

## **Fysieke fixatie**

### **Clinical Assessment Protocol (CAP) = 1**

De informatie over deze CAP-code wordt opgesplitst in drie delen:

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 1 bij de Fysieke fixatie-CAP.
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens dienen ondernomen te worden (overzichtsschema en uitwerking per stap).

Deze informatie print u best in zijn geheel uit. De mogelijkheid bestaat om bijkomende literatuur te raadplegen.

## I Betekenis

De **Fysieke fixatie-CAP** wordt geactiveerd met code 1. Dit betekent dat de bewegingsvrijheid van deze cliënt op het moment van beoordeling beperkt werd door fixatiemateriaal, zoals een heupgordel, pols- en/of enkelbanden of een stoel die het recht opstaan of het vrij bewegen onmogelijk maakt.

Deze CAP maakt een onderscheid tussen 2 typen gefixeerde cliënten op basis van hun ADL-status. Tot de ene subgroep behoren gefixeerde cliënten die nog weinig ADL-zelfstandigheid bezitten (activering CAP code 1), terwijl de andere subgroep gefixeerde cliënten includeert die nog behoorlijk zelfstandig zijn in het uitvoeren van ADL-activiteiten (activering CAP code 2).

Wanneer de CAP geactiveerd wordt met code 1, wordt gevraagd het **fixatiemateriaal te verwijderen bij een cliënt die zelf (bijna) niet meer in staat is “middle loss” of “early loss” ADL-activiteiten uit te voeren** (vb. persoonlijke hygiëne, zich aankleden en wandelen). Personen in deze subgroep zullen eerder een geschiedenis van valincidenten en gedragproblemen vertonen dan personen in de niet-geactiveerde groep (zonder fixatie). Ongeveer 70 % van deze cliënten vertonen een ernstig cognitief verlies en een gelijkaardig percentage is niet meer in staat te wandelen of een rolstoel te gebruiken. Ongeveer 40% kan niet meer zelfstandig rechtop zitten, 25% ervaart gezichtsstoornissen of heeft problemen om anderen te begrijpen, en 15% krijgt sondevoeding. Via een effectief fixatiarm beleid kunnen bijna al deze cliënten fixatievrij blijven.

### **Aandacht:**

Deze CAP is van *toepassing op cliënten in een RVT of een postacute zorginstelling, NIET op zelfstandig wonende cliënten die thuiszorg ontvangen.*

Bij activering van de Fysieke fixatie-CAP, worden dezelfde richtlijnen (III richtlijnen) gebruikt voor zowel code 1 als code 2.

## II Probleemstelling

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).

