



**De visie van personeel binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking op  
de Zweedse band en de samenhang met personeelskenmerken**

Simone Grootkarzijn (3215369)

Jeanine Mosterd (3237788)

Thesisdocent: Mw. Dr. J. C. H. Douma

Tweede beoordelaar: Mw. Prof. Dr. M.J. Jongmans

Universiteit Utrecht

Master Orthopedagogiek

Datum: 21 juni 2011

### Samenvatting

*Achtergrond:* Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen (M&M), waaronder de Zweedse band, worden veel toegepast binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De Zweedse band brengt veel veiligheidsrisico's met zich mee. Vanuit de overheid wordt daarom aangedrongen de Zweedse band af te bouwen. Voordat kan worden afgebouwd is het belangrijk dat begeleiders achter de afbouw staan. Het is daarom belangrijk de visie van medewerkers te onderzoeken. *Doel:* Het in kaart brengen van de visie op de Zweedse band en de samenhang tussen de visie en personeelskenmerken, zoals ervaring met toepassing en afbouw van de Zweedse band. *Method:* 81 respondenten werkzaam in de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking binnen een Bopz-instelling hebben een vragenlijst ingevuld over de visie op de Zweedse band, ervaring met de toepassing de afbouw van de Zweedse band. *Resultaten:* Respondenten hadden in het algemeen een positieve visie op de afbouw van de Zweedse band. Respondenten die op het moment van invullen van de vragenlijst de Zweedse band niet toepasten waren positiever over de afbouw ervan. Daarnaast werd een gemiddelde samenhang gevonden tussen de visie op de Zweedse band en geslacht en functieniveau. Vrouwen en gedragsdeskundigen waren positiever over de afbouw van de Zweedse band dan mannen en begeleiders. *Conclusies:* De visie op de Zweedse band hangt samen met het al dan niet direct werkzaam zijn met cliënten die een Zweedse band dragen. De respondenten uit dit onderzoek denken over het algemeen positief over de afbouw van de Zweedse band en zien mogelijkheden voor afbouw. Voor het bevorderen van de afbouw is het van belang dat bij het ontwikkelen en toepassen van interventies wordt aangesloten bij de visie van personeel op de Zweedse band.

### Abstract

*Background:* Physical restrains such as the Swedish belt are used regularly in the care for people with intellectual disabilities. The Swedish belt has a lot of safety risks. Therefore, the government argues that these belts should be banned. Before this can start, it is important that primary carers agree on reducing the belt. Therefore, it is important to know the vision of primary carers on the restraining belt. *Aim:* To map the vision on the belt in correlation with characteristics of primary carers, such as their experience with the use and reduction of the use of the Swedish belt. *Method:* 81 primary carers of a Bopz-institution for people with intellectual disabilities filled in the questionnaire on vision on the Swedish belt, experience with the use and the reduction of the belt. *Results:* In general, respondents were positive about reducing the belt. Respondents who are not working with clients who wear a belt (at the time of filling in the questionnaire) were more positive about the reduction of the Swedish belt. A moderate correlation was found between the vision on the Swedish belt and sex and function. Women and behaviour experts were more positive about the reduction of the Swedish belt than men and primary carers. *Conclusion:* The vision on the Swedish belt is influenced by whether someone is working directly with a client with a Swedish belt or not. In general, the respondents in this research are positive about the reduction of the Swedish belt and they see possibilities to start this process. To foster the process of reducing restraining belts it is important to develop and apply interventions that are adjusted to the vision of primary carers on these belts.

## Voorwoord

*Tijdens onze stages in het kader van de Master Orthopedagogiek zijn wij in aanraking gekomen met verschillende vormen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen (M&M). Doordat we sommige van deze M&M als schokkend hebben ervaren en doordat het in de politiek een veelbesproken thema is, hebben we besloten om ons afstudeeronderzoek op M&M te richten. Beiden waren we onervaren in het zelfstandig opzetten en uitvoeren van een onderzoek. We hebben erg veel geleerd door zelf aan de slag te gaan met het zoeken naar een onderwerp, het ontwikkelen van de vragenlijst en het verwerken van de resultaten. Dit heeft naar onze mening bijgedragen aan onze ontwikkeling als gedragswetenschapper.*

*We hebben met veel plezier en toewijding aan het onderzoek gewerkt en hopen dat ons onderzoek niet op zichzelf staat, maar een toevoeging is voor de praktijk, zodat de Zweedse band in de toekomst aanzienlijk minder, of zelf helemaal niet meer gebruikt zal worden.*

*We willen graag de instelling en Jolanda Douma bedanken voor de hulp die we van hen hebben mogen ontvangen tijdens het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van de scriptie. De instelling willen we bedanken voor het meedenken over het onderwerp en het open staan voor onderzoek. Jolanda Douma onze thesisbegeleidster willen we bedanken voor haar scherpe opmerkingen, waardoor we steeds met een kritische blik naar ons onderzoek zijn blijven kijken.*

*Tenslotte willen we een ieder die ons onderzoek voor ogen krijgt veel leesplezier toewensen.*

*Simone Grootkarzijn & Jeanine Mosterd*

## Inleiding

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt frequent gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen (M&M) (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008). Onder vrijheidsbeperkende M&M vallen alle (fysieke) maatregelen die de vrijheid van de cliënt inperken, zoals de Zweedse band of andere fixatiemiddelen, afzondering en separatie (Hamers, Gulpers, Bleijlevens, Huizing, Scherder, Houweling, & Van Rossum, 2009; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008). In dit onderzoek zal specifiek gekeken worden naar de Zweedse band. Een Zweedse band is meestal gemaakt van stevig katoen dat rond het middel van een cliënt wordt bevestigd en aan een bed of een stoel wordt vastgemaakt zodat de cliënt niet uit het bed of uit de stoel kan komen. De band wordt met behulp van een slotje of

met klittenband vastgemaakt. De slotjes zijn meestal van metaal en kunnen met een sleuteltje opengemaakt worden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002).

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ), maakt de toepassing van M&M, zoals de Zweedse band, mogelijk. Er mogen M&M worden toegepast wanneer er sprake is van gevaarlijke situaties die ontstaan doordat mensen zichzelf verwonden, agressief zijn tegen anderen of ernstige vernielingen aanrichten en er geen alternatieven voorhanden zijn (Rijksoverheid, Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen; Luiselli, 2009; Singh, Lancioni, Winton, Singh, Adkins & Singh, 2009).

Wanneer gekeken wordt naar de frequentie van toepassen van verschillende M&M komt het volgende naar voren. In een studie in het buitenland onder 500 volwassenen met ontwikkelingsproblemen en verstandelijke problemen werden maatregelen van fysieke aard, zoals de Zweedse band, het meest gebruikt (44%), gevolgd door sederende middelen, zoals gedragsbeïnvloedende medicatie (35%) en afzondering, bijvoorbeeld opsluiten in eigen kamer (20%) (Sclafani, Humphrey, Repko, Ko, Wallen, & DiGiacomo, 2008). In een studie in Nederland blijkt dat een van de meest gebruikte fysieke maatregelen de Zweedse band is (Hamers et al., 2009). In een onderzoek van De Veer, Franke, De Kruif en Bolle (2006) komt dit eveneens naar voren. Zij beschrijven dat fixatiemiddelen, zoals de Zweedse band, polsbandjes, scheurpakken en spanlakens, bij 36% van de cliënten met een verstandelijke beperking tenminste één keer per week worden toegepast. Tevens wordt in het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008) beschreven dat er in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in Nederland gemiddeld ruim drie vrijheidsbeperkende M&M per cliënt worden toegepast en dat gemiddeld 12% van de bewoners met de Zweedse band in bed of aan de (rol)stoel wordt vastgebonden. In eerder onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002) wordt aangegeven dat ongeveer 7% van de cliënten met een verstandelijke beperking in bed wordt gefixeerd door middel van een Zweedse band.

De belangrijkste reden voor het gebruik van de Zweedse band in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in Nederland zijn valneiging (48%), zwerfgedrag (22%) en motorische onrust (20%). Andere redenen voor het gebruik van de Zweedse band in zowel de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking als de geriatrie zijn verminderen van onrust, agressie of smeren met ontlasting (in totaal 10%) (Hamers et al., 2009).

