alsof hij niet meer over zijn geestelijke vermogens beschikt'*).

De nood aan emotionele ondersteuning van de oudere persoon en zijn/haar familie wordt door de meeste familieleden verwoord.

1.2.3. Betekenis voor en beleving van de hulpverlener

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen brengt een bepaalde structuur met zich mee. Mogelijk zou het niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen deze structuur en daarmee het houvast voor hulpverleners in gevaar kunnen

brengen, waardoor de kans op chaos toeneemt (Fairman & Happ 1997). Deze betekenis heeft ertoe bijgedragen dat het toepassen van bepaalde vrijheidsbeperkende maatregelen in een aantal gevallen een ritueel is geworden dat eerder tegemoetkomt aan de behoefte aan een vaste structuur van de hulpverlener dan aan de therapeutische behoeften van de bewoner. Hulpverleners zien de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen vaak als een vorm van geritualiseerde zorg.

Daarnaast hebben hulpverleners de indruk dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen hen in staat stelt om controle uit te oefenen op de bewoner; het wordt door hen ervaren als een bepaalde vorm van ordehandhaving (O'Connor 1997). Opvallend is dat sommige hulpverleners hierbij gebruikmaken van een taal, waarin concepten uit de kindertijd worden gebruikt om de ervaringen met ouderdom te structureren. Een dergelijke aanpak wordt door ouderen vaak als vernederend ervaren (infantilisering) en is vaak bedoeld om de bestaande machtsrelaties te behouden (Van Dongen 1997).

Voor sommige hulpverleners verschaft het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen hen het gevoel dat ze hierdoor kunnen ontsnappen aan juridische vervolging.

Niettemin stelt men bij hulpverleners ook innerlijke conflicten vast zoals frustratie, ambivalentie en schuldgevoelens over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De commissie erkent dat belevingen een belangrijke rol kunnen vervullen in het opsporen en beoordelen van ethisch onverantwoorde situaties. Zo wekt het niet aflatend toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij dementerende bewoners, zonder dat er uitzicht is op een verhoogde beleving van welzijn bij de bewoner, een afwijzend gevoel in ons op. Precies dat gevoel zet ons aan tot de formulering van een ethisch probleem rond die behandeling. Doch bij de bespreking van ethische problemen dient men het niveau van de gevoelens te overstijgen. Men dient te evolueren naar het niveau van de rationele ethische argumentatie waarbij waarden en normen worden afgewogen.

1.3. ETHISCHE AFWEGING VAN WAARDEN EN NORMEN

Ethiek kan omschreven worden als het nadenken over menselijk handelen in het perspectief van menswaardigheid. We kunnen deze omschrijving nog verfijnen door te stellen dat het in de ethiek gaat om de waarden en de normen die voor het menselijk handelen richtinggevend zijn om tot steeds meer menswaardigheid te komen. Inzake zorg drukken de waarden uit wat in de zorgverlening dient te worden nagestreefd om tot een menswaardig gehalte te komen (bijvoorbeeld respect, dienstvaardigheid, zorg-

vuldigheid). *Normen* verwoorden concrete richtlijnen voor het handelen. Ze drukken gedragsregels uit die algemeen aanvaard worden als redelijk verantwoord en als adequaat om in bepaalde concrete situaties een menswaardig gehalte te geven aan de zorgverlening. In wat volgt proberen we de essentiële waarden en normen te identificeren die van belang zijn bij de ethische afweging omtrent het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor ouderen. Er bestaat geen hiërarchie tussen de verschillende waarden en normen.

1.3.1. Respecteren van de waardigheid van de bewoner als persoon

De commissie voor ethiek bevestigt als *eerste fundamentele waarde dat iedere bewoner ten einde toe behandeld moet worden als een persoon*. Het persoon-zijn maakt immers de waardigheid uit van de mens. Deze waardigheid is gegrond in het feit dat hij/zij uit mensen is geboren en met en door andere mensen geworden is wat hij/zij nu is. De menselijke waardigheid mag niet afhankelijk worden gemaakt van het al dan niet beschikken over zijn geestelijke vermogens. Vrijheid – in de zin van zelf mogen en kunnen handelen – en autonomie (zie 1.3.2.) zijn de voornaamste kenmerken van het persoon-zijn. De beleving als persoon omvat dan ook in de eerste plaats: zelf mogen en kunnen doen wat men wil op fysiek en psychisch vlak, niet afhankelijk zijn van iemand, door niemand gedwongen worden tot wat dan ook.

