

Maart 2008

## **I PROBLEEM**

Deze CAP identificeert cliënten die aan fysieke fixatie onderworpen worden. Het betreft “elke handeling of het gebruik van materiaal die de bewegingsvrijheid beperkt en niet gemakkelijk kan worden verwijderd”, met inbegrip van passieve fixatie zoals stoelen die het afschuiven voorkomen (vb. geriatrische zetel). Het effect van de immobiliserende maatregelen op de cliënt is hier belangrijk, niet de reden waarom die toegepast worden. De doelstelling van deze CAP is het gebruik van deze immobiliserende maatregelen te beperken door het nemen van aangepaste initiatieven in overeenstemming met de fysieke en cognitieve capaciteiten van de cliënt.

Fysieke fixatie wordt geassocieerd met negatieve fysieke en psychosociale outcomes, waardoor het maar zelden geïndiceerd is en enkel tijdelijk en op korte termijn zou mogen toegepast worden. De fysieke risico's verbonden aan het gebruik van fixatiemateriaal kunnen zijn: verlies aan spiermassa, contracturen, verminderde mobiliteit en uithoudingsvermogen, evenwichtsstoornissen, kapotte huid, constipatie, incontinentie en verminderde eetlust. Verder is de kans reëel dat gefixeerde cliënten die zichzelf uit het fixatiemateriaal proberen te bevrijden vallen, verwondingen oplopen en zelfs stikken. Psychosociale gevolgen geassocieerd met de toepassing van fysieke fixatie kunnen zijn: schaamtegevoelens, hopeloosheid, agitatie, stress en stigmatisatie.

Ondanks de risico's verbonden aan fixatie, wordt dit in tal van situaties toegepast. Gedragsproblemen geven onder andere aanleiding tot het gebruik van fixatiemateriaal. Onderzoek toont echter aan dat dit niet het gepaste antwoord is op dit soort problemen. Integendeel, deze problemen kunnen door het gebruik van fysieke fixatie zelfs verergeren, doordat de cliënt zich geërgerd voelt door het ervaren ongemak van de beperkte bewegingsvrijheid. Een andere indicatie is de toepassing van fysieke fixatie door het gebrek aan voldoende personeelsleden. Nochtans werd al vaak aangetoond dat het gebruik van immobiliserende maatregelen de werklast voor het personeel nog verhoogd door een achteruitgang van de fysieke en mentale gezondheid van de cliënt. Hierdoor dienen deze cliënten dagelijks nog frequenter gecontroleerd te worden.

## ALGEMENE ZORGDOELEN

- Identificeer en behandel symptomen ten gevolge van fysieke fixatie.
- Identificeer en voer alternatieve behandelingsmethoden uit (bv. herstellende zorg, andere houding laten innemen, geïndividualiseerde activiteiten, continue controle door personeel en mantelzorgers).
- Evalueer het gebruik en de resultaten van alternatieve behandelingsmethoden.

## II CAP-ACTIVERING

Deze CAP is van toepassing op cliënten in een RVT of een postacute zorginstelling, niet op cliënten die thuiszorg krijgen of zelfstandig wonen.

Aan de hand van de hiërarchische ADL-schaal van interRAI identificeert deze CAP twee soorten cliënten die voor follow-up in aanmerking komen. Op het moment van de beoordeling zal de bewegingsvrijheid van de cliënten in beide groepen beperkt zijn door fixatiemateriaal zoals een heupgordel, pols- en enkelband of een speciale stoel die het onmogelijk maakt rechtop te gaan staan. De twee groepen verschillen van elkaar in hun ADL-status: terwijl de ene groep de ADL-activiteiten nog behoorlijk zelfstandig kan uitvoeren, beschikt de andere groep nog maar over heel weinig ADL-zelfstandigheid.