Vrijheidsbeperkende M&M zijn een probleem binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, omdat ze ernstige consequenties tot gevolg kunnen hebben, zoals lichamelijke, emotionele en psychologische consequenties. Dit geldt zowel voor de persoon bij wie de maatregel wordt toegepast als voor de persoon die de maatregel toepast (Gelkopf,

Roffe, Behrbalk, Melamed, Werbloff, & Bleich, 2009; Singh et al., 2009). Daarnaast kunnen M&M probleemgedrag in stand houden of nieuw probleemgedrag veroorzaken (Luiselli, 2009). Er zijn zelfs gevallen bekend van cliënten die zijn overleden als gevolg van het toepassen van M&M (Gelkopf et al., 2009; Singh et al., 2009). In Nederland overlijden als gevolg van inadequaat gebruik van de Zweedse band gemiddeld vier mensen per jaar. Het is onbekend hoeveel (bijna) ongelukken er per jaar gebeuren, omdat de (bijna) ongelukken vaak niet worden gemeld aan bijvoorbeeld het management van een instelling en daardoor nergens worden geregistreerd (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002). Ongelukken of bijna ongelukken worden vaak veroorzaakt door het inadequaat toepassen van de Zweedse band (Hamers, Gulpers & Strik, 2004). Bij (bijna) ongelukken hangt de cliënt in de Zweedse band uit bed met als gevolg blauwe plekken of kruipt de cliënt uit de Zweedse band met mogelijk vallen als gevolg. In het meest ernstige geval overlijden mensen door verstikking/verhanging (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002).

Gezien de risico's van M&M, en in het bijzonder de Zweedse band, is het van belang om het gebruik van de Zweeds band af te bouwen. Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008) blijkt dat Nederland op dit punt achterloopt bij landen als Denemarken, Zwitserland en de Verenigde Staten. Daar is de Zweedse band verboden en wordt gebruik gemaakt van minder ingrijpende alternatieven. In Nederland worden vrijheidsbeperkende maatregelen veel vaker toegepast dan noodzakelijk is (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008).

Hoewel Nederland achter lijkt te lopen wat betreft het terugdringen van het aantal vrijheidsbeperkingen, zijn M&M een veelbesproken item in de Nederlandse politiek. In januari 2011 is er in de Tweede Kamer een debat gevoerd over M&M naar aanleiding van schokkende videobeelden van een cliënt die meerdere uren per dag vastgebonden zat aan de muur van zijn appartement (Debat in de Tweede Kamer over Vrijheidsbeperkende Middelen en Maatregelen, 19 januari 2011). Door deze schrijnende beelden is de discussie rondom het toepassen van M&M in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking weer opnieuw opgelaaid. Hierdoor is de vraag naar meer kennis en expertise op het gebied van M&M vergroot, zodat het toepassen van M&M, en mogelijk daarmee dergelijke schrijnende situaties, kunnen worden voorkomen.

### *Afbouw van de Zweedse band*

De reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen is een moeilijke taak en is afhankelijk van verschillende kenmerken. Er zijn meerdere onderzoeken gedaan naar factoren die afbouw kunnen bevorderen (Hamers & Gulpers et al., 2009; Hamers, Meyer, Köpke, Lindenmann, Groven & Huizing, 2009; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000, 2002, 2008). De resultaten van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008) laten zien dat het mogelijk is een aanzienlijke vermindering in aantal en impact van M&M te realiseren door een goed preventiebeleid, deskundige medewerkers en een organisatie die de ontwikkeling en toepassing van alternatieven faciliteert (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008). Een ander belangrijk kenmerk dat in meerdere studies is onderzocht, is de visie van het personeel werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en/of geriatrie (Hamers et al., 2004; Hamers et al., 2009; Karlsson, Bucht, Eriksson & Sandman, 2001; Meyers, Nikoletti & Hill, 2001; De Veer, Franke, De Kruif & Bolle, 2006). De resultaten uit deze onderzoeken zijn echter niet eenduidig. Uit het onderzoek van Meyers, Nikoletti en Hill (2001) komt naar voren dat er geen samenhang is tussen de visie van personeel op M&M en het gebruik van M&M. Uit het onderzoek van Karlsson en collega's (2001) komt naar voren dat er wel een samenhang is tussen de visie van personeel op M&M en het gebruik van M&M. Uit dit onderzoek blijkt dat de visie van personeel werkzaam in de geriatrie samenhangt met de ervaring die zij hebben met het toepassen van M&M. Personeel dat werkzaam is met M&M is negatiever over de afbouw (Karlsson et al., 2001). Ook zijn er verschillende resultaten gevonden over in hoeverre M&M (en in enkele onderzoeken specifiek de Zweedse band) als vrijheidsbeperkend en vereist worden gezien door personeel. Uit het onderzoek van Hamers en collega's (2004) blijkt dat M&M in verpleegtehuizen in de meeste gevallen als routine worden toegepast. Deze verplegers zien M&M waarschijnlijk als een veilige en routinematige interventie om vallen te voorkomen. In het onderzoek van De Veer en collega's (2006) wordt ook genoemd dat M&M niet altijd als vrijheidsbeperkend worden beleefd door verpleegkundigen (in alle sectoren van de zorg). In dit onderzoek komt echter wel naar voren dat het fixeren van cliënten (bijvoorbeeld door middel van de Zweedse band) het meest als een vrijheidsbeperkende maatregel wordt beschouwd (94%). Uit het onderzoek van De Veer en collega's (2006) blijkt tevens dat over het algemeen verpleegkundigen werkzaam in zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vaker het vrijheidsbeperkende karakter onderkennen van de genoemde interventies dan verpleegkundigen werkzaam in de geriatrie. Verpleegkundigen werkzaam in verpleeghuizen in Nederland, Duitsland en Zwitserland in het onderzoek van Hamers, Gulpers en collega's

(2009) zien de Zweedse band als de meest vrijheidsbeperkende maatregel. Uit dit onderzoek blijkt ook dat de mening van verpleegkundigen werkzaam in verpleeghuizen verschilt per land. Zo zien Nederlandse verpleegkundigen M&M als minder beperkend dan Duitse en Zwitserse verpleegkundigen en geven Nederlandse verpleegkundigen aan zich minder ongemakkelijk te voelen bij het toepassen van M&M dan Duits en Zwitsers personeel. Zowel Nederlandse als Duitse en Zwitserse verpleegkundigen in dit onderzoek vinden het toepassen van M&M in de praktijk vereist.

Er worden in onderzoeken verschillende kenmerken genoemd die al dan niet samenhangen met de visie van personeel op M&M (Hantikainen & Käppeli, 2000; Hennessy, Mcneely, Whittington, Strasser & Archea, 1997; Karlsson et al., 2001; Marangos-Frost & Wells, 2000; Suen et al., 2006). Uit een aantal onderzoeken blijkt dat de visie van personeel werkzaam in de geriatrie samenhangt met de ervaring die zij hebben met het toepassen van M&M (Karlsson et al., 2001; Suen et al., 2006). Personeel dat werkzaam was op een afdeling waar geen of minder M&M werden toegepast, was minder voor het gebruik van M&M dan personeel dat op een afdeling werkzaam was waar veel gebruik werd gemaakt van M&M. In een aantal onderzoeken binnen de geriatrie is geen samenhang gevonden tussen de visie op M&M van het personeel en personeelskenmerken, zoals aantal jaren werkzaam in de geriatrie, kennis over M&M, leeftijd, opleidingsniveau en functieniveau (Hantikainen et al., 2000; Hennessy et al., 1997; Karlsson et al., 2001).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de visie op M&M van personeel werkzaam binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Hiervoor is aangetoond dat dit een belangrijk aspect is in relatie tot het gebruik en de afbouw van de Zweedse band, daarom zal er in dit onderzoek gekeken worden naar de visie op M&M binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

In hiervoor besproken onderzoeken zijn verschillende resultaten gevonden over de visie van personeel op vrijheidsbeperkende M&M. Het lijkt aannemelijk dat er een samenhang tussen de visie van personeel en het toepassen van de Zweedse band bestaat. Beslissingen rondom het toepassen van M&M worden vaak gemaakt door personeel op de werkvloer dat direct met cliënten te maken heeft, zoals verpleegkundigen. Zij beoordelen meestal in hoeverre gedrag gevaarlijk is voor de cliënt, zichzelf of anderen. Het lijkt aannemelijk dat dit oordeel samenhangt met de visie die zij hebben op M&M (Marangos-Frost et al., 2000). Naast dat er weinig bekend is over de visie op M&M binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is de vraag naar kennis die de afbouw van M&M kan bevorderen groot. Deze vraag is benadrukt door de schokkende tv beelden van de cliënt die was

vastgeketend aan de muur (Debat in de Tweede Kamer over Vrijheidsbeperkende Middelen en Maatregelen, 19 januari 2011). Met name kennis rondom de afbouw van de Zweedse band is van groot belang, gezien het gevaar dat het gebruik van deze maatregel met zich mee brengt. De visie van personeel dat werkzaam is binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking lijkt een rol te spelen bij het proces van de afbouw van de Zweedse band (Karlsson et al., 2001; Suen et al., 2006).