Het vraagt bijzondere aandacht om de realisering van deze waarde bij bewoners nadrukkelijk na te streven. De claim van mensen die zeer kwetsbaar zijn, die zichzelf niet poneren, niet assertief zijn, niet duidelijk laten merken dat ze er zijn of geen zelfrespect meer lijken te hebben, is immers zachter en geluidlozer en dus gemakkelijker te negeren.

Uit de fundamentele waarde van de waardigheid van de bewoner als persoon leidt de commissie *de ethische norm af dat hulpverleners, zowel op het vlak van zorg als van bescherming van de bewoner, zijn/haar vrijheid zoals hierboven omschreven zonder meer prioritair zouden stellen*.

1.3.2. Respecteren van de autonomie van de bewoner

In zoverre de bewoner wilsbekwaam is, wenst de commissie voor ethiek als tweede waarde te benadrukken dat de bewoners steeds als verantwoordelijke personen moeten worden gewaardeerd. De menselijke persoon is immers geen voorwerp, zoals de materiële dingen die ons omringen. Hij of zij mag daarom nooit louter als een ding worden beschouwd of behandeld. De meerwaarde van de mens bestaat er onder meer in dat hij of zij in principe in staat is

bewust en vrij en dus op een verantwoorde wijze te kiezen en te handelen.

Deze waarde wordt eveneens weergegeven in de *Wet betreffende de rechten van de patiënt* van 22 augustus 2002. Volgens deze Wet heeft de bewoner het recht al dan niet toe te stemmen in iedere tussenkomst van de hulpverleners. Deze toestemming moet niet expliciet zijn, maar kan ook impliciet door de hulpverleners uit de gedragingen van de bewoner worden afgeleid (art. 8 § 1).

Het aanwezige vermogen van de mens om zelf beslissingen te nemen en keuzen te maken (autonomie) zal ook in de context van het al of niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen steeds moeten worden gerespecteerd. Hieruit leiden we *de ethisch norm af dat – in geval vrijheidsbeperking wordt overwogen – de hulpverleners de wilsbekwame bewoner en zijn of haar familie maximaal moeten informeren over de verschillende keuzemogelijkheden*. Ze moeten op een zo objectief mogelijke en voor de bewoner en zijn of haar familie begrijpelijke wijze informatie geven over de verschillende behandelmogelijkheden, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's. Hulpverleners, bewoners en hun familie moeten op basis van deze informatie proberen te komen tot een overwogen keuze (Liégeois 2003). Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij een wilsbekwame bewoner zonder diens toestemming is volgens de commissie op ethisch vlak in principe onaanvaardbaar.

In de mate waarin de bewoner daarentegen wilsonbekwaam is, moeten de hulpverleners via de oudere zelf, familie of vrienden, zoveel mogelijk inzicht proberen te verwerven in wat hij of zij zou gewild hebben. Informatie over levenservaringen, interesses, sociale gedragspatronen, inkijken van het bewonersdossier kunnen hierin een belangrijke bijdrage leveren. Tevens moet steeds zoveel mogelijk aandacht besteed worden aan de actuele beleving van de situatie door de bewoner. Uiteraard kan de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bij de wilsonbekwame bewoner slechts onder dezelfde voorwaarden als bij de wilsbekwame bewoner worden overwogen (zie 1.3.4.).

1.3.3. Bevorderen van het integrale welzijn van de bewoner

Het welzijn van een bewoner is méér dan een toestand van lichamenlijk welbevinden. In de zorgpraktijk staan de lichamenlijke aspecten echter dikwijls sterk op de voorgrond, omdat deze zich in het algemeen het gemakkelijkst laten vertalen in objectieveerbare feiten. Zo wordt bijvoorbeeld in de literatuur over vrijheidsbeperkende maatregelen vooral gewezen op de preventie van eventuele lichamenlijke schade (bijvoorbeeld als gevolg van vallen). Als we de bewoner echter als persoon willen benaderen (zie 1.3.1) dan moeten we aanvaarden dat zorg voor zijn of haar welzijn méér inhoudt dan het vermijden van lichamenlijk scha-