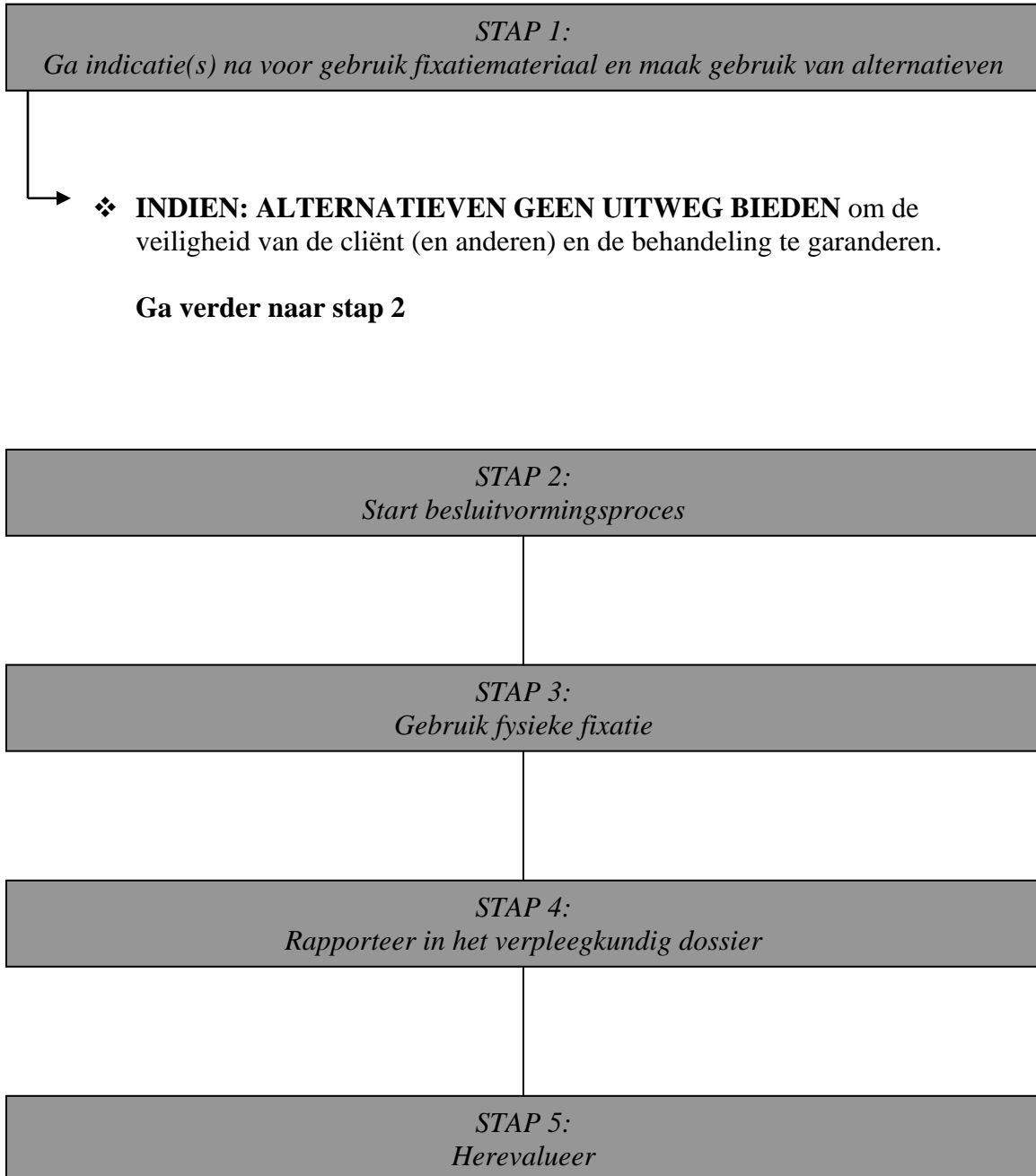
Fysieke fixatie wordt geassocieerd met negatieve fysieke en psychosociale outcomes, waardoor het maar zelden geïndiceerd is en enkel tijdelijk en op korte termijn zou mogen toegepast worden. De fysieke risico's verbonden aan het gebruik van fixatiemateriaal kunnen zijn: verlies aan spiermassa, contracturen, 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.

### III Richtlijnen

#### Overzichtsschema



## Stappenplan

### STAP 1:

*Ga indicatie(s) na voor gebruik fixatiemateriaal en maak gebruik van alternatieven*

- Deze eerste stap is een **belangrijke stap**, aangezien **fysieke fixatiemiddelen** op medisch, sociaal, juridisch en deontologisch vlak **middelen van laatste keuze** zijn. Bovendien dient er bij het gebruik van fixatiemateriaal rekening te worden gehouden met de **wet betreffende de rechten van de cliënt** (22/08/2002), die stelt dat voor elke interventie bij een meerderjarige de voorafgaandelijke en vrije toestemming vereist is van de geïnformeerde beslissingsbekwame cliënt. Er zijn maar een **beperkt aantal situaties** waarbij fysieke fixatie tijdelijk niet vermeden kan worden en dus ‘minst slechte oplossingen’ zijn. Dit is het geval wanneer geweld tegenover zichzelf of anderen op geen enkele andere manier kan worden verhinderd en een voortzetting van een behandeling op geen enkele andere manier kan gegarandeerd worden. Dit betekent dat het gebruik van fysieke fixatie **altijd** moet **overwogen** worden.
- **Vaak** wordt fysieke fixatie voor heel wat **andere, foute indicaties** toegepast, zonder een goede evaluatie van het probleem:
  - Voorgeschiedenis van vallen
  - Oriëntatieproblemen
  - Gedragsproblemen
  - Lage personeelsbezetting
  - Routinegedrag
  - ...
- Ga daarom eerst na waarom deze cliënt gefixeerd is en werk per indicatie maatregelen uit die het gebruik van fysieke fixatie kunnen vermijden.
- Veelvoorkomende (**foute**) **indicaties** en **mogelijke alternatieven**:
  1. **Fixatie omwille van voorgeschiedenis van vallen?**
    - Onderzoek toont aan dat fysieke fixatie niet effectief is in het voorkomen van valincidenten of verwondingen. Gefixeerde ouderen hebben daarentegen een hoger risico op kneuzingen, hematomen en ernstige lichamelijke verwondingen.
    - Ga de reden(en) voor het verhoogd risico op valincidenten bij de cliënt na (zie ook Vallen-CAP). Stel hiervoor een lijst op met condities die bij de cliënt tot een verhoogd risico kunnen leiden en werk voor elk van deze condities alternatieve zorgmethodes uit.