In dit onderzoek zal gekeken worden naar de visie op en ervaring met de Zweedse band van personeel dat werkzaam is binnen de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Er zal worden onderzocht of er sprake is van een samenhang tussen de visie van personeel werkzaam binnen een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking en ervaring met het toepassen en afbouwen van de Zweedse band. Ook zal er gekeken worden naar de ervaring met en het betrokken zijn bij de afbouw van de Zweedse band (en de kenmerken van cliënten bij wie de Zweedse band wordt toegepast/afgebouwd) en andere personeelskenmerken (leeftijd, geslacht, hoogst afgeronde opleiding, aantal jaren werkzaam binnen de instelling, aantal jaren werkzaam binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en aantal uren werkzaam per week binnen de instelling). In dit onderzoek zal ook worden gekeken naar wat belangrijke randvoorwaarden zijn volgens personeel voor het afbouwen van de Zweedse band. Een voorbeeld van een randvoorwaarde die mogelijk een belangrijke rol zou kunnen spelen bij de afbouw is of begeleiders alternatieven voorhanden hebben voor de Zweedse band. Er wordt verwacht dat personeel dat ervaring heeft met het toepassen van de Zweedse band een positievere visie heeft op het toepassen van de Zweedse band dan personeel dat geen ervaring heeft met het toepassen van de Zweedse band (Karlsson et al., 2001; Suen et al., 2006). De verwachting is dat wanneer personeel dat de Zweedse band toepast, ook mogelijk positieve kanten van de Zweedse band ervaart en daardoor een positievere visie op het toepassen van de Zweedse band heeft.

## **Methode**

### **Onderzoeksgroep**

#### **Procedure en participanten.**

Voor dit onderzoek zijn alle medewerkers (ongeveer 700) benaderd die betrokken zijn bij de inhoudelijke zorg voor cliënten die 24-uurszorg ontvangen binnen een grote instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in Nederland. Dit zijn alle medewerkers die direct met de woning in contact staan, zoals groepsbegeleiders, zorgcoördinatoren, teamleiders en



gedragsdeskundigen. De managers en directie zijn niet benaderd, omdat zij inhoudelijk niet betrokken zijn bij de zorg. Ook medewerkers in de deeltijdzorg, weekend-, naschoolse- en vakantieopvang zijn niet meegenomen in dit onderzoek, omdat de Wet Bopz niet, of slechts deels van toepassing is op deze doelgroep. Het precieze aantal respondenten dat benaderd is, is niet bekend omdat de vragenlijst naar de woongroepen is verstuurd en daar verspreid. Het is mogelijk dat respondenten op meerdere woongroepen werken. Het getal 700 is daarom een zo goed mogelijke schatting. De cliënten waar de benaderde medewerkers voor zorgen hebben een lichte tot ernstige verstandelijke beperking en mogelijk andere problematiek (lichamelijke beperking, ontwikkelingsproblematiek, gedragsproblematiek) en variëren in leeftijd van jong tot oud.

Er is per e-mail een vragenlijst verstuurd naar alle medewerkers 24-uurszorg. Deze vragenlijst kon digitaal worden ingevuld. Nadat de vragenlijst digitaal was ingevuld kwamen de resultaten automatisch bij de onderzoekers terecht.

Tabel 1. *Karakteristieken van de respondenten (N=81)*

Kenmerken respondenten	%	M	SD
Mannen (N=11)	13,6		
Vrouwen (N=70)	86,4		
Leeftijd (N=81)		35,40	10,33
Totale maanden werkervaring in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (N=81)		165,62	111,73
Maanden werkervaring binnen de instelling (N=79)		141,74	110,46
Uren werkzaam per week (N=81)		27,69	5,28
Functieniveau (N=81)			
		Teamleider (N=16)	
		Zorgcoördinator (N=27)	
		Begeleider (N=25)	
		Gedragskundige (N=10)	
		Anders (N=3)	
Opleidingsniveau (N=81)			
		MBO (N=53)	64,6
		HBO (N=17)	20,7
		WO (N=11)	13,4
Toepassen van de Zweedse band (N=81)			
		Ja (N=65)	80,2
		Nee (N=16)	19,8
Toepassen van de Zweedse band op moment van invullen van de vragenlijst (N=81)			
		Ja (N=27)	32,9
		Nee (N=54)	67,1
Betrokken bij de afbouw van de Zweedse band (N=81)			
		Ja (N=43)	53,1
		Nee (N=38)	46,9

M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie

Van de ongeveer 700 aangeschreven medewerkers hebben 118 medewerkers de vragenlijst ingevuld (respons ongeveer 16%). Van de 118 respondenten zijn er van 81 respondenten bruikbare gegevens. De overige respondenten hebben de vragen over de visie op de Zweedse band (afhankelijke variabele) niet ingevuld. De kenmerken van de 81 begeleiders staan weergegeven in tabel 1. Het grootste gedeelte van de onderzoeksgroep bestaat uit begeleiders (N=25) en zorgcoördinatoren (N=27). Dit komt ongeveer overeen met de

werkelijke groep medewerkers, waarvan ook de meerderheid uit begeleiders en zorgcoördinatoren bestaat. Het percentage vrouwen (86,4%) en mannen (13,6%) komt ook ongeveer overeen met de werkelijke populatie.

### **Variabelen**

In dit onderzoek is voor alle variabelen gebruik gemaakt van een zelf ontwikkelde vragenlijst. Deze vragenlijst is gebaseerd op literatuur en op een eerder ontwikkelde vragenlijst (zie afhankelijke variabele). De eerste versie is voorgelegd aan de thesiscoude. Deze feedback is verwerkt. Vervolgens is de vragenlijst nogmaals voorgelegd aan de thesiscoude en aan twee gedragsdeskundigen werkzaam binnen de instelling. Aan de hand van feedback van de betrokkenen is de vragenlijst verwerkt tot de uiteindelijke versie. De vragenlijst is digitaal afgenomen om de anonimiteit te waarborgen en de bereikbaarheid van alle medewerkers te maximaliseren. De uiteindelijke vragenlijst bevat in totaal 87 items. Deze worden niet allemaal door elke respondent ingevuld, dat is afhankelijk van de ervaring die de respondent heeft met het werken met cliënten met een Zweedse band en de ervaring met de afbouw van de Zweedse band.

### **Afhankelijke variabele**

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de *visie van medewerkers op de Zweedse band*. De visie is gemeten met 13 stellingen over het gebruik en de afbouw van de Zweedse band. De stellingen zijn geformuleerd op basis van literatuuronderzoek en een eerder ontwikkelde vragenlijst van Stokkentre (2009) die binnen dezelfde instelling onderzoek heeft gedaan naar de kennis, attitude en mening over vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Respondenten dienden per stelling op een vijfpuntsschaal (van (1) volledig oneens tot (5) volledig mee eens) aan te geven hoe zij aankijken tegen het gebruik en de afbouw van de Zweedse band. In tabel 2 staan de stellingen weergegeven. De stellingen waren zowel positief als negatief geformuleerd. Voor het berekenen van de totaalscore zijn de antwoorden op de positief geformuleerde stellingen gehercodeerd. Hierdoor kan de totaalscore als volgt geïnterpreteerd worden: Hoe hoger de gemiddelde score op de stellingen, hoe positiever men aankijkt tegen de afbouw van de Zweedse band en hoe negatiever de visie op het toepassen van de Zweedse band.