de. *Respect voor psycho-sociaal welbevinden is een derde waarde die in de zorg voor de oudere mens moet beschermd worden. In een aantal gevallen kan deze waarde op gespannen voet komen te staan met de waarde van lichamelijke integriteit (veiligheid) (Dodds 1996). Hoewel de bescherming van de lichamelijke integriteit als een fundamentele waarde kan beschouwd worden, kan men volgens de commissie geenszins stellen dat deze waarde steeds voorrang heeft op andere waarden. In sommige situaties kan de keuze voor een andere waarde belangrijker zijn en eventueel enkele risico's voor het lichamelijke welzijn met zich meebrengen. Mensen ontplooiën tijdens hun hele leven activiteiten met het oog op de realisering van waarden die zij belangrijk vinden, ook al verhoogt hierdoor het risico dat hun lichamelijke integriteit wordt geschaad. Er is geen reden om aan te nemen dat het leven van oudere mensen volledig in het teken zou moeten staan van de bescherming van de lichamelijke integriteit. De fundamentele waardeprioriteit ligt hier uiteindelijk in de eerbied voor het integrale welzijn van de bewoner.*

Geïnspireerd vanuit een houding van eerbied voor het integrale welzijn van de bewoner pleit de commissie voor ethiek er daarom voor om *als derde norm in de besluitvorming inzake vrijheidsbeperkende maatregelen niet alleen aandacht te schenken aan de gevolgen voor het lichamelijke welzijn van de bewoner, maar ook rekening te houden met de relationele (isolering, mogelijkheid tot contactname), de psychische (beleving van de bewoner en familie) en de morele (respect voor autonomie, geïnformeerde toestemming) dimensies van diens welzijn.*

1.3.4. Bevorderen van de zelfredzaamheid van de bewoner

De vierde ethische *waarde* die aan de basis ligt van dit ethisch advies kan als volgt worden omschreven: *de bewoner wordt het meest menswaardig benaderd, indien zijn of haar zelfredzaamheid (cfr. 1.3.1. vrijheid) maximaal wordt ondersteund.* Het creëren van een huiselijke sfeer (rustige kamer, nachtverlichting, vriendelijke verpleegkundigen/verzorgenden, contacten met vrijwilligers en familie, ...) voor mensen die gedesoriënteerd en onrustig zijn, het bieden van ondersteuning en begeleiding aan mensen met mentale achteruitgang via het kenbaar maken en opvolgen van een duidelijk dagschema (vaste afspraken, activiteitenkalender, aanleren routines, ...), het organiseren van groepsactiviteiten (gemeenschapsgevoel, permanent toezicht, mobiliteitsoefeningen, ...) zodat mensen niet alleen hoeven te blijven, enzovoort; het zijn zorginterventies die een grote relationele en psychische betekenis hebben, zowel voor de bewoner als voor degene die de zorg verleent. De zorg voor de 'gewone' dagelijkse activiteiten verdient volgens de commissie dan ook de hoogste prioriteit, niet alleen omwille van de hierboven vermelde menselijke waarde, maar ook omdat een attente dagelijkse zorg in vele ge-

vallen de aanwending van vrijheidsbeperkende maatregelen kan uitstellen of zelfs kan vermijden. Dit laatste is evenwel enkel het geval indien het gedrag van de bewoner deskundig wordt begeleid. Hiermee wordt onder meer bedoeld:

- gebruik van materialen die vrijheidsbeperking reduceren of overbodig maken: lage bedden of hoog-laagbedden, verwijderen van wielen, elektronisch bedalarm, schokabsorberende vloerbedekking, anti-slip materialen, mobiliteitsbevorderende hulpmiddelen, ...
- evalueren van omgevingsfactoren: lawaai, drukte en duisternis vermijden, kunnen beschikken over dwaal gang, activiteitsruimtes, gesloten buitendeuren, ...
- geïndividualiseerde zorgaanpak: vertrouwde verpleegkundige, aandacht voor behoeften van bewoner, stimuleren van contacten met familie/vrijwilligers, persoonlijke communicatie, flexibiliteit, vermijden van verveling, tolerante houding, ...
- deskundige medisch-verpleegkundige opvolging: aangepast medicatiebeleid, pijnbestrijding, behandelen van onderliggende ziekten, aandacht voor toiletgebruik, vermijden van incontinentie, bevorderen van zelfzorg, opvolgen van motoriek, vermijden van honger en dorst, opvolgen van zicht en gehoor, ...

Vertrekkende van de hierboven beschreven ethische waarde stelt de commissie voor ethiek als *algemene norm voorop dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen slechts uitzonderlijk kan worden overwogen* wanneer:

- het gedrag van de bewoner een ernstig gevaar inhoudt voor hem/haarzelf of voor anderen, en
- de hierboven vermelde middelen om vrijheidsbeperking te vermijden, falen.