- **Conditie die om een fixatievrije aanpak vragen:**
  - Aanwezigheid van factoren die doen vermoeden dat een valincident tot ernstige verwondingen kan leiden: osteoporose, gebruik anticoagulantia (cumarine, heparine, aspirine), recente heupbreuk, recente syncope.
  - Aanwezigheid van functionele aandoeningen die doen vermoeden dat een valincident ernstige verwondingen tot gevolg zou kunnen hebben: ernstige visuele beperkingen, ernstige beperkingen in de ADL (m.b.t. verplaatsing, beweging, wandelen)
  
- **Alternatieve maatregelen fixatie:**
  - Verbeter onderliggende aandoeningen via krachttrainingen (verbetering spiertonus), aerobics (verbetering cardiovasculair uithoudingsvermogen), loop- en evenwichtsoefeningen (verbetering evenwicht)
  - Voorzie woonomgeving van nodige hulpmiddelen (cliënt hoeft zich dan niet ongeassisteerd te verplaatsen)
  - Voorzie aangepaste loophulpmiddelen (wandelstok, loophek) en training in correct gebruik
  - Voorzie vast en niet-slappend schoeisel
  - Zet bed in laagste stand
  - Gebruik heupbeschermers (CAVE: heupbeschermers zijn alleen aangewezen indien goede therapietrouw kan gewaarborgd worden)
  - Installeer cliënt in nabijheid en zicht verpleegstation
  - Ga correct gebruik bril na
  - ...

## **2. Fixatie omwille van desoriëntatie?**

- Fysieke fixatie is niet aangewezen in geval van desoriëntatie. Observeer het gedrag van de cliënt en rapporteer, zodat een oorzaak voor het probleem kan worden gevonden. Neem contact op met de arts voor diagnosestelling en behandeling. Bij behandeling van het onderliggende probleem kan fixatie worden vermeden.
  
- Bepaal of de oriëntatieproblemen zich volgens een bepaald patroon voordoen.
  - Op welke tijdstippen van de dag gaat de cliënt ronddwalen?
  - Hou rekening met de vroegere routine van de cliënt om te achterhalen wat hij/zij eventueel tracht te bereiken.
  
- Bepaal of de oriëntatieproblemen een neveneffect zijn van bepaalde medicatie

- Ga na of de cliënt last heeft van gevoelens van verlies of angst voor het onbekende. Dit is van belang voor de behandelingsmethode. Deze moet hierbij strategieën bevatten die ervoor zorgen dat de cliënt zich veilig, comfortabel en geborgen voelt.
- Ga na of de cliënt omkeerbare cognitieve problemen heeft (zie Delirium-CAP) en behandel adequaat. Pas ondersteunende maatregelen toe:
  - Gebruik vertrouwde voorwerpen (klok, foto's vertrouwenspersoon, gekende krant),
  - Ga correct gebruik van bril en gehoorapparaat na,
  - Oriënteer de cliënt regelmatig in tijd – plaats – persoon
- Alternatieve maatregelen fixatie:
  - Verhoog toezicht door inschakeling familie/vrijwilligers
  - Installeer cliënt in nabijheid en in het zicht van de verpleegpost
  - Doe een armband aan bij de cliënt die automatisch de deur sluit die door hem benaderd wordt
  - Gebruik indien nodig verschillende vormen van communicatie, vb. aanbrengen aanwijzingen op de muur zodat de cliënt niet verloren loopt
  - ...