De interne consistentie van de schaal 'de visie op de Zweedse band' is gemeten door middel van een Cronbach's alpha. Op basis van de 13 stellingen werd een Cronbach's alpha van 0,74 gevonden. Hoewel deze score duidt op een goede betrouwbaarheid voor onderzoek

op groepsniveau (Evers, Lucassen, Meyer & Sytsma, 2010) is gekozen om vier stellingen die een negatieve bijdrage aan de Cronbach's alpha leverden op basis van inhoudelijke argumenten te verwijderen. Deze items meten geen positieve of negatieve visie op de Zweedse band (zie items 10-13 tabel 2). Na verwijdering van deze vier items werd een Cronbach's alpha gevonden van 0,84, wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie (Evers et al., 2010). De schaal 'visie op de Zweedse band', bestaat derhalve uit 9 items met een minimale schaalscore van 9 en een maximale score van 45. De stellingen en de gemiddelde scores zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. *Gemiddelde scores (en standaarddeviatie) op de items/stellingen van de schaal "Visie op de Zweedse band"*

Stelling	Minimum	Maximum	Gemiddelde	SD
<b>Opgenomen stellingen in schaal "Visie op de Zweedse band"</b>				
1. De Zweedse band is een goed middel om agressie gericht op begeleiders tegen te gaan*	1	5	2,26	0,99
2. De Zweedse band moet worden afgeschaft.	1	5	2,91	1,16
3. De Zweedse band kan bij alle mensen worden afgebouwd	1	5	2,63	1,09
4. Ik ken genoeg goed werkende alternatieven voor de Zweedse band	1	5	2,83	1,09
5. De Zweedse band is gevaarlijk	1	5	3,23	1,03
6. Het dragen van een Zweedse band heeft geen nadelen voor een cliënt*	1	4	1,84	0,92
7. De Zweedse band is ethisch gezien niet verantwoord	1	5	3,05	1,07
8. Het dragen van een Zweedse band heeft positieve gevolgen voor een cliënt*	1	5	2,78	0,89
9. Het is mogelijk om de Zweedse band bij een cliënt af te bouwen	1	5	3,90	1,02
<b>Totale visie op de ZB</b>	<b>17</b>	<b>45</b>	<b>29,68</b>	<b>6,12</b>
<b>Overige stellingen, verwijderd na analyse o.b.v. inhoudelijke argumenten</b>				
10. De Zweedse band is alleen nodig bij mensen die hun dag- en nachtritme omdraaien (verwijderd)	1	4	1,57	0,81
11. De Zweedse band is alleen nodig wanneer cliënten agressief gedrag vertonen (verwijderd)	1	4	1,70	0,87
12. De begeleiders van de cliënt moeten een cursus/training krijgen over de afbouw van de Zweedse band (verwijderd)	1	5	4,09	0,93
13. Er is te weinig kennis onder begeleiders over goed werkende alternatieve middelen van de Zweedse band (verwijderd)	1	5	3,90	0,94

\*Deze itemscores zijn voor de analyses en het berekenen van de gemiddelde totale score gehercodeerd

## Onafhankelijke Variabelen

De onafhankelijke variabelen waar in dit onderzoek naar gekeken is zijn de personeelskenmerken: 1) *seks*, 2) *leeftijd*, 3) *hoogst afgeronde opleiding*, 4) *functie*, 5) *totaal aantal maanden werkervaring binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*, 6) *maanden werkervaring binnen de instelling*, 7) *ervaring met het toepassen van de Zweedse band* 8) *ervaring met de afbouw van de Zweedse band* en 9) *de reden waarom de Zweedse band wordt/werd toegepast*.

*Sexe*. Er is gevraagd naar het geslacht van de respondenten.

*Leeftijd*. Er is gevraagd naar de leeftijd van respondenten in jaren.

*Vooropleiding.* Gevraagd is: *Wat is uw hoogst afgeronde vooropleiding?* Respondenten konden kiezen uit zes antwoordmogelijkheden, namelijk MBO-Sociaal Pedagogisch Werker, MBO-Verpleegkunde, Z-verpleegkunde (MBO), HBO-verpleegkunde, HBO-pedagogiek (HBO), Universiteit, en anders. Deze antwoordmogelijkheden zijn voor verdere analyses samengevoegd tot mbo, hbo en universiteit. De antwoorden die gegeven zijn bij ‘anders’ zijn voor de analyses onder mbo, hbo of universiteit geschaard.

*Functie.* De functie binnen de huidige instelling is bepaald met de vraag: *Wat is uw functie?* Respondenten konden kiezen uit 1) nachtdienstmedewerker, 2) stagiaire, 3) leerling, 4) assistent begeleider, 5) groepsbegeleider, 6) zorgcoördinator, 7) teamcoördinator, 8) orthopedagoog en 9) anders. De verschillende functies zijn voor verdere analyses samengevoegd tot begeleider (begeleider, assistent begeleider, nachtdienstmedewerker, stagiaire, leerling), zorgcoördinator, teamcoördinator (teamcoördinator en teamleider) en gedragsdeskundigen (orthopedagoog en psycholoog). De groep ‘anders’ hebben we voor analyse van deze variabele buiten beschouwing gelaten.

*Aantal maanden werkzaam binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.* Respondenten gaven in maanden aan hoelang zij werkzaam zijn binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

*Aantal maanden werkzaam binnen de instelling.* Respondenten gaven in maanden aan hoelang zij werkzaam zijn binnen de instelling.

*Aantal uren werkzaam per week.* Respondenten gaven in uren aan hoeveel zij gemiddeld per week werken binnen de instelling..

*Ervaring met het toepassen van de Zweedse band.* Er is aan de respondenten gevraagd of zij ervaring hebben met het toepassen van de Zweedse band door middel van de vraag: *Weet u hoe u de Zweedse band vast moet maken?* De antwoordmogelijkheden waren: ‘Ja, ik heb dit geleerd van collega’s’, ‘Ja, ik heb de gebruiksaanwijzing van de Zweedse band gelezen’ (in de analyses samengevoegd tot: wel ervaring met het toepassen van de Zweedse band) en ‘Nee, ik heb nog nooit een Zweedse band bij een cliënt gebruikt’ (in de analyses gebruikt als: geen ervaring met het toepassen van de Zweedse band).

*Op dit moment werkzaam met de Zweedse band.* Er is gevraagd of de respondenten op het moment van invullen van de vragenlijst de Zweedse band toepasten (antwoordmogelijkheden ja/nee).

*De redenen waarom de Zweedse band wordt/werd toegepast.* Wanneer een respondent had aangegeven ervaring te hebben met het gebruik van de Zweedse band (op dit moment, of in het verleden), werd gevraagd bij hoeveel cliënten de Zweedse band werd gebruikt. Tot een

maximum van 3 cliënten dienden respondenten vervolgens per cliënt uit zeven antwoordmogelijkheden aan te geven wat redenen waren dat die cliënt de Zweedse band draagt/droeg. De antwoordmogelijkheden waren: (1) *Om te voorkomen dat de cliënt 's nachts gaat dwalen*, (2) *om agressief gedrag tegen andere mensen te voorkomen*, (3) *om te voorkomen dat de cliënt spullen kapot gaat maken*, (4) *om te voorkomen dat de cliënt uit zijn bed zal vallen*, (5) *er is te weinig personeel om alternatieve middelen in te zetten*, (6) *deze cliënt heeft altijd als een Zweedse band gedragen of* (7) *anders*. Voor de analyses is gekeken in hoeverre het wel of niet hebben toegepast van de Zweedse band om een bepaalde reden samenhangt met visie op de Zweedse band onder respondenten met ervaring met het toepassen van de Zweedse band. Voor de begeleiders met ervaring in het toepassen, is per reden (in totaal zes) nagegaan of zij de Zweedse band om die reden ooit hebben toegepast (ja of nee).