2. ETHISCHE BESLUITVORMING

Het nemen van een goede beslissing inzake vrijheidsbeperkende maatregelen vereist niet alleen een zorg-technische, maar in eerste instantie ook een ethische afweging. Dit houdt in dat het hulpverlenend team, in overleg met de bewoner en zijn of haar familie de hierboven geformuleerde waarden en normen (zie 1.3.) dient af te wegen. We formuleren hieronder een aantal aanbevelingen die bij deze afweging in overweging moeten worden genomen.

2.1. VOORDELEN MOETEN OPWEGEN TEGEN NADELEN

Hulpverleners worden vaak geconfronteerd met een grijze zone, waarbij het niet meer duidelijk is of vrijheidsbeperkende

maatregelen evident moeten worden toegepast, of dat het gebruik ervan eerder als zinloos moet worden beschouwd. De commissie stelt voorop dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen slechts verantwoord is wanneer de voordelen opwegen tegen de nadelen. De voordelen van de vrijheidsbeperking kunnen liggen op zowel een lichamelijk (vermijden van vallen), een psychisch (gevoel van veiligheid) als een sociaal (niet storen van anderen) vlak. Anders geformuleerd, de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is enkel te overwegen indien de gezondheid, de integriteit of het leef- en zorgklimaat ernstig geschaad worden zonder gebruik van vrijheidsbeperking (Liégeois 2003). Wat de vorm, duur en frequentie betreft dient het hulpverlenend team af te wegen welke procedure het best geschikt is om het vooropgestelde doel te bereiken én bovendien het meest aangepast is aan de wensen en de noden van de bewoner. Steeds moet de minst beperkende maatregel eerst worden uitgetoetst. De vrijheid mag niet sterker en niet langer beperkt worden dan strikt noodzakelijk is. Er moet met andere woorden een proportionele of redelijke verhouding zijn tussen de vrijheidsbeperking en de schade die erdoor kan worden vermeden (Liégeois 2003).

Vertrekkende van de bekommernis om onnodige vrijheidsbeperking te vermijden, stelt de commissie voor ethiek voorop dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen slechts uitzonderlijk kan worden overwogen wanneer:

- bepaalde voordelen worden nagestreefd;
- er een redelijke kans bestaat dat deze voordelen door vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden bereikt (effectiviteit);
- er geen effectieve alternatieven zijn voor vrijheidsbeperking (zie 1.3.4.);
- en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen niet te belastend of ingrijpend is voor de bewoner.

2.2. ELKE MAATREGEL INDIVIDUALISEREN

Indien men op basis van deze afweging tot het besluit komt dat men tot vrijheidsbeperking dient over te gaan, dan moeten de onderstaande begeleidende maatregelen in ieder geval worden toegepast. Deze minimale omkadering moet ervoor zorgen dat de menselijke waardigheid van de bewoner, ondanks de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoveel mogelijk gerespecteerd wordt.

- De fysieke en psycho-sociale gezondheidstoestand van de bewoner wordt continu gevolgd (ademhaling, toestand van de huid, hydratatie, continentie, angst, agitatie, agressie ...); de

vaststellingen worden in het bewonersdossier en in het medisch dossier opgetekend;

- de privacy van de bewoner wordt maximaal beschermd;
- de vrijheidsbeperking wordt zoveel als mogelijk opgeheven en het effect hiervan wordt geëvalueerd: het psycho-sociaal welzijn en de autonomie van de bewoner moeten worden behouden en de risico's van de vrijheidsbeperking moeten worden beperkt;
- Er worden activiteiten voorzien om het psycho-sociaal comfort en de functionele status van de bewoner te optimaliseren;
- de vrijheidsbeperking moet zo snel mogelijk worden opgeheven; de indicatie voor vrijheidsbeperking wordt daartoe minstens 1 maal per dienst geëvalueerd (+ optekening in dossier).

2.3. OPEN OVERLEG MET ALLE BETROKKENEN ORGANISEREN

Het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen impliceert een moeilijk beslissingsproces, waarbij de waarden en de normen duidelijk tegenover elkaar dienen te worden afgewogen. Om te komen tot een maximale reductie van vrijheidsbeperking in het rusthuis/RVT, zullen bovendien alle betrokkenen (rusthuis/RVT, team, bewoners, familie) elk vanuit hun deskundigheid moeten participeren aan de ontwikkeling van een globale zorgvisie die de meeste garanties biedt voor een respectvolle omgang met de bewoner.