### 3. *Fixatie omwille van geagiteerd of agressief gedrag?*

- Fysieke fixatie is niet effectief in de behandeling van onrust (medicamenteuze aanpak zie Delirium-CAP). Integendeel, de onrust, angst en agressie nemen hierdoor meestal toe.
- Observeer, analyseer het gedrag van de cliënt en rapporteer. Zo kan men nagaan of het vertoonde gedrag kan worden begrepen en of er een oorzaak kan worden gevonden. Het behandelen van het onderliggende probleem en het tegemoetkomen aan de noden van de cliënt kan fixatie vermijden. Neem hiervoor eventueel contact op met de arts.
  - Ga na of bij de cliënt een psychiatrische diagnose werd gesteld?
    - Bekijk het medicatieschema van de cliënt. Neemt hij/zij (de juiste) medicatie om psychose of manie te behandelen? Contacteer de arts.
  - Ga na of het gedrag van de cliënt het gevolg is van een recentelijk plots opgedoken aandoening. Contacteer de arts.

- Ga na of het gedrag van de cliënt het gevolg is van een onvervulde behoefte (pijn/ongemak, vermoeidheid, honger, dorst, angst, verveling,...). Dit is van belang voor de behandelingsmethode. Deze moet aan die behoefte(n) voldoen.
- Ga na of het gedrag van de cliënt veroorzaakt werd door uitdagend gedrag gesteld door een andere cliënt.
- Alternatieve maatregelen fixatie:
  - Identificeer en elimineer alle factoren in de omgeving van de cliënt die agressief gedrag kunnen uitlokken. Pas het behandelingschema aan zijn individuele behoeften aan.
  - Benader de cliënt op een kalme, rustige manier. Een persoon neemt vaak het gedrag over van diegenen in zijn nabije omgeving.
  - Spreek niet op een luide, krachtige en dwingende toon. Dit kan de cliënt alleen nog maar verder irriteren.
  - Zorg ervoor dat er maar één zorgverlener tussenbeide komt.
  - Heroriënteer de cliënt op een kalme, eenvoudige, duidelijke en geruststellende manier. Laat de cliënt zijn of haar emoties op een rustige manier uiten.
  - Blijf uit de buurt van een fysiek agressieve cliënt en geef hem voldoende ruimte. Zo zal hij zich minder gevangen voelen. Zorg ervoor dat niemand anders in de buurt van de cliënt komt. Van zodra de situatie weer veilig is, benader hem op een kalme en geruststellende manier.
  - Neem contact op met arts wanneer agressief gedrag niet door anderen werd uitgedaagd. Tref maatregelen ter bescherming van het personeel en anderen.
  - Hou bepaalde mensen uit elkaar om misplaatst gedrag te vermijden.
  - Tref maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening te bevorderen.

**4. Fixatie omwille van kans op uittrekken van blaassondes, maagsondes, PEG - sondes, ...?**

- Best wordt eerst nagegaan wat de cliënt kenbaar wil maken door



medische apparatuur uit te trekken.

- Alternatieve maatregelen fixatie:
  - Bij blaassonde: trek de cliënt een lange broek aan en voorzie een beenzak zodat de cliënt niet de neiging heeft om aan de sonde te trekken.
  - Bij infuustherapie: trek de cliënt een hemd met lange mouwen aan zodat eventuele katheters bedekt zijn.
  - Geef de cliënt een voorwerp dat hij in zijn hand kan houden.
  - Ga na of de familie tijd met de cliënt kan doorbrengen om hem te kalmeren en om te bewaken dat hij geen medische apparatuur uittrekt.
  - Leg zo mogelijk de nood van de behandeling aan de cliënt uit.

❖ **INDIEN: ALTERNATIEVEN GEEN UITWEG BIEDEN** om de veiligheid van de cliënt (en anderen) en de behandeling te garanderen.

**Ga verder naar stap 2**

*STAP 2:  
Start besluitvormingsproces\**

- De **beslissing** om tot het gebruik van fysieke fixatie over te gaan dient altijd **goed overwogen** te worden, zodat een ethisch, medisch en juridisch juiste en verantwoorde keuze wordt gemaakt. Bij voorkeur gebeurt dit in team samen met de cliënt en/of zijn familie.
- In deze stap dient rekening te worden gehouden met de **wet betreffende de rechten van de cliënt** van 22/8/2002 (Belgisch Staatsblad 29/9/2002). Deze stelt dat voor elke interventie bij een meerderjarige de voorafgaandelijke en vrije toestemming vereist is van de geïnformeerde, beslissingsbekwame cliënt (art. 8 §1).