- ***GEACTIVEERD OM FIXATIEMATERIAAL TE VERWIJDEREN BIJ CLIËNTEN DIE ZELF NOG ENKELE 'MIDDLE LOSS' OF 'EARLY LOSS' ADL-ACTIVITEITEN KUNNEN UITVOEREN (bv. persoonlijke hygiëne, zich aankleden en wandelen).*** Cliënten in deze subgroep worden meestal gefixeerd om valincidenten, desoriëntatie en gedragsproblemen (bv. het zich verzetten tegen hulp, fysieke agressiviteit, ongepast sociaal gedrag) te voorkomen. Ongeveer 20% van de gefixeerde ouderen kan in deze groep ondergebracht worden. Instellingen met effectieve antifixatieprogramma's slagen erin het overgrote merendeel van die ouderen fixatievrij te houden.

Deze groep omvat 1 tot ...% van de cliënten opgenomen in een RVT en 2% van de cliënten die thuiszorg ontvangen.

- ***GEACTIVEERD OM FIXATIEMATERIAAL TE VERWIJDEREN BIJ CLIËNTEN DIE ZELF (BIJNA) NIET MEER IN STAAT ZIJN 'MIDDLE LOSS' OF 'EARLY LOSS' ADL-ACTIVITEITEN UIT TE VOEREN.*** Cliënten in deze subgroep zullen meer geneigd zijn een voorgeschiedenis van valincidenten en gedragsproblemen te hebben dan de cliënten in de niet-geactiveerde groep. Ongeveer 70%

van de cliënten in deze groep vertoont ernstig cognitief verlies en een gelijkaardig percentage is niet meer in staat te wandelen of een rolstoel te bedienen. Ongeveer 40% kan niet meer zelf rechtop gaan zitten, ongeveer 25% ervaart ernstige problemen om anderen te zien of te begrijpen, en ongeveer 15% krijgt sondevoeding. Via effectieve antifixatieprogramma's kunnen bijna al die cliënten fixatievrij blijven.

Deze groep omvat 1 tot 6% van de cliënten opgenomen in een RVT en minder dan 1 tot 6% van de cliënten die thuiszorg ontvangen.

- **NIET GEACTIVEERD.** Bij de cliënten in deze groep wordt geen fysieke fixatie toegepast. Bovendien wordt deze CAP niet geactiveerd bij comateuze cliënten en cliënten met quadriplegie – hun toestand vereist sowieso specifieke stoelen en ondersteuningsapparaten.

### III RICHTLIJNEN

**Eerste beschouwingen vóór tijdelijke toepassing van fysieke fixatie.** Er zijn een beperkt aantal noodsituaties waar fysieke fixatie tijdelijk niet vermeden kan worden, bijvoorbeeld om geweld tegenover anderen, tegenover zichzelf of zelfmoord te verhinderen, of om de voortzetting van een medische behandeling mogelijk te maken. Van zodra de kritieke fase voorbij is, moet geëvalueerd worden of de fysieke fixatie niet verwijderd kan worden en moet de cliënt doorverwezen worden voor een behandeling zoals die hieronder beschreven staat.

**T** *Wanneer fysieke fixatie in andere situaties overwogen wordt, beoordeel dan eerst heel grondig of fixatievrije zorgmethodes niet zouden kunnen volstaan.* Volgende zaken moeten in beschouwing genomen worden:

- **Het neerzitten:** Heeft de cliënt een andere en betere stoel nodig? Vaak worden fixaties onterecht als toestellen ter verbetering van de lichaamshouding gebruikt.
  - Overweeg om een therapeut te laten vaststellen welk soort stoel het meest geschikt zou zijn gezien de fysieke toestand van de cliënt.
  - Gebruik een rolstoel uitsluitend als transportmiddel – Als een rolstoel enkel en alleen als transportmiddel gebruikt wordt, stimuleer de cliënt dan om overdag ook in andere stoelen plaats te nemen. Uiteraard is dat niet noodzakelijk van toepassing op cliënten die een gepersonaliseerde rolstoel hebben (bv. stoel met verstelbare of op maat gemaakte rugleuning). Een dergelijke rolstoel is voor de cliënt vaak een veel comfortabelere optie dan standaard meubilair. Zorg ervoor dat de cliënt toegang heeft tot verschillende soorten stoelen, zodat hij of zij eens van houding en misschien ook van omgeving kan veranderen.
- **Bewegen, verplaatsen en positioneren:** Welke dagelijkse routine volgt de cliënt? Dit overzicht kan aantonen hoe de huidige woonomgeving van de cliënt gepersonaliseerd kan