2.3.1. Bestuur/directie en staf

Gezien de complexiteit van de problematiek en de verscheidenheid in professionele achtergrond van de betrokkenen, vraagt het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen om een organisatorische aanpak die door het bestuur/directie en staf van het rusthuis/RVT gedragen wordt. Kernpunten in een dergelijk organisatorisch beleid zijn visie, richtlijnen, beleidsplan, opleiding en communicatie (Evans et al. 2002).

Het is wenselijk dat het bestuur/directie en staf *een visie* (instellingsfilosofie) ontwikkelt met betrekking tot het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. Een op ethische waarden gebaseerd zorgbeleid kan in de praktijk heel wat problemen voorkomen.

De uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen gebeurt bij voorkeur volgens op voorhand uitgewerkte, *evidence-based richtlijnen* of richtlijnen gebaseerd op voorbeelden van goede praktijk, die door het bestuur/directie en staf zijn gedragen, en die door het hulpverlenend team gekend zijn en correct en consequent uitgevoerd worden. Volgende elementen moeten in zulke

richtlijnen duidelijk worden omschreven: voor welke doelgroepen?, bij welke indicaties?, door wie uitgevoerd?, met welke middelen?, met welk therapeutisch doel?, voor hoelang?, tot wanneer?, hoe wordt hierover gecommuniceerd met alle betrokkenen?

De reductie van vrijheidsbeperking vraagt om een *operationeel beleidsplan*. Elementen van zo een plan zijn onder meer: aanpassing van omgevingsfactoren (o.a. architectuur, materiaalkeuze), aanstelling van referentiepersonen, interdisciplinaire aanpak, continue registratie van het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen, het ter beschikking stellen van documentatie over het gevoerde beleid, planning van evaluatiemomenten, enzovoort.

De ontwikkeling van een visie, richtlijnen, en een beleidsplan gaat hand in hand met een *permanente opleiding* van hulpverleners inzake het deskundig gebruik van vrijheidsbeperkende middelen, ethische en juridische aspecten van vrijheidsbeperking, gangbare opinies en kritische tegenargumenten inzake vrijheidsbeperking, de risico's en mogelijke voordelen (indicaties) van vrijheidsbeperking, de alternatieven voor vrijheidsbeperking (Louage et al. 2003).

Tenslotte moet een goede *communicatie* ervoor zorgen dat alle betrokkenen (bewoners, familie, verpleegkundigen, verzorgenden, artsen, paramedici, vrijwilligers, logistiek en administratief personeel, enzovoort) op de hoogte zijn van de gehanteerde visie en het gevoerde beleid inzake het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen.

2.3.2. Hulpverlenend team

Het verdient aanbeveling dat de hulpverleners elkaar in interdisciplinair verband kritisch bevragen omtrent het verantwoord omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. Het stellen van vragen – ook buiten de context van conflictsituaties – behoort volgens de commissie tot de taak van de ethisch bewogen expert-hulpverlener. Het stellen van vragen geeft uiting aan het verlangen om de feitelijke, onvolmaakte toestand waarin de bewoner zich bevindt zoveel mogelijk te laten evolueren in de richting van het goede. Een ethisch bewogen hulpverlener gaat op zoek naar nieuwe mogelijkheden om het welzijn van de oudere persoon zoveel mogelijk te bevorderen. Dat zoekproces is niet alleen een kwestie van individuele deskundigheid. Het is veeleer een gezamenlijke onderneming die alleen tot een goed einde kan worden gebracht door de inzet van alle betrokkenen in het zorgproces en de bereidheid om open te staan voor elkaars inbreng.

De commissie stelt voor om de beslissing door het interdisciplinair team van hulpverleners te laten nemen. Bij de besluitvorming wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de opvattingen en meningen van alle betrokkenen. Algemeen zou men kunnen stellen dat de globale visie (zie 2.3.1.) van het bestuur/directie en staf en het hulpverlenend team bepalend moet zijn voor de keuze van de zorgprioriteiten aangaande een individuele bewoner.

Samengevat kunnen de verantwoordelijkheden als volgt worden omschreven:

- Elke verpleegkundige en arts kan op basis van gerichte observatie een aanvraag doen voor het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel.
- Het verzoek wordt besproken binnen het interdisciplinair samengesteld hulpverlenend team. Het hulpverlenend team waakt over de naleving van het instellingsbeleid.
- Wanneer de noodzaak bestaat om 'onverwacht en snel' een vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen, dan wordt zo snel als mogelijk overlegd over de verlenging van of de alternatieven voor de maatregel. Minstens moet steeds overleg met een verpleegkundige een vrijheidsbeperkende maatregel voorafgaan.
- Wanneer een oudere persoon met toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt opgenomen, dan wordt zo snel als mogelijk overlegd over de verlenging van of de alternatieven voor de maatregel.
- Het hulpverlenend team moet alle betrokkenen op adequate wijze informeren over het gevoerde beleid.