- Vooreerst dient er een **onderscheid** gemaakt te worden tussen **urgente en niet-urgente situaties**, aangezien het besluitvormingsproces\* in beide situaties verschilt. Ga na in welke situatie u zich bevindt.
  - **Besluitvorming fysieke fixatie in URGENTE situaties?**
    - In deze situaties kan fysieke fixatie aangewend worden om medisch geïndiceerde redenen, in levensbedreigende situaties.
    - Volgens de wet handelt elke hulpverlener dan **onverwijld**, maar beperkt zich tot de **onmiddellijk noodzakelijke tussenkomsten in het belang van de gezondheid en de veiligheid van de cliënt en/of anderen**.
    - In zeer acute situaties dient elke hulpverlener (die zelf geen verpleegkundige of arts is) te overleggen met een **verpleegkundige** omtrent het besluit tot fixatie. Deze verpleegkundige **beslist** dan **autonoom** om al dan niet over te gaan tot fixeren. **Contacteer** de **arts** zo snel mogelijk in geval van fixatie voor een evaluatie aan bed van de cliënt.
    - **Informe**er de **familie** over de reden van fixatie. Voorzie indien nodig begeleiding en ondersteuning.
    - Belangrijk
      - Documenteer het beslissingsproces steeds in het cliëntendossier (art. 15 §3 van de wet op de cliëntenrechten verplicht een schriftelijke motivering).
  - **Besluitvorming fysieke fixatie in NIET – URGENTE situaties?**
    - In deze situaties mag fysieke fixatie enkel worden gebruikt indien de veiligheid op geen enkele andere manier kan worden gegarandeerd of indien het gedrag op geen enkele andere manier kan worden beheerst.
    - Men dient hierbij een onderscheid te maken tussen twee soorten cliënten, nl. de **beslissingsonbekwame** en de **beslissingsbekwame cliënt**. Met dit onderscheid dient rekening te worden gehouden. Ga daarom na tot welke groep de betreffende cliënt behoort.
      1. **De beslissingsonbekwame cliënt (door arts vast te stellen)**
        - *Wie?*
          - Deze cliënt is op het ogenblik van evaluatie, mentaal en/of

---

\* Op basis van UZ Leuven richtlijnen

fysiek niet in staat om:

- ✓ De verstrekte informatie te begrijpen of
- ✓ Inzicht te verwerven in de aard van de situatie of
- ✓ Inzicht te verwerven in de gevolgen van zijn besluit

○ *Wat doen volgens de wet betreffende de rechten van de cliënt?*

- Op dat moment moet men voor de beslissing terugvallen op respectievelijk:

- ✓ Een voorafgaande wilsverklaring
- ✓ Een door de cliënt zelf (op voorhand) benoemde vertegenwoordiger of
- ✓ Een wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt; in wettelijk bepaalde hiërarchische volgorde:

- (1) de samenwonende echtgenoot, de wettelijk of feitelijk samenwonende partner
- (2) een meerderjarig kind
- (3) een ouder
- (4) een meerderjarige broer of zus

○ *In praktijk?*

- Zelden is er een voorafgaandelijke wilsverklaring voorhanden. Betrek daarom de vertegenwoordiger (meestal familie), in de mate van het mogelijke, rechtstreeks in het zorg- en beslissingsproces.
- Informeer de familie over de voor- en nadelen van fixatie
- Voer een open communicatie met de familie, zodat rekening kan gehouden worden met hun visie en perceptie.
- De familie zal door deze proactieve betrokkenheid waarschijnlijk minder vlug klacht indienen wanneer er zich in het kader van het fixeren of niet fixeren een ongeval of ander probleem zou voordoen.

○ *Uitzondering op voorafgaand algemeen principe*

- De verpleegkundige of arts behartigt de belangen van de beslissingsonbekwame cliënt telkens wanneer er:
  - ✓ Geen voorafgaande wilsverklaring is
  - ✓ Geen door de cliënt zelf benoemde vertegenwoordiger is (of deze niet bereid is)
  - ✓ Geen wettelijke vertegenwoordiger is (of deze niet bereid is)
  - ✓ Een geval van conflict ontstaat tussen wettelijke

vertegenwoordigers van dezelfde rang

- ✓ Een wettelijke vertegenwoordiger een beslissing neemt die een bedreiging van het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de cliënt inhoudt.