*Ervaring met de afbouw van de Zweedse band.* Gevraagd is of respondenten op het moment van invullen en/of in het verleden betrokken waren bij de afbouw van de Zweedse band bij een (of meerdere) cliënten (antwoordmogelijkheden 'ja'/'nee'). Voor de analyses is zijn de antwoorden op deze twee vragen samengevoegd tot 'wel' versus 'geen' ervaring met de afbouw van de Zweedse band.

### **Additionele variabelen**

Naast de afhankelijke en onafhankelijke variabelen zijn er ook nog gegevens verzameld over de voorwaarden voor een goede afbouw van de Zweedse band, en over belangrijke aspecten die een rol spelen bij het toepassen van de Zweedse band. Deze variabelen worden niet onderzocht in relatie tot de visie van het personeel en worden daarom hier apart genoemd.

*Belangrijkste reden voor het dragen van de Zweedse band.* Respondenten gaven aan wat de belangrijkste reden was dat de cliënt waar zij mee werkten op het moment van invullen van de vragenlijst en/of in het verleden de Zweedse band draagt/droeg. Deze redenen zijn bij de onafhankelijke variabelen beschreven. In de resultaten zal worden weergegeven hoe vaak een reden als belangrijkste reden is gegeven voor het dragen van de Zweedse band (tabel 3).

*Frequentie en gemiddelde tijdsduur dat een cliënt een Zweedse band draagt.* Aan respondenten die op dit moment de Zweedse band gebruiken, is (voor maximaal 3 cliënten) gevraagd 'Hoe frequent draagt deze cliënt een Zweedse band' en 'Hoe lang draagt deze cliënt gemiddeld een Zweedse band?' (antwoordmogelijkheden op beide vragen zie tabel 4).

*Randvoorwaarden volgens personeel bij de afbouw van de Zweedse band.* Alle respondenten dienden voor 5 mogelijke randvoorwaarden voor het afbouwen van de Zweedse

band aan te geven of zij die (1) ‘absoluut niet belangrijk’, (2) ‘een beetje belangrijk’, of (3) ‘heel belangrijk’ vonden. In tabel 9 staan deze randvoorwaarden genoemd. Deze voorwaarden kunnen binnen instellingen de afbouw van de Zweedse band bevorderen.

### **Data analyse**

Na uitvoer van een Kolmogrov-Smirnov Z test bleek de afhankelijke variabele niet normaal verdeeld te zijn. Alle analyses zijn daarom non-parametrisch getoetst.

Door middel van een Spearman’s correlatietest is getoetst of Leeftijd, Aantal maanden werkervaring binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, Aantal maanden werkervaring binnen de instelling en Gemiddeld aantal uren werkzaam per week samenhangen met de visie op de Zweedse band.

Door middel van een Mann-Whitney test is getoetst of Sekse, Ervaring met toepassing van de Zweedse band, Het toepassen van de Zweedse band op het moment van invullen van de vragenlijst, Ervaring met de afbouw van de Zweedse band, De reden waarom de Zweedse band wordt/werd toegepast samenhangen met de visie op de Zweedse band. Voor de variabele ‘ervaring met het toepassen van de Zweedse band’ werd verwacht dat respondenten *zonder* ervaring een positievere visie hebben op de afbouw van de Zweedse band (Karlsson et al., 2001; Suen et al., 2006).

De samenhang tussen Hoogst afgeronde vooropleiding en Functieniveau en de visie op de Zweedse band is getoetst door middel van een Kruskal-Wallis test.

Alle analyses zijn getoetst met een alfa van 5%, behalve de variabele ervaring met het toepassen van de Zweedse band. Deze variabele is eenzijdig getoetst met een alfa van 2,5%.

### **Resultaten**

Voordat we ingaan op de visie op het gebruik van de Zweedse band en mate waarin de onafhankelijke variabelen daarmee samenhangen, worden eerst de additionele variabelen ‘belangrijkste reden voor het dragen van de Zweedse band’ en ‘frequentie’ en ‘gemiddelde tijdsduur dat een cliënt de Zweedse band draagt’ besproken.

De belangrijkste redenen voor het toepassen van de Zweedse band zijn het voorkomen dat de cliënt ’s nachts gaat dwalen en dat de cliënt uit zijn bed zal vallen (tabel 3). In tabel 4 is weergegeven wat de frequentie en gemiddelde tijdsduur is van het dragen van de Zweedse

band. Daaruit blijkt dat de meeste cliënten de Zweedse band elke nacht gedurende de hele nacht dragen.

Tabel 3. *De belangrijkste reden genoemd door personeel waarom een cliënt een Zweedse band draagt.*

Belangrijkst genoemde reden waarom cliënt een Zweedse band draagt	Totaal aantal keer genoemd	Aantal keer genoemd bij een cliënt die op dit moment een Zweedse band draagt in %	Aantal keer genoemd bij een cliënt die in het verleden een Zweedse band droeg in %
Om te voorkomen dat de cliënt 's nachts gaat dwalen	56	31,43	28,57
Om te voorkomen dat de cliënt uit zijn bed zal vallen	56	25,71	31,93
Om agressief gedrag tegen andere mensen te voorkomen	23	5,71	15,97
Deze cliënt heeft altijd al een Zweedse band gedragen	13	12,86	3,36
Om te voorkomen dat de cliënt spullen kapot gaat maken	12	4,29	7,56
Er zijn geen alternatieven voor handen, zoals een verlaagd bed	1	0,00	0,84
Andere reden (geen reden genoemd)	28	20,00	11,76
Totaal:	189	100%	100%

Tabel 4. *Gemiddelde frequentie en tijdsduur per keer dat een cliënt de Zweedse band draagt.*

Frequentie	Aantal keer genoemd	Gemiddelde tijdsduur per keer	Aantal keer genoemd
Dagelijks; 's nachts en op bepaalde momenten overdag	15	Langer dan 12 uur	6
Dagelijks; alleen 's nachts	55	De hele nacht (ongeveer 9 tot 12 uur)	65
Dagelijks; maar alleen op bepaalde momenten overdag	0	6, 7 of 8 uur	0
Ongeveer 1 keer per week	0	3, 4 of 5 uur	1
Ongeveer 1 keer per maand	1	1 of 2 uur	0
Minder dan 1 keer per maand	1	Korter dan 1 uur	0

### Visie op de Zweedse band

De gemiddelde totale score op de visie op de Zweedse band is 29,68 (SD= 6,12). Dit betekent dat respondenten gemiddeld positief staan tegenover de afbouw van de Zweedse band. In tabel 2 is weergegeven wat de gemiddelde itemscore is van de stellingen die zijn meegenomen in de totale score visie op de Zweedse band. Daaruit blijkt dat met name de stellingen 'Het is mogelijk om de Zweedse band bij een cliënt af te bouwen', 'De Zweedse band is ethisch gezien niet verantwoord', 'De Zweedse band moet worden afgeschaft' en 'De Zweedse band is gevaarlijk' een hoge gemiddelde itemscore hebben. Dit betekent dat respondenten de mogelijkheid en noodzaak inzien om de Zweedse band af te bouwen.

### Samenhang visie op de Zweedse band en personeelskenmerken

Er is een samenhang gevonden tussen visie op de Zweedse band en geslacht (tabel 5), visie op de Zweedse band en functie (tabel 7) en visie op de Zweedse band en het toepassen van de Zweedse band op het moment van invullen van de vragenlijst (tabel 5). Vrouwen hebben een

positievere visie op de afbouw van de Zweedse band dan mannen. Gedragsdeskundigen hebben een positievere visie op de afbouw van de Zweedse band dan begeleiders. Respondenten die op het moment van invullen van de vragenlijst de Zweedse band *niet* toepasten hebben een positievere visie op de afbouw van de Zweedse band. Op de overige variabelen is geen samenhang gevonden met de visie op de Zweedse band (tabel 5, 6, 7, 8).