worden om het risico op valincidenten te beperken. Het is aangeraden de woonomgeving van de nodige hulpmiddelen te voorzien, zodat de cliënt zich niet zonder hulp hoeft te verplaatsen of te bewegen. Bij gefixeerde cliënten kan nagegaan worden op welke tijdstippen van de dag of nacht fixatievrije interventies het risico op negatieve outcomes kan verminderen.

- Op welke tijdstippen komt de cliënt gewoonlijk uit bed, gebruikt hij of zij het toilet, neemt hij of zij deel aan activiteiten, eet hij of zij, rust hij of zij in bed of gaat hij of zij slapen?
- Is het voor de cliënt mogelijk om tijdens maaltijden en activiteiten of op andere momenten van lichaamshouding te veranderen?
- Gebruikt de cliënt geschikte hulpmiddelen (wandelstok, looprek) ter bevordering van zijn of haar mobiliteit? Wordt er op toegezien dat de cliënt de hulpmiddelen op een correcte manier gebruikt?
- Heeft de cliënt geschikt, ondersteunend, niet-slippend en passend schoeisel?

**T** *Ga bij cliënten die reeds gefixeerd worden na waarom dat het geval is.* Als u, na dit overzicht te hebben gelezen, beslist om de fysieke fixatie tijdelijk te blijven toepassen, dan moeten de volgende zaken in het zorgplan van de cliënt opgenomen worden:

- De gedetailleerde beweegredenen voor het gebruik van fysieke fixatie;
- De specifieke tijdstippen waarop de fysieke fixatie toegepast wordt en een vaste regeling om de toestand van de gefixeerde cliënt te controleren. Zo'n schema stelt vast hoe vaak per uur en per dag de cliënt gecontroleerd moet worden. Het kan bijvoorbeeld zijn dat hij of zij tijdens de eerste twee dagen elke vijftien minuten en tijdens de volgende vijf dagen elk uur gecontroleerd moet worden;
- Controleer hoe de cliënt fysiek en emotioneel op de fixatie reageert (vb. herbeoordeel agitatie, het schreeuwen, het trekken aan het materiaal en het huilen);
- De toestemming van de cliënt (of van een gevolmachtigde (Proxy consent)) om fysieke fixatie toe te passen;
- Een systematisch plan waarin maatregelen beschreven staan om de fysieke fixatie te stoppen van zodra dat mogelijk is. Leg vast tegen welke datum de fixatie verwijderd moet zijn. Als die datum overschreden is, herevalueer dan de nood aan fysieke fixatie en documenteer de redenen waarom de fixatie niet tegen de vooropgestelde datum verwijderd was.

## **Beschouwingen na toepassing van fysieke fixatie**

**T** *Wordt de cliënt gefixeerd omwille van een voorgeschiedenis van valincidenten? [Consulteer de valincidenten-CAP voor een meer gedetailleerde bespreking van valincidenten].* Er zijn twee belangrijke zaken die gedaan moeten worden: 1) stel een lijst op met aandoeningen die bij de cliënt tot een verhoogd risico op valincidenten kunnen leiden; en 2) werk voor elke aandoening alternatieve zorgmethodes uit. Fysieke fixatie is NOOIT een goede manier om die aandoeningen te behandelen. Wat volgt is een lijst met veel

voorkomende aandoeningen die om een fixatievrije aanpak vragen.

- ❑ Verhoogde klinische risicofactoren die doen vermoeden dat een eventueel valincident tot ernstige verwondingen kan leiden – bijvoorbeeld, osteoporose, anticoagulatetherapieën (bv. cumarine, heparine, aspirine), een recente heupbreuk en een recent voorval van syncope.
- ❑ Functionele aandoeningen die doen vermoeden dat een valincident ernstigere verwondingen tot gevolg zou kunnen hebben – bijvoorbeeld, ernstige visuele beperkingen of de aanwezigheid van een serieuze beperking in ADL-activiteiten die betrekking hebben op (voort)beweging (bv. verplaatsing, beweging, wandelen).
  - Zou de cliënt baat hebben bij een lichaamsbewegings- of rehabilitatieprogramma ter verbetering van de onderliggende aandoeningen? Voorbeelden zijn: krachttraining om de spiertonus te verhogen; aerobics om het cardiovasculaire uithoudingsvermogen te verbeteren; loop- en evenwichtsoefeningen om een beter evenwicht te verkrijgen.

**T *Wordt de cliënt gefixeerd omwille van een voorgeschiedenis van ruimtelijke desoriëntatie?***

In geval van desoriëntatie is fysieke fixatie maar zelden aangewezen, en wanneer dat toch het geval is dan wordt het meestal maar gedurende enkele minuten toegepast. Tegenwoordig bestaan er veel technieken en toestellen om desoriëntatie aan te pakken. Zo kan de cliënt een armband dragen die via een signaal automatisch de deur sluit die door hem of haar benaderd wordt. Armbanden kunnen ook door de cliënt gedragen worden voor automatische identificatie. Gangen zonder een uitgang naar buiten die cirkelvormig lopen, laten de cliënt toe te wandelen zonder dat hij of zij het gebouw kan verlaten. Zie de gedrag-CAP voor meer details over het behandelen van cliënten met desoriëntatieproblemen.

- ❑ Vertoont de cliënt ruimtelijke oriëntatieproblemen t.g.v. een *abnormale cognitieve status* (bv. achteruitgang van het kortetermijngeheugen, achteruitgang van de cognitieve vaardigheden voor besluitvorming, wisselende geestegesteldheid tijdens de loop van de dag). Beoordeel en behandel omkeerbare cognitieve problemen [zie delier-CAP, cognitieverlies-CAP].
- ❑ Is de cliënt *in staat zichzelf begrijpbaar te maken en anderen te begrijpen*? Let op de helderheid waarmee de cliënt spreekt en op zijn of haar bekwaamheid om aanwijzingen te geven en instructies en conversaties te volgen. Gebruik indien nodig verschillende vormen van communicatie (bv. aanbrengen van aanwijzingen op de muur zodat de cliënt niet verloren loopt) [zie communicatie-CAP].
- ❑ Bepaal of doelgerichte activiteiten, zoals een wandelprogramma, beantwoorden aan de behoefte van de cliënt om zich te bewegen.
- ❑ Bepaal of de *oriëntatieproblemen* of *gedragsstoornissen* zich volgens bepaalde patronen voordoen. Wat drijft de cliënt? Hou in het oog op welke tijdstippen van de dag de cliënt gaat ronddwalen en probeer een routine op te bouwen. Hou rekening met de vroegere routine van de cliënt om zo te achterhalen wat hij of zij eventueel tracht te bereiken.
- ❑ Bepaal of de *oriëntatieproblemen* of *gedragsstoornissen* een neveneffect van bepaalde medicatie zijn [zie gedrag-CAP].
- ❑ Is de cliënt pas onlangs in zijn of haar huidige woonplaats ingetrokken? Heeft de cliënt last van *gevoelens van verlies* of *angst voor het onbekende*? De behandelingsmethode die u volgt

moet strategieën bevatten die ervoor zorgen dat de cliënt zich veilig, comfortabel en geborgen voelt.

**T *Wordt de cliënt gefixeerd omwille van geagiteerd of agressief gedrag (zowel verbaal als fysiek)? [Raadpleeg de gedrag-CAP voor meer gedetailleerde informatie omtrent de behandeling van gedragsstoornissen.]***

- Werd bij de cliënt eerder al eens een psychiatrische diagnose gesteld? Bekijk het medicatiegebruik van de cliënt om u ervan te vergewissen dat hij of zij de juiste medicatie neemt om geestelijke gezondheidsproblemen zoals psychose of manie te behandelen.
- Bepaal of het gedrag van de cliënt het gevolg is van een onvervulde behoefte op een ander gebied (bv. pijn/ongemak, vermoeidheid, honger, dorst, angst, behoefte om naar het toilet te gaan, verveling, te veel aanmoediging, behoefte om te bewegen) en pas alternatieve behandelingsmethodes toe om aan die behoefte(s) te voldoen.
- Vertoont de cliënt nieuw agressief gedrag? Een acute medische aandoening kan leiden tot delier of een acute psychotische aandoening die met gedragsverandering gepaard gaat. In dergelijke gevallen moet de arts meteen op de hoogte gebracht worden [zie delier-CAP].
- Identificeer en elimineer alle factoren in de omgeving van de cliënt die tot agressief gedrag zouden kunnen leiden en pas het behandelingsschema aan om aan de individuele behoeften van de cliënt tegemoet te komen. Volgende behandelingsmethoden kunnen als voorbeeld dienen:
  - Laat de cliënt zelf beslissen wanneer hij of zij 's morgens wil opstaan of gewassen wil worden.
  - Heroriënteer de cliënt op een kalme, eenvoudige, duidelijke en geruststellende manier en zorg ervoor dat er zich in de nabije omgeving van de cliënt geen andere mensen of andere hindernissen bevinden. Laat de cliënt zijn of haar emoties op een rustige manier uiten.
  - Zorg ervoor dat er, wanneer de cliënt dat tenminste toelaat, slechts één zorgverlener tussenbeide komt. Het kan gebeuren dat een ronddwalende, geagiteerde en onrustige cliënt door een personeelslid vergezeld wil worden wanneer hij of zij zijn of haar woede en frustratie verbaal uit.
  - Zorg ervoor dat u niet op een luide, krachtige en dwingende toon spreekt. Dat zou de cliënt alleen nog maar verder kunnen irriteren.
- Vertoonde de cliënt tegenover een andere persoon (*verbaal*) *agressief gedrag* omdat hij of zij daartoe uitgedaagd werd? Het is belangrijk om de factoren die tot het agressieve gedrag geleid hebben te identificeren. Zo kan immers een toepasselijk en doelgericht zorgplan opgesteld worden om agressief gedrag tegenover anderen in de toekomst te vermijden. Volgende behandelingsmethoden kunnen als voorbeeld dienen:
  - Als de cliënt de kamer van iemand anders binnengewandeld is, kan die bewoner daar heftig op gereageerd hebben, wat op zijn beurt dan weer een agressieve reactie bij de cliënt veroorzaakt kan hebben (geprovoceerd gedrag). Om misplaatst gedrag te vermijden, is het soms nodig om bepaalde mensen uit elkaar te houden.
  - Als het agressieve gedrag niet door anderen uitgedaagd werd, verwijst de cliënt dan

onmiddellijk naar een arts door en tref veiligheidsmaatregelen ter bescherming van het personeel en andere mensen.

- Benader de cliënt op een kalme en rustgevende manier. Een persoon neemt namelijk vaak het gedrag over van degenen in zijn of haar nabije omgeving.
- Neem de fysieke omgeving in acht en stel vast of te veel of te weinig aanmoediging een factor kan zijn die de agressieve uitbarstingen beïnvloedt. Geschikte interventies kunnen onder andere zijn: slaap- en eettijden aanpassen, individuele activiteiten voorzien, variatie in het huidige activiteitenprogramma aanbrengen, medicatie aanpassen, cliënt voor een medische of psychiatrische tussenkomst doorverwijzen.
- Tref maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening te bevorderen (bv. primary nursing). Is één verzorgende gedurende lange tijd aan één cliënt toegewezen om zo vertrouwd te raken met zijn of haar individuele sterktes, voorkeuren, behoeften en idiosyncrasieën? Een vertrouwelijke band met een vaste zorgverlener kan ervoor zorgen dat agressief gedrag minder vaak of misschien zelfs helemaal niet meer voorkomt.