- *Belangrijk*

- Documenteer het beslissingsproces steeds in het cliëntendossier (art. 15 §3 van de wet op de cliëntenrechten verplicht een schriftelijke motivering).

## 2. De beslissingsbekwame cliënt

- In deze situatie is de toestemming van de cliënt vereist alvorens over te gaan tot fysieke fixatie.
- Overleg bij weigering als hulpverlener (als je zelf geen verpleegkundige of arts bent) altijd en onmiddellijk met de arts of verpleegkundige.
- Informeer de cliënt maximaal over de verschillende keuzemogelijkheden en gevolgen van fixeren en niet-fixeren
- Bij blijvende weigering, gebruik geen fixatie en noteer beslissing in verpleegdossier.

### STAP 3: Gebruik fysieke fixatie

- Bij het gebruik van fysieke fixatie dienen altijd **eerst de minst restrictieve maatregelen** te worden uitgetoet. De aandacht moet hierbij eveneens gaan naar de uitvoering van een aantal **begeleidende maatregelen**, dit om complicaties te vermijden.
- **Welke begeleidende maatregelen?**
  - Controleer of het materiaal veilig is toegepast: vb. niet-knellende fixatie, oppassen voor knellende kleding of juwelen, maar ook niet te losse fixatie zodat de cliënt zich kan bevrijden met kans op letsels
  - Controleer of het materiaal correct is toegepast: volgens gebruiksaanwijzingen van de firma. Geen improvisatie!
  - Controleer hoe de cliënt fysiek en emotioneel op fixatie reageert en voorzie ondersteuning en begeleiding

- Zorg voor een maximale bescherming van de privacy
- Zorg voor een maximaal comfort (zowel lichamelijk als psychosociaal)
- Zorg voor regelmatig toezicht en controle van:
  - De vitale parameters
  - Beweging, gevoel, bloeddorstroming/pulsaties t.h.v. de fixatie
  - Persoonlijke behoeften (toiletbezoek, voeding, vocht)
  - Het fixatiemateriaal (gepast materiaal?)
- Zorg voor een regelmatige onderbreking van de fysieke fixatie (vb. wanneer familie aanwezig is)
- Vraag aan de familie of het mogelijk is een geruststellende aanwezigheid bij de cliënt te voorzien

#### STAP 4:

#### *Rapporteer in het verpleegkundig dossier*

- In het verpleegkundig dossier dient een verslag gemaakt te worden waarin een aantal punten worden opgenomen:
  - Een motivering voor het gebruik van fysieke fixatie
  - Het tijdstip van fixatie, controle en herevaluatie
  - Het gebruikte type fixatiemateriaal
  - Naam en overleg met alle betrokkenen

#### STAP 5:

#### *Herevalueer*

- Het **gebruik van fysieke fixatie** dient in principe **zo kort mogelijk** gehouden te worden. Bijgevolg moet **van zodra de kritieke fase voorbij is, geëvalueerd** worden of de fysieke fixatie **opgeheven** kan worden.
- **Herevalueer** op regelmatige tijdstippen. Dit dient te gebeuren door een verpleegkundige en wordt in team besproken.
- De **beslissing** tot het al dan niet beëindigen van fysieke fixatie wordt door minstens een verpleegkundige, maar bij voorkeur in overleg met de andere teamleden genomen. **Noteer** deze beslissing in het **verpleegkundig dossier** en geef dit zo spoedig mogelijk door aan de arts. Licht ook de cliënt en zijn familie in.

- Wanneer beslist wordt om de **fysieke fixatie tijdelijk te blijven toepassen**, hou dan rekening met de **aandachtspunten in stap 3**.

## Bronnen en aanvullende literatuur

- interRAI CAP's Gebruikershandboek:
  - 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 CC, Burger SG, Murphy K. (1997) *Restraint Reduction*. In (Eds): Morris JN, Lipsitz LA, Murphy K, Belleville-Taylor P. Quality Care in the Nursing Home. Maryland: Mosby Lifeline.
- Milisen K, Vanderberghe J, Sabbe M, et al. Richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de cliënt in de UZLeuven. *Tijdschr. Voor Geneeskