

Vrijheidsbeperkende interventies

een inventarisatie onder verzorgenden

Inleiding

Sinds 2004 hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg de aanwezigheid van een protocol of richtlijn ter preventie van vrijheidsbeperkende interventies als één van de indicatoren voor de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen.¹ ActiZ stelt zich op het standpunt dat het beleid van een organisatie gericht moet zijn op het voorkómen van vrijheidsbeperkende interventies en ziet deze interventies als allerlaatste redmiddel.² Beslissingen over toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen liggen bij de arts. Die kan daarbij echter niet zonder informatie van verzorgenden. Verzorgenden zien welke gevaren een cliënt loopt en welke zorg de cliënt nodig heeft. Daarmee zijn zij een belangrijke bron van informatie voor de arts, die kan beslissen dat een vrijheidsbeperkende interventie nodig is. Als de arts beslist tot een dergelijke interventie, dan zijn het de verzorgenden die dit veelal in praktijk brengen. Vanwege deze rollen is informatie over hoe verzorgenden aankijken tegen vrijheidsbeperkende interventies, of ze alternatieven zien en wat hun scholingsbehoefte hierin is relevant voor verpleeghuisartsen. Deze informatie kan gebruikt worden bij het formuleren van een

solide beleid ten aanzien van het verminderen en veilig toepassen van vrijheidsbepkeringen.

Geschat wordt dat één op de twee bewoners op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis te maken krijgt met vrijheidsbeperkende interventies met als meest voorkomende reden om vallen te voorkomen.³ Daarnaast zijn er aanwijzingen dat vrijheidsbepkeringen ook daarbuiten toegepast worden, zoals bij ouderen in ziekenhuizen⁴, zelfstandig wonende ouderen^{5,6} en ouderen in verzorgingshuizen.⁵ Onbekend was hoe vaak individuele verzorgenden vrijheidsbepkeringen toepassen, welke vrijheidsbepkeringen dat zijn en hoe zij daar tegenaan kijken. De verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen nemen af en instellingen werken vaker samen. Daarom zijn zowel verzorgenden in verpleeghuizen als die uit verzorgingshuizen bij dit onderzoek betrokken.

Inzicht in de omgang van verzorgenden met vrijheidsbepkerende maatregelen en in hun scholingsbehoefte wordt gegeven door de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

METHODE

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit een representatieve steekproef van verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen, een deelpanel van het V&VN/LEV/NIVEL Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (het totale Panel bevat ook verzorgenden en verpleegkundigen uit andere sectoren van de zorg)⁷. In november 2004 werd aan dit landelijke Panel een schriftelijke vragenlijst gestuurd. Na twee herinneringen zijn 174 ingevulde vragenlijsten ontvangen van het deelpanel verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen (respons 70%): 89 werkten in een verpleeghuis en 85 in een verzorgingshuis. Van degenen werkzaam in verpleeghuizen, werkte 43% (n=38) op een psychogeriatrische afdeling. Van degenen werkzaam in verzorgingshuizen, werkte 11% (n=9) op een speciale afdeling voor psychogeriatrische patiënten. Deze verzorgenden geven hoogstwaarschijnlijk (ook) zorg aan cliënten op wie de Wet BOPZ van toepassing is, en hebben dus te maken met wettelijk vastgelegde regels over bijvoorbeeld de omgang met het zorgplan, verzet, het vragen van toestemming en het toezicht. Verzorgenden die uitsluitend met cliënten werken die niet onder

de BOPZ vallen zouden echter bij het toepassen van vrijheidsbepkeringen ook volgens deze regels kunnen werken. De meeste verzorgenden (87%) gaven zorg aan cliënten die in het verpleeg- of verzorgingshuis verbleven. Zeven procent was in dienst van een verpleeg- of verzorgingshuis en werkte in een kleinschalige woonvorm en zes procent gaf vanuit het verpleeg- of verzorgingshuis zorg aan thuiswonende cliënten. De respondenten hadden een gemiddelde aanstellingsomvang van 22 uur per week (standaarddeviatie 10 uur).

Vragenlijst

De door Arends ontwikkelde vragenlijst is gebruikt als basis voor de vragen over het toepassen van vrijheidsbepkeringen.⁶ Voor acht vrijheidsbepkeringen (zie tabel 1) is gevraagd naar:

- hoe vaak de respondent elke vrijheidsbepkering toepast
- wat de belangrijkste redenen zijn voor de toepassing.

Daarnaast zijn vragen gesteld over of verzorgenden de interventies als vrijheidsbepkerend zien, de kennis van de Wet BOPZ, en de behoefte aan bij- en nascholing. De vragenlijst bevatte vrijwel uitsluitend vragen met gesloten antwoordcategorieën en is op te vragen bij de eerste auteur.

Onderzoeksvragen

1. Welke vrijheidsbeperkende interventies passen verzorgenden toe in verpleeghuizen en in verzorgingshuizen?
2. In hoeverre zien verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen die interventies als vrijheidsbeperkingen?
3. Welke redenen hebben deze verzorgenden voor het toepassen van deze interventies?
4. Zijn verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen op de hoogte van de Wet BOPZ en hebben zij behoefte aan scholing hierover?

Tabel 1: Percentage verzorgenden (n=174) dat genoemde vrijheidsbeperkingen wel eens uitvoert en verschillen tussen degenen die werkzaam zijn in een verpleeghuis versus verzorgingshuis

Type interventie	Verpleeghuis	Verzorgingshuis	p-waarde	Totale groep
Gebruik van bedhekken	94%	92%	n.s.	93%
Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun of stoel tegen tafel plaatsen	71%	58%	n.s.	65%
Gedwongen toedienen kalmerende medicatie of gecamoufleerd toedienen van medicatie	67%	59%	n.s.	63%
Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes, Zweedse banden)	64%	29%	<.05	47%
In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen	46%	24%	<.05	35%
Deur van kamer van cliënt of huis op slot doen	7%	14%	n.s.	11%
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	9%	9%	n.s.	9%
Separeren in aparte ruimte	1%	0%	n.s.	1%

n.s.=niet significant ofwel $p \geq .05$

Analyse

De antwoorden zijn is SPSS (versie 11.5) geanalyseerd met beschrijvende statistiek (frequenties, percentages, betrouwbaarheidsintervallen). Verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen zijn getoetst met chi-kwadraattoetsen (met continuïteits-correctie) en, indien nodig, Fisher exact testen.

RESULTATEN

Het vóórkomen van vrijheidsbeperkingen

Vrijwel alle verzorgenden (95%, 95%-betrouwbaarheidsinterval 91.7%-98.3%) passen wel eens een vrijheidsbeperking toe. Daarbij is geen verschil tussen verzorgenden in verpleeghuizen en verzorgenden in verzorgingshuizen. Het optrekken van bedhekken wordt het meest genoemd (Tabel 1). Daarnaast worden het beperken van de bewegingsvrijheid, het gedwongen toedienen

van kalmerende medicatie of het gecamoufleerd toedienen van medicatie, het fixeren van de cliënt met hulpmiddelen en het in een aparte ruimte zetten van de cliënt zonder hierbij de deur op slot te doen genoemd. In verpleeghuizen hebben meer verzorgenden te maken met fixeren en het in een aparte ruimte zetten van een cliënt dan in verzorgingshuizen.

Het optrekken van bedhekken is voor de meeste verzorgenden een wekelijks terugkerende handeling (Tabel 2). De andere handelingen zijn in meerderheid geen wekelijks terugkerende handelingen. Verzorgenden in verpleeghuizen passen de vijf meest genoemde vrijheidsbeperkende interventies vaker toe dan degene in een verzorgingshuis. Voor 92% van de verzorgenden in verpleeghuizen is het toepassen van één of andere vorm van vrijheidsbeperking een tenminste wekelijks terugkerende handeling. Voor de verzorgenden in verzorgingshuizen geldt dat voor 81%. Dit verschil is significant ($p < .05$).

Tabel 2: Percentage verzorgenden (n=174) dat genoemde vrijheidsbeperkingen wekelijks of vaker uitvoert en verschillen tussen degenen die werkzaam zijn in een verpleeghuis versus verzorgingshuis

Type interventie	Verpleeghuis	Verzorgingshuis	p-waarde	Totale groep
Gebruik van bedhekken	90%	73%	<.05	82%
Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun of stoel tegen tafel plaatsen	54%	32%	<.05	43%
Gedwongen toedienen kalmerende medicatie of gecamoufleerd toedienen van medicatie	37%	21%	<.05	29%
Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes, Zweedse banden)	44%	13%	<.05	29%
In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen	24%	7%	<.05	16%
Deur van kamer van cliënt of huis op slot doen	12%	6%	n.s.	9%
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	5%	1%	n.s.	3%
Separeren in aparte ruimte	0%	0%	n.s.	1%

n.s.=niet significant ofwel $p \geq .05$

Tabel 3: Percentage verzorgenden dat genoemde interventie vrijheidsbeperkend vindt (n=174)

Type interventie	Totale groep
Gebruik van bedhekken	85%
Bewegingsvrijheid beperken door plaatsen van cliënt in diepe stoel, gebruik van tafelsteun of stoel tegen tafel plaatsen	70%
Gedwongen toedienen kalmerende medicatie	67%
Gecamoufleerd toedienen van medicatie	49%
Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (zoals onrustbanden, spanlakens, scheurpakken, polsbandjes, Zweedse banden)	89%
In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen	22%
Deur van kamer van cliënt of huis op slot doen	59%
Gedwongen toedienen van vocht of voedsel	55%
Separeren in aparte ruimte	75%

¹ Significant verschil ($p < .05$) tussen verzorgenden in verpleeghuizen (63%) en verzorgenden in verzorgingshuizen (46%)

Vrijheidsbeperking ja of nee?

De meningen van verzorgenden of bepaalde interventies vrijheidsbeperkend zijn, lopen uiteen (Tabel 3). Fixeren met hulpmiddelen wordt het vaakst als vrijheidsbeperkend gezien (89%) en het in een aparte ruimte zetten zonder de deur op slot te doen het minst vaak (22%). Verzorgenden in verpleeghuizen verschillen daarin niet van mening met die in verzorgingshuizen en daarom is er in Tabel 3 geen uitsplitsing gemaakt naar setting. Uitzondering betreft het gedwongen toedienen van vocht en voedsel: méér verzorgenden in verpleeghuizen (63%) vinden dit een vrijheidsbeperkende interventie dan in verzorgingshuizen (46%).

Redenen om vrijheidsbeperkingen toe te passen

Indien de verzorgende aangaf een bepaalde vrijheidsbeperking wel eens uit te voeren, werd gevraagd wat de belangrijkste reden(en) daarvoor waren. In Tabel 4 staan de redenen voor de vijf meest voorkomende vrijheidsbeperkende interventies. Omdat er slechts één toetsing een statistisch significant verschil tussen de

redenen voor vrijheidsbeperkingen verpleeg- en verzorgingshuizen laat zien (beperking van de bewegingsvrijheid door bijvoorbeeld een tafelsteun wordt in verzorgingshuizen vaker gedaan op verzoek van een vertegenwoordiger van de cliënt) is geen uitsplitsing gemaakt naar setting. Meest genoemde reden voor vrijheidsbeperkende interventies is bescherming van de cliënt. Als de cliënt in een aparte ruimte wordt gezet, dan staat bescherming van de cliënt minder voorop. Dit wordt volgens verzorgenden vooral gedaan om anderen tegen gevaar te beschermen en de rust op de afdeling te bewaren (dit laatste wordt veelvuldig genoemd bij de categorie 'anders'). Deze redenen worden ook relatief vaak genoemd bij gedwongen kalmerende medicatie of het gecamoufleerd toedienen van medicatie.

Weinig tijd voor toezicht wordt door 31% van de verzorgenden die wel eens lichte vormen van bewegingsbeperkingen toepassen, aangegeven als een van de belangrijkste redenen. Driekwart van de verzorgenden (76%) ziet geen alternatieven voor het nemen

Tabel 4: Redenen om vrijheidsbeperkingen toe te passen, uitgesplitst naar type vrijheidsbeperking (meer antwoorden zijn mogelijk, beantwoord door degenen die het toepassen)