Tabel 5. Samenhang tussen sekse, ervaring met de toepassing en afbouw van de Zweedse band en de visie op de Zweedse band: Resultaten van de Mann-Whitney Test.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<b>Sekse</b>			230,00	-2,14	,03*
man (N=11)	30,19	5,84			
vrouw (N=70)	26,45	7,15			
<b>Ervaring toepassing Zweedse band</b>			404,00	-1,38	,17
Wel ervaring (N=65)	29,22	6,04			
Geen ervaring (N=16)	31,56	6,27			
<b>Ervaring toepassing op het moment van invullen van vragenlijst</b>			390,50	-3,40	<,01*
Wel ervaring (N=27)	26,48	5,54			
Geen ervaring (N=54)	31,28	5,80			
<b>Ervaring Afbouw Zweedse band</b>			713,00	-0,97	,32
Wel ervaring (N=43)	29,07	5,81			
Geen ervaring (N=38)	30,37	6,46			

\*significante resultaten

Tabel 6. Resultaten Spearman's rankcorrelatie leeftijd, aantal maanden werkervaring en aantal uren werkzaam per week

	<i>rs</i>	<i>p</i>
Leeftijd	,08	,49
Aantal maanden werkervaring binnen de instelling	,14	,22
Aantal maanden werkervaring binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking	,10	,39
Aantal uren werkzaam per week	,08	,49

Tabel 7. Gemiddelde voor hoogst afgeronde vooropleiding en functie op visie op de Zweedse band: resultaten voor de Kruskal-Wallis test

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>Vooropleiding</b>			5,73	2	,06	<b>Functie</b>			9,29	3	,03
MBO (N=53)	29,13	6,58				Begeleider (N=25)	27,96*	6,10			
HBO (N=17)	29,88	5,13				Zorgcoördinator (N=27)	29,04	6,78			
Universiteit (N=10)	33,20	3,16				Teamcoördinator (N=16)	31,19	5,59			
						Gedragsdeskundige (N=10)	33,20*	3,16			

\*Significante resultaten gevonden op Mann-Whitney testen met een Bonferroni correctie ( $\alpha = ,008$  voor functie)



Tabel 8. *Gemiddelde voor redenen dat respondenten de Zweedse band hebben toegepast bij cliënten: resultaten voor de Mann-Whitney test\**

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Respondent heeft ZB toegepast om te voorkomen dat cliënt spullen kapot maakt	Ja (N=12)	30,08	5,12	237,50	-1,37	,17
	Nee (N=53)	29,02	6,26			
Respondent heeft de ZB toegepast omdat de cliënt de Zweedse band altijd al heeft gedragen	Ja (N=13)	29,77	4,40	237,500	-1,65	,10
	Nee (N=52)	29,08	6,41			
Respondent heeft de ZB toegepast omdat er geen alternatieven voorhanden waren	Ja (N=4)	27,75	3,86	66,50	-1,52	,13
	Nee (N=61)	29,31	6,17			
Respondent heeft de ZB toegepast om te voorkomen dat de cliënt ging dwalen	Ja (N=50)	30,18	6,09	340,00	-0,55	,59
	Nee (N=15)	26,00	4,75			
Respondent heeft de ZB toegepast om te voorkomen dat de cliënt uit bed zou vallen	Ja (N=40)	27,90	6,10	472,00	-0,38	,71
	Nee (N=25)	31,32	5,42			
Respondent heeft de ZB toegepast om te voorkomen dat de cliënt agressief gedrag zou vertonen	Ja (N=21)	28,86	6,03	412,50	-0,70	,49
	Nee (N=44)	29,39	6,12			

\*In deze analyse zijn alleen respondenten meegenomen die *wel* ervaring hadden met het toepassen van de Zweedse band

### Voorwaarden volgens personeel voor afbouwen van de Zweedse band

De scores op de randvoorwaarden geven aan in hoeverre respondenten een randvoorwaarde van belang vonden. Een hoge score betekent dat de randvoorwaarde volgens respondenten zal kunnen bijdragen aan de afbouw van de Zweedse band. In tabel 9 zijn de randvoorwaarden en de gemiddelde score per randvoorwaarde weergegeven. Alle gemiddelde scores liggen tussen 2,50 en 2,90. Dit betekent dat alle randvoorwaarden die in de vragenlijst zijn genoemd als belangrijk worden gezien door respondenten.

Tabel 9. *Gemiddelde score per item van personeel op voorwaarden voor het afbouwen van de Zweedse band*

Voorwaarde	<i>M</i>
Een team waarin iedereen het eens is met de afbouw van de Zweedse band bij een cliënt	2,50
Een team waar begeleiders elkaar steunen	2,68
Een orthopedagoog die het team stuurt bij de afbouw van de Zweedse band bij een cliënt	2,79
Het voorhanden hebben van middelen die als alternatief kunnen worden ingezet voor de Zweedse band	2,80
Ouders/wettelijk vertegenwoordigers zijn akkoord met de afbouw	2,87
Een van tevoren goed opgesteld plan over de afbouw van de Zweedse band	2,90

### Discussie

Hoewel bekend is dat het toepassen van M&M, zoals de Zweedse band, veel negatieve gevolgen heeft voor zowel cliënten als personeel binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en afbouw dus wenselijk is, is er toch weinig onderzoek gedaan naar

hoe M&M afgebouwd kunnen worden. De Zweedse band wordt nog steeds met regelmaat toegepast in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Om de afbouw van de Zweedse band te bevorderen is meer kennis en expertise van belang. Resultaat uit eerder onderzoek geeft aan dat het aannemelijk is dat de visie op M&M van personeel samenhangt met het toepassen van M&M. Beslissingen rondom het toepassen van M&M worden vaak gemaakt door personeel dat op de werkvloer direct te maken heeft met cliënten, zoals verpleegkundigen. Zij beoordelen meestal in hoeverre gedrag gevaarlijk is voor de cliënt, zichzelf of anderen (Marangos-Frost & Wells, 2000). De visies van medewerkers die indirect te maken hebben met het toepassen van M&M, zoals gedragsdeskundigen, zijn ook van belang omdat zij een belangrijke rol spelen bij beslissingen rondom het toepassen van M&M. Daarnaast spelen zij een belangrijke rol bij het inzetten van interventies om M&M af te bouwen. Ook kunnen zij andere medewerkers informeren en adviseren over mogelijke alternatieven. Naast dat er interventies kunnen worden ingezet om de visie van personeel te beïnvloeden, kunnen deze interventies worden aangesloten bij de visie van personeel.

In dit onderzoek is onderzocht wat de visie op het gebruik en op de afbouw van de Zweedse band is en welke personeelskenmerken samenhangen met de visie op de Zweedse band binnen een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Maar eerst is nagegaan waarom de Zweedse band wordt toegepast en hoe vaak dat gebeurt. De belangrijkste redenen waarom de Zweedse band wordt toegepast zijn om te voorkomen dat de cliënt uit zijn bed zal vallen of 's nachts zal gaan ronddwalen. Dit komt overeen met de belangrijkste redenen voor het toepassen van de Zweedse band die zijn genoemd in een ander onderzoek (Hamers et al., 2009). De frequentie en tijdsduur van het dragen van de Zweedse band die respondenten in dit onderzoek het vaakst aangaven waren dagelijks gedurende de hele nacht, dit sluit aan bij reden dat de Zweedse band het vaakst wordt toegepast.

De visie van respondenten in dit onderzoek neigt in het algemeen naar een positieve visie op de afbouw van de Zweedse band. Dit geeft aan dat respondenten in het algemeen tegen het gebruik en voor de afbouw van de Zweedse band zijn. Naast dat respondenten over het algemeen vonden dat de Zweedse band moest worden afgeschaft, zagen zij ook mogelijkheden om de Zweedse band af te bouwen bij een cliënt. Ook blijkt dat respondenten in het algemeen vonden dat de Zweedse band gevaarlijk en ethisch onverantwoord is, overeenkomstig met resultaten uit rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002, 2008). Deze conclusies blijken uit de totale score op de visie op de Zweedse band en uit de hoge scores op de stellingen 'De Zweedse band moet worden afgeschaft', 'Het is mogelijk om

de Zweedse band bij een cliënt af te bouwen’, ‘De Zweedse band is gevaarlijk’ en ‘De Zweedse band is ethisch onverantwoord’.