2.3.3. *Bewoner*

Essentieel bij de besluitvorming is dat men zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de bewoner. Het is belangrijk dat de hulpverlener toegankelijke informatie over de behandel mogelijkheden aan de bewoner aanbiedt zodat deze ook werkelijk een reële keuze kan maken. Hierbij is niet zozeer de hoeveelheid van de informatie van belang, maar wel wat de bewoner met de informatie kan doen. De hulpverlener moet de oudere persoon voor zover mogelijk, in staat stellen deel te nemen aan het besluitvormingsproces. Zowel bij de wilsbekwame als bij de wilsonbekwame bewoner wordt de familie (of de persoon die het vertrouwen geniet van de oudere) betrokken bij het besluitvormingsproces.

2.3.4. *Familie en naasten*

In het overleg over vrijheidsbeperkende maatregelen is de familie (of de persoon die het vertrouwen geniet van de oudere) uiteraard een belangrijke partner. Het is belangrijk dat het hulpverlenend team de familie begeleidt. Dit kan het best gebeuren door de familie reeds in een vroeg stadium (bijvoorbeeld bij opname) te informeren over de globale instellingsvisie inzake vrijheidsbeperking (zie 2.3.1.).

Hoewel het doel is te streven naar een oprechte betrokkenheid van de familieleden bij het besluitvormingsproces omtrent hun familielid, leert de ervaring dat men niet genoeg kan benadrukken dat de uiteindelijke beslissing door het hulpverlenend team wordt genomen en dat de verantwoordelijkheid volledig voor diens rekening komt. De familie is vaak al te zeer belast door de confrontatie met het aftakelingsproces van de oudere persoon, dat ze zich niet verantwoordelijk gesteld mag voelen voor de uitvoering van diens zorgproces. Dit laatste kan te veel schuldgevoelens losweken.

Schuldgevoelens kunnen bestreden worden door de familie in de mate van het mogelijke (volgens draagkracht en verwerkingscapaciteit van de familie) rechtstreeks te betrekken in het zorgproces dat gericht is op het vermijden van vrijheidsbeperkende maatregelen. Door een intenser contact met zijn/haar vertrouwde omgeving, met personen die hem/haar na aan het hart liggen, kan de oudere persoon cognitief, lichamelijk en psycho-sociaal gestimuleerd worden waardoor desoriëntatie, agressief gedrag, gevoelens van verveling soms afnemen. Bovendien kan de aanwezigheid van een familielid in de nabijheid van de bewoner op zich reeds preventief werken ten aanzien van vrijheidsbeperking (bewakingsfunctie). Familieleden kunnen blij zijn met deze inschakeling in de zorg: ze kunnen zo nog iets doen, ze kunnen nog iets betekenen, het draagt bij aan het gevoel dat de situatie voor de bewoner en voor henzelf zinvol is. Hierdoor wordt volgens de commissie nog het meest recht gedaan aan de eigen aard van de mens, namelijk een wezen dat door contacten met medemensen meer mens wordt en blijft. Het spreekt voor zich dat de familie vrij moet kunnen beslissen al dan niet in te gaan op de uitnodiging om te participeren in de zorg.

BESLUIT

In dit advies werden twee problemen in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bij ouderen aangeduid. Voor eerst bestaat er voldoende empirische evidentie om aan te nemen dat vrijheidsbeperkende maatregelen in vele gevallen meer schade berokkenen dan dat ze voordelen bieden. Daarnaast gaat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen vaak gepaard met een onevenredige inbreuk op het principe van respect voor de autonomie van de bewoner. Hiermee wordt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in uitzonderlijke situaties niet uitgesloten. De nadruk moet echter liggen op het zoeken van adequate alternatieven. Op deze wijze wordt enerzijds gepoogd de bewoner zoveel mogelijk te beschermen tegen schade (lichamelijk, psycho-sociaal, ...), terwijl anderzijds zijn/haar persoonlijke vrijheid maximaal wordt gerespecteerd.

Goedgekeurd door de Raad van Beheer
op 22 oktober 2004