Redenen	Bedekken (n=161)	Beperking bewegings- vrijheid bijv tafelsteun of stoel tegen tafel (n=112)	Gedwongen kalmerende medicatie of gecamoufleer- de medicatie (n=110)	Fixeren van cliënt met hulpmiddelen (n=81)	In aparte ruimte zetten zonder deur op slot te doen (n=61)
Bescherming van cliënt	87%	95%	80%	98%	48%
Op verzoek van cliënt	57%	16%	0%	2%	15%
Op verzoek van vertegenwoordiger cliënt	36%	23%	15%	22%	8%
Weinig tijd voor toezicht	10%	31%	11%	22%	10%
Zonder deze maatregel is cliënt niet te handhaven	6%	16%	59%	21%	51%
Voorkomen van gevaar voor anderen	5%	12%	43%	14%	46%
Gebruikelijk in de instelling	3%	4%	1%	0%	2%
Weinig afleidende activiteiten	1%	11%	4%	0%	13%
Voorkomen van schade aan materialen	0%	0%	10%	4%	2%
Anders	7%	8%	11%	4%	21%

Tabel 5: Bekendheid met de wet BOPZ

Type interventie	Verpleeghuis	Verzorgingshuis	p- waarde	Totale groep
Weet van het bestaan van de wet BOPZ	74%	58%	<.05	66%
Kent het onderdeel Middelen en Maatregelen	57%	38%	<.05	48%
Handelt conform het onderdeel Middelen en Maatregelen	46%	31%	<.05	39%

van vrijheidsbeperkende interventies (niet in Tabel). De rest ziet wel alternatieven. Op de open vraag geven verzorgenden in de verpleeghuizen aan dat er meer toezicht zou moeten komen (16x genoemd) en sommigen vinden dat cliënten meer afleiding en begeleiding moeten krijgen (4x). Daarnaast worden andere suggesties genoemd zoals het sneller herkennen van onrust (1x), nagaan waarom men onrustig wordt (1x), vaker evalueren of een vrijheidsbeperking nog wel nodig is (1x), afspraken met ziekenhuizen over het beperken van het gebruik van beddekken zodat cliënten er niet aan wennen (1x), en het gebruik van bewegingsmelders (1x). Verzorgenden in verzorgingshuizen noemen meer toezicht (5x), meer afleiding en begeleiding (3x) en een snellere doorstroom naar een verpleeghuis (3x).

Wet BOPZ

Tweederde van de verzorgenden is op de hoogte van het bestaan van de wet BOPZ en de helft kent het onderdeel 'Middelen en Maatregelen' (Tabel 5). Vier op de tien verzorgen-

den geeft aan dat zij handelen conform het onderdeel Middelen en Maatregelen.

De rest weet het over het algemeen niet of ze conform de wet handelt. Verzorgenden in verpleeghuizen geven vaker aan bekend te zijn met de wet en daarnaar te handelen.

Behoeftte aan scholing

Bijna de helft van de respondenten (45%) heeft behoefte aan extra scholing over vrijheidsbeperkingen. Vijftien procent van de verzorgenden wil extra scholing over het uitvoeren van bepaalde vrijheidsbeperkende interventies.

De behoefte aan scholing over de wet BOPZ, voor zover het gaat over vrijheidsbeperkende maatregelen, en aan scholing over mogelijkheden om het aantal vrijheidsbeperkende interventies te verminderen is groter: respectievelijk 34 en 30%. Verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen hebben evenveel scholingsbehoeften.

“Gebrek aan toezicht is volgens bijna eenderde van de verzorgenden aanleiding om iemand in een diepe stoel te plaatsen of een tafelsteun te gebruiken.”

Samenvatting

De meeste verzorgenden passen tenminste wekelijks vrijheidsbeperkingen toe. Het optrekken van bedhekken, de cliënt verhinderen te lopen (bijvoorbeeld door de cliënt in een diepe stoel te zetten), het gecamoufleerd toedienen van medicatie of gedwongen toedienen van kalmerende medicatie, fixeren en het apart zetten van een cliënt komen het meest voor. Bescherming van de cliënt is vaak een reden om over te gaan tot een vrijheidsbeperking. De verzorgenden verschillen van mening over of bepaalde interventies “vrijheidsbeperkend” zijn. Bijna de helft heeft behoefte aan extra scholing over (het voorkómen van) vrijheidsbeperkende interventies.

Summary: Freedom-limiting measures; experiences of nurses.