In dit onderzoek zijn verschillende resultaten gevonden wat betreft de samenhang tussen visie op de Zweedse band en ervaring met het toepassen van de Zweedse band. Er is geen samenhang gevonden tussen visie op de Zweedse band en personeel met ervaring met de toepassing van de Zweedse band (op het moment van invullen van de vragenlijst en/of in het verleden). Er is wel een samenhang gevonden tussen visie op de Zweedse band en personeel dat op het moment van invullen van de vragenlijst de Zweedse band toepaste. Personeel dat op het moment van invullen van de vragenlijst de Zweedse band niet toepaste had een positievere visie op de afbouw van de Zweedse band. Dit komt overeen met onze verwachting. Deze verwachting was gebaseerd op eerder onderzoek waaruit is gebleken dat personeel dat werkzaam was in de geriatrie op een afdeling waar geen of minder M&M werden toegepast, minder voor het gebruik was dan personeel dat werkzaam was op een afdeling waar veel gebruik werd gemaakt van M&M (Hantikainen & Käppeli, 2000; Hennessy et al., 1997; Karlsson et al., 2001). Dit resultaat zou voor een deel kunnen worden verklaard doordat personeel dat werkzaam is met de Zweedse band ook de voordelen ervaart van het toepassen van de Zweedse band. In het onderzoek van Hamers en collega's (2004) wordt ook beschreven dat verplegers M&M zien als een veilige en routinematige interventie om vallen te voorkomen. Aangezien ook de respondenten in dit onderzoek de Zweedse band vaak toepassen om vallen te voorkomen, is de kans groot dat de respondenten die met de Zweedse band werken ook ervaren dat de Zweedse band de veiligheid van cliënten kan bevorderen. Dat er geen samenhang is gevonden tussen visie op de Zweedse band en ervaring met het toepassen van de Zweedse band waarbij ervaring op het moment van invullen en ervaring in het verleden is samengevoegd, zou kunnen worden verklaard doordat het begrip ‘ervaring in het verleden’ breed is. Het kan zijn dat deze respondenten al jaren niet meer de Zweedse band hebben toegepast. Dit resultaat geeft ook aan dat de visie wordt beïnvloed door ervaring die mensen op dat moment hebben, maar dat deze visie in de loop van de tijd kan veranderen door bijvoorbeeld nieuwe kennis en ervaringen.

In dit onderzoek is een samenhang gevonden tussen geslacht en visie op de Zweedse band. Vrouwen hebben een positievere visie op de afbouw van de Zweedse band. Er was geen samenhang verwacht tussen visie op de Zweedse band en geslacht, omdat dit in eerdere onderzoeken ook niet was gebleken. Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen man en vrouw is dat mannen mogelijk met moeilijkere cliënten werken dan vrouwen, hierdoor

zouden zij de meerwaarde van de Zweedse band kunnen ervaren. Uit de data is niet af te leiden of dit daadwerkelijk het geval is.

Er is tevens een samenhang gevonden tussen de visie op de Zweedse band en functie. Gedragsdeskundigen hebben een positievere visie op de afbouw van de Zweedse band dan begeleiders. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat begeleiders direct betrokken zijn bij het toepassen van de Zweedse band. Gedragsdeskundigen zijn indirect betrokken en passen de Zweedse band zelf niet toe. Dit kan mogelijk het verschil verklaren. Dit sluit ook aan bij de verklaring voor de samenhang die gevonden is tussen visie op de Zweedse band en ervaring met toepassen van de Zweedse band op het moment van invullen van de vragenlijst. Voor gedragsdeskundigen zou dan gelden dat zij vooral de vrijheidsbeperkende kenmerken van de Zweedse band zien, terwijl begeleiders ook positieve en mogelijk praktische kanten van de Zweedse band zien. Daarnaast bewaken gedragsdeskundigen in algemenere zin de kwaliteit van bestaan van cliënten, dit kan een verklaring zijn waarom zij positiever tegenover de afbouw staan.

Er is in dit onderzoek geen samenhang gevonden tussen visie op de Zweedse band en hoogst afgeronde opleiding. In dit onderzoek is ook geen samenhang gevonden tussen werkervaring binnen de instelling en binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, leeftijd en uren werkzaam per week. Uit eerdere onderzoeken is ook gebleken dat er geen samenhang was tussen visie op M&M en personeelskenmerken, zoals aantal jaren werkzaam in de geriatrie, leeftijd en opleidingsniveau onderzoeken (Hantikainen & Käppeli, 2000; Hennessy et al., 1997; Karlsson et al., 2001).

Dat er geen verschillen zijn in visie op de Zweedse band tussen deze variabelen geeft aan dat de variatie in visie mogelijk met name verklaard kan worden door wel of geen ervaring met toepassen van de Zweedse band op het moment van invullen van de vragenlijst, verschil in functie (begeleiders en gedragsdeskundigen) en geslacht. Voor de praktijk betekent dit dat extra aandacht geschonken zou kunnen worden aan het vrijheidsbeperkende karakter van de Zweedse band bij personeel dat direct te maken heeft met het toepassen van de Zweedse band. Het is aannemelijk dat de visie die zij hebben, invloed heeft op het toepassen van de Zweedse band aangezien zij vaak beoordelen in hoeverre gedrag gevaarlijk is voor de cliënt zelf, zichzelf of anderen (Marangos-Frost & Wells, 2000). Voor de afbouw is het van belang dat personeel met een negatievere visie op de afbouw van de Zweedse band naast de noodzaak, ook mogelijkheden gaat zien voor het afbouwen van de Zweedse band.

Dit onderzoek heeft een aantal sterke en zwakke punten die van belang zijn om weer te geven voor een juiste interpretatie van de resultaten. Een beperking van het onderzoek is dat

er voor het meten van de onderzoeksvragen geen bestaande vragenlijst beschikbaar was. De betrouwbaarheid van het meetinstrument was daardoor niet vooraf bekend. Om een zuiver en betrouwbaar meetinstrument te ontwikkelen is de vragenlijst gebaseerd op literatuur en een eerder ontwikkelde vragenlijst (Stokkentre, 2009). Tevens is de vragenlijst meerdere malen voorgelegd aan betrokkenen (gedragsdeskundigen binnen de instelling en de thesisdocent) en is de feedback van hen verwerkt. Er is een Cronbach's alpha gevonden van 0,84. Dit kan beschouwd worden als een goede betrouwbaarheid (Evers et al., 2010). De hoge betrouwbaarheid van de afhankelijke variabele gemeten door de vragenlijst is een sterk punt van dit onderzoek.

Een nadeel van de opmaak van de vragenlijst was de manier waarop de afhankelijke variabele bevraagd is. De stellingen over de visie op de Zweedse band waren aan het einde van de vragenlijst opgenomen. Niet alle respondenten hadden begrepen dat zij de vragenlijst tot het einde moesten invullen, waardoor de gegevens van deze respondenten onbruikbaar waren. Met name respondenten zonder ervaring met de Zweedse band hebben de vragenlijst niet volledig ingevuld. Hierdoor is de groep respondenten met ervaring met toepassen mogelijk oververtegenwoordigd in de onderzoeksgroep in vergelijking met de werkelijke populatie. Dit maakt dat de resultaten lastig te generaliseren zijn naar alle mensen die (in)direct werken met mensen met een verstandelijke beperking. Wat wel overeenkwam met de werkelijke populatie is dat de onderzoeksgroep met name uit vrouwen, zorgcoördinatoren en begeleiders bestond. Een ander nadeel van de vragenlijst was dat niet uit de vragenlijst kon worden opgemaakt om hoeveel cliënten met een Zweedse band het daadwerkelijk ging. Respondenten vulden in met hoeveel cliënten met een Zweedse band zij werkten, maar het was niet op te maken uit de vragenlijst of het bij verschillende respondenten om dezelfde of verschillende cliënten ging.