**T *Wordt de cliënt gefixeerd omdat hij of zij essentiële medische apparaten probeert uit te trekken (bv. intraveneus katheter, tracheacanule)?***

- Wat wil de cliënt kenbaar maken door medische apparaten uit te trekken? Is het mogelijk dat de cliënt een lokale pijn voelt op de plaats waar het katheter aangebracht is? Heeft de cliënt vooraf expliciet gevraagd geen katheter aan te brengen? Probeert de cliënt zijn of haar uitdrukkelijke verlangens duidelijk te maken? Herbekijk met de cliënt, de familie en het verzorgingsteam de zorgdoelen en de verlangens van de cliënt omtrent zijn of haar behandeling.
- Kan de familie tijd met de cliënt doorbrengen om hem of haar op te beuren en te kalmeren en om erop te waken dat hij of zij geen medische apparaten loswrikt?
- Wanneer een bepaald soort apparaat absoluut noodzakelijk is en dus zeker niet uitgetrokken mag worden, kunnen de volgende maatregelen getroffen worden:
  - Zorg ervoor dat de cliënt een shirt met lange mouwen draagt, zodat de katheters in zijn of haar arm bedekt zijn.
  - Trek de cliënt een lange broek aan en voorzie een beenzak, zodat de cliënt niet de neiging heeft om constant aan de katheters in zijn of haar been te trekken.
  - Zorg ervoor dat de cliënt een shirt met col draagt, zodat ook katheters onder het sleutelbeen bedekt zijn.
  - Geef de cliënt een voorwerp dat hij of zij in zijn of haar handen kan houden (bv. stressbal, paternoster, boek, elk ander persoonlijk voorwerp dat klein genoeg is om vast te houden).
  - Nodig de cliënt uit tot het bijwonen van interessante activiteiten, en dan vooral activiteiten die de cliënt actief betrokken houden.
  - Regel een oppas of een video monitoring.
- Als het om een tijdelijke behandeling gaat die absoluut noodzakelijk is om een bepaalde acute ziekte te behandelen (bv. intraveneuze antibiotica om een longontsteking te

behandelen) en als de bovenvermelde alternatieven geen uitweg bieden, overweeg dan de minst restrictieve vorm van fysieke fixatie, volg de cliënt heel strikt op en stel een plan op om de fixatie zo snel mogelijk te verwijderen.

## AANVULLENDE BRONNEN

Everyone Wins! Quality Care Without Restraints. The Independent Production Fund, in association with Toby Levine Communications, Inc., New York, New York, 1995.

**Tideiksaar, Rein, PA-C, Ph.D.** Preventing Falls, Avoiding Restraints. Untie the Elderly newsletter. September, 1998, 10(2).

Untie the Elderly, The Kendal Corporation, PO Box 100, Kennett Square, PA 19348.  
[www.ute.kendal.org](http://www.ute.kendal.org)

**Williams, C.C., Burger, S.G., Murphy, K.** (1997). Restraint Reduction. In (Eds): Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K., Belleville-Taylor, P. Quality Care in the Nursing Home. Maryland: Mosby Lifeline.

### AUTEURS

Beryl D. Goldman, PhD, RN  
Neil Beresin, MEd, BA  
Janet Davis, BA, ACC  
Harriet Finne-Soveri, MD, PhD  
Brant Fries, PhD  
John P. Hirdes, PhD  
Karen Russell, LPN  
Sara Wright, MSN, GNP  
Katharine Murphy, PhD, RN  
John N. Morris, PhD, MSW  
R. Knight Steel, MD