Most nurses in nursing homes and old peoples homes use physical restraints at least every week. The use of bed rails, limiting the freedom of movement (for example by putting the client in a deep chair), forced application of tranquilizers or hidden administration of drugs, restraining the client with aids such as Swedish belts, and putting a client elsewhere (e.g. in another room) were most often used. Protection of the client is the most frequently mentioned reason for these interventions. Nurses' opinions on whether certain measures are restraining freedom differ. Half of the nurses wants extra education.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Uit dit onderzoek kunnen we de volgende conclusies trekken:

Conclusies

- Zowel in verpleeg- als in verzorgingshuizen passen de meeste verzorgenden wekelijks (of vaker) vrijheidsbeperkende interventies toe.
- Verzorgenden verschillen van mening over of bepaalde interventies ‘vrijheidsbeperkend’ kunnen worden genoemd. Ook uit het onderzoek van Arends kwam naar voren dat er geen eenduidigheid bestaat welke interventies onder de noemer vrijheidsbeperking vallen.⁶
- Vrijheidsbeperkingen worden vooral toegepast om de cliënt te beschermen. Ook uit de overzichtsstudie van Hamers e.a. blijkt het voorkomen van vallen de hoofdreden voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen in verpleeghuizen.³ Bakker e.a. vonden dat dit in verzorgingshuizen eveneens een belangrijke reden was, naast bescherming van de omgeving en het personeel en personeelsgebrek.⁵ Gebrek aan toezicht is in onze studie volgens bijna eenderde van de verzorgenden aanleiding om iemand in een diepe stoel te plaatsen of een tafelsteun te gebruiken. Het verbeteren van het toezicht wordt dan ook het meest genoemd als maatregel om het aantal vrijheidsbeperkende interventies te verminderen.
- Alhoewel tweederde weet van het bestaan van de wet BOPZ, geeft de meerderheid aan niet te weten of ze volgens de wet handelt. Bijna de helft (45%) heeft behoefte aan extra scholing over vrijheidsbeperkingen, vooral over wat de wet BOPZ hierover zegt en over hoe het aantal vrijheidsbeperkingen verminderd kan worden.

Uit het onderzoek kunnen we geen conclusies trekken over het aantal cliënten bij wie vrijheidsbeperkingen worden toegepast, noch over het type cliënten bij wie het wordt toegepast. Daarvoor is onderzoek op het niveau van individuele cliënten nodig. Wel weten we welke verzorgenden vooral met psychogeriatrische cliënten werken (dat gold voor 43% van de verzorgenden uit

verpleeghuizen en 11% uit verzorgingshuizen), maar ook daarvan is niet bekend welk deel van hen onder de wet BOPZ valt.

Wat het onderzoek in de eerste plaats laat zien is dat een grote meerderheid van de verzorgenden, ook degene die niet werken op afdelingen die onder de BOPZ vallen, tenminste wekelijks vrijheidsbeperkende interventies doen. Ook laat het onderzoek zien dat andere vrijheidsbeperkende interventies dan de in de wet BOPZ genoemde interventies (afzondering, fixatie, gedwongen toediening van medicatie, en gedwongen toediening van voeding en vocht) worden toegepast. Daarmee onderstrepen de resultaten van dit onderzoek het belang van de aandacht die besteed wordt aan de herziening van de huidige BOPZ. Door de wet BOPZ los te koppelen van de woonsituatie van de cliënt en het aantal vrijheidsbeperkende interventies dat onder de wet valt uit te breiden, wil het Ministerie beter aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk en iedereen voldoende rechtsbescherming geven⁸

In de tweede plaats laat dit onderzoek zien dat verzorgenden zich ervan bewust zijn dat het aantal vrijheidsbeperkingen verminderd kan worden, blijkt uit het aantal dat alternatieven noemt voor de vrijheidsbeperkingen en scholing wil over mogelijke alternatieven. Voor de individuele bewoner zijn oplossingen te bedenken, zoals een matras naast het bed zodat de bewoner niet zo hard uit bed valt of eerder reageren op onrust. Op het niveau van de afdeling kunnen ook aanpassingen bedacht worden zoals het verbeteren van het toezicht en de begeleiding, en het creëren van een omgeving waarin bewoners zich prettig voelen.⁹ Artsen en verzorgenden zouden samen kunnen kijken of een bepaalde vrijheidsbeperking vermeden kan worden. Gezien de complexiteit van de situatie waarin de interventie genomen wordt, zal de verpleeghuisarts beter hiertoe toegerust zijn dan de huisarts die in verzorgingshuizen veelal de medische verantwoordelijkheid heeft.