Een beperking van dit onderzoek was tevens dat de vragenlijst digitaal is verstuurd. Hoewel op deze manier de anonimiteit goed kon worden gewaarborgd, is hierdoor de respons klein. Niet alle personeelsleden hebben de vragenlijst persoonlijk ontvangen, de lijst is namelijk naar een gezamenlijk groepsadres gestuurd. Hierdoor heeft mogelijk niet iedereen de mogelijkheid gehad de vragenlijst in te vullen. Ondanks de lage respons, kan toch gesproken worden van een grote onderzoeksgroep, bestaande uit 81 respondenten.

Een andere beperking van het onderzoek is dat er niet gekeken is naar hoe lang geleden het is dat iemand de Zweedse band in het verleden heeft toegepast. Hierdoor was het niet mogelijk om verschillen tussen personeelsleden te onderzoeken die recent of lang geleden de Zweedse band hebben toegepast. Deze beperking is een mogelijke verklaring voor een

aantal gevonden resultaten, omdat er wel een verschil gevonden is op visie tussen respondenten met en zonder ervaring met het toepassen van de vragenlijst op het moment van invullen van de vragenlijst en er geen verschil gevonden is tussen wel of geen ervaring met het toepassen van de Zweedse band. Het is daarom vooral van belang om onderzoek te doen naar de visie van mensen die op dit moment werkzaam zijn met de Zweedse band aangezien de mening van deze mensen significant samenhangt met de visie op de Zweedse band en er geen significante samenhang is gevonden tussen nu of in het verleden werkzaam zijn met de Zweedse band en de visie op de Zweedse band.

Naar aanleiding van voorgaande kan een aantal aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek. Voor vervolgonderzoek zouden de respondenten op een andere manier aangeschreven kunnen worden, zodat de respons mogelijk groter wordt. Gedacht kan worden aan persoonlijk benaderen van teamleiders met de vraag of zij iedere werknemer de vragenlijst in willen laten vullen. Daarnaast kunnen de stellingen die gebruikt zijn voor de afhankelijke variabele vooraan de vragenlijst geplaatst worden, zodat het aantal bruikbare respondenten vergroot wordt. Op deze manier zouden er mogelijk meer gegevens verzameld kunnen worden van respondenten die geen ervaring hebben met het gebruik van de Zweedse band. Dit zou er voor kunnen zorgen dat de resultaten beter te generaliseren zijn. Echter voor deze groep is geen samenhang gevonden tussen visie en wel of geen ervaring met het toepassen van de Zweedse band, daardoor kan de gemiddelde score op de schaal visie op de Zweedse band waarschijnlijk toch gezien worden als een goede indicatie voor visie op de Zweedse band voor de werkelijke populatie. In vervolgonderzoek zou tevens meegenomen kunnen worden om hoeveel cliënten met de Zweedse band het gaat, middels de vragenlijst of op een andere manier.

Inhoudelijk zou er voor vervolgonderzoek gekeken kunnen worden naar de invloed van de visie van medewerkers op het toepassen van de Zweedse band. Aangezien uit dit onderzoek is gebleken dat er een samenhang is tussen een negatieve visie op afbouw en het toepassen van de Zweedse band, is de kans groot dat deze visie invloed heeft op de frequentie van toepassen van de Zweedse band of andere M&M. Uit het onderzoek van Karlsson et al., (2001) is immers ook gebleken dat er een samenhang is tussen visie van personeel op M&M en het gebruik van M&M.

Daarnaast zou er in vervolgonderzoek gekeken kunnen worden naar een verklaring voor het verschil in visie tussen mannen en vrouwen. In dit onderzoek is niet direct verklaring gevonden voor de positievere visie van vrouwen op de afbouw van de Zweedse band.

Tenslotte kunnen de resultaten van dit onderzoek worden gebruikt voor verder onderzoek naar interventies die de afbouw van de Zweedse band binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kunnen bevorderen. Hoewel de Zweedse band nog met regelmaat wordt toegepast, geeft dit onderzoek weer dat personeel werkzaam binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking over het algemeen een positieve visie heeft op de afbouw. Zij zien mogelijkheden voor afbouw, maar ook het belang van afbouw, onder andere door het gevaar dat het toepassen van de Zweedse band met zich meebrengt. Meer kennis en expertise over de afbouw van de Zweedse band kan de afbouw bevorderen. In dit onderzoek zijn er een aantal randvoorwaarden voor afbouw van de Zweedse band naar voren gekomen die in het algemeen volgens personeel van belang zijn, namelijk een van te voren goed opgesteld plan, ouders en wettelijk vertegenwoordiger moeten akkoord zijn met de afbouw, er moeten middelen zijn die als alternatief kunnen worden ingezet, er moet een gedragskundige zijn die het team begeleidt, er moet sprake zijn van een team waar begeleiders elkaar steunen en het hele team moet het eens zijn over de afbouw. De wetenschap dat deze randvoorwaarden door personeel als belangrijk worden gezien geeft aan dat de aanwezigheid van deze randvoorwaarden de afbouw van de Zweedse band waarschijnlijk zal kunnen bevorderen. Door de Zweedse band af te bouwen wordt voldaan aan de belangen van de overheid en personeel werkzaam binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, maar bovenal wordt voldaan aan het belang van de cliënten waarbij de Zweedse band wordt toegepast.

### Literatuur

- Evers, A., Lucassen, W., Meyer, R., & Sytsma, K. (2010). COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests. Amsterdam: COTAN/NIP.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing, 30*, 758-763.
- Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M., Bleijlevens, M., Huizing, A.R., Scherder, E.J., Houweling, H., & van Rossum, E. (2009). Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Oudergeneeskunde, 5*, 156-159.
- 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., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A.R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 248-255.
- Hantikainen, V., & Käppeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: A qualitative study of nursing staff perceptions and decision making. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1196-1205.
- Hennessy, C.H., McNeely, E.A., Whittington, F.J., Strasser, D.C., & Archea, C. K. (1997). Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long term care facility, *Journal of Aging Studies*, 11, 49-62.
- Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Jonge, J. de, Candel, M., & Berger, M.P.F. (2007). Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65, 924-933.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000). *Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, beddekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002). *Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). *Zorg voor vrijheid: Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S., & Sandman, P.O. (2001). Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 1722-1728.
- Luiselli, J.K. (2009). Physical restraint of people with Intellectual Disability: A review of implementation reduction and elimination procedures. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 126-134.
- Marangos-Frost, S., & Wells, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 362-369.
- Meyers, H., Nikoletti, S., & Hill, A. (2001). Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in the acute care setting. *Nursing and Health Sciences*, 3, 29-34.
- Sclafani, M.J., Humphrey, F.J., Repko, S., Ko, H.S., Wallen, M.C., & DiGiacomo, A. (2008). Reducing patient restraints: A pilot approach using clinical case review. *Perspectives*



*in Psychiatric Care, 44, 32-39.*

- Rijksoverheid. Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Verkregen op 8 april, 2011, via <http://www.dwangindezorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wet-bijzondere-opneming-psihiatrische-ziekenhuis-bopz>.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Singh, A.N., Adkins, A.D., & Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce de use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*, 194–202.
- Suen, L.K.P., Lai, C.K.Y., Wong, P., Chow, S.K.Y., Kong, S.K.F., Ho, J.Y.L., & Wong, I.Y.C. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing, 55*, 20-28.
- Stokkentre, L. (2009). *De kennis, attitude en mening van begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg, rondom vrijheidsbeperkende maatregelen*. Masterthesis voor de Opleiding Pedagogiek, Masterprogramma Orthopedagogiek, Universiteit Utrecht
- Veer, A.J.E. de, Francke, A. L., Kruif, A. de, & Bolle. F. (2006). Vrijheidsbeperkende interventies door verpleegkundigen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 4*, 30-33.
- Vrijheidsbeperkende maatregelen. Debat in de Tweede Kamer op 19 januari 2011. Verkregen op 8 april, 2011, via [http://publitiiek.nl/debat/vrijheidsbeperkende\\_maatregelen\\_19-01-2011](http://publitiiek.nl/debat/vrijheidsbeperkende_maatregelen_19-01-2011).