Ten derde wordt het belang van scholing duidelijk. Verzorgenden krijgen tijdens hun opleiding weinig informatie over het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies.¹⁰ In een dergelijke scholing zou aandacht besteed kunnen worden aan wat vrijheidsbeperking is en welke interventies vrijheidsbeperkend zijn. Lang niet alle volgens de wet BOPZ genoemde vrijheidsbeperkende interventies worden door de verzorgenden ook als zodanig ervaren. Een ander element in de scholing vormt de wet BOPZ. De meeste verzorgenden weten niet of ze volgens de wet handelen. Daarnaast lijkt aandacht nodig voor de alternatieven voor vrijheidsbeperkende interventies. Eenderde zou daar meer over willen weten en verzorgenden hebben zelf ook ideeën voor het verminderen van het aantal vrijheidsbeperkende interventies. Een ander aandachtspunt binnen de scholing zou de risicoperceptie moeten zijn. De belangrijkste reden voor vrijheidsbeperkende interventies is dat de verzorgende de cliënt of diens omgeving wil beschermen tegen gevaar. Het inschatten van het risico is dus een belangrijke

bepaler of men beslist tot een vrijheidsbeperking. In aanvulling daarop zou aandacht besteed kunnen worden aan het feit dat niet elk gevaar weg te nemen is met een vrijheidsbeperking en dat vrijheidsbeperkingen weer nieuwe gevaren kunnen opleveren.

Uit onderzoek is bekend dat het achterwege laten van dergelijke fysieke vrijheidsbeperkende interventies niet leidt tot meer valpartijen of letsels; er zijn juist aanwijzingen dat deze afnemen.^{4,11,12} Ook is bekend dat het toepassen van fysieke vrijheidsbeperkingen negatieve lichamelijke en psychische gevolgen, zoals infectie, huidbeschadigingen, desoriëntatie, depressie en agressie, kan hebben voor cliënten.^{11,13} Ten slotte lijkt de communicatie over de vrijheidsbeperkende interventies met alle betrokkenen van belang. Hoe kun je het als verzorgende bespreekbaar maken met de cliënt en diens vertegenwoordiger, met collega-verzorgenden en met de arts, die de eindverantwoordelijkheid hierin draagt.

Literatuur

1. Igz. Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren. Resultaten inspectieformulier 2005 verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg. Den Haag: Igz; 2006.
2. Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting. Op weg naar normen voor verantwoorde zorg. Utrecht: Arcares, AVVV, LOC, NVVA en Sting; 2005.
3. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005; 38(1): 19-25.
4. Dielis-van Houts AM, Lendemeijer HHGM, Hamers JPH. Op zoek naar een balans tussen veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking. In Jongerden I, Heijnen-Kaales Y, red. State of the art studies verpleging en verzorging. Utrecht: Elsevier; 2003.
5. Bakker RH, Tiesinga LJ, Gassman P, Dassen WN. Vrijheidsbeperkende maatregelen in niet BOPZ aangemerkte instellingen. Gelegaliseerde dwang of gedwongen legalisering?. TSG 2002; 80(7): 455-462.
6. Arends LAP. Beperkt door zorg. Toepassing van vrijheidsbeperkingen op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Den Haag: Ministerie VWS; 2004.
7. Welling BJM, Hutten JBF, Francke AL. De opzet van een Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: NIVEL/LCVV; 2001.
8. Ross-van Dorp C. Vrijheidsbeperking en vrijheidsbeneming bij mensen met dementie of een verstandelijke handicap: contouren van een wetswijziging. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2005.
9. Houweling H. Zweedse banden? Verzin iets beters! Denkbeeld 2002; 14(april): 2-7.
10. Dielis-van Houts AM, Lendemeijer HHGM, Hamers JPH. Veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperkingen bij ouderen. TvZ 2004; 114 (11): 40-43.
11. Evans D, Wood J, Lambert L, Fitzgerald M. Physical restraint in acute and residential care: a systematic review. Adelaide, S. Australia, Australia: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2002: 1-134.
12. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. Journal of American Geriatric Society 1999; 47: 1202-1207.
13. Koopmans RTCM, Wiersma FS, Bouwsma M, Engelen van HGM. Wat weegt zwaarder: veiligheid of vrijheid? Contactpersonen over fixatie van psychogeriatrische verpleeghuispatiënten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1998; 29: 67-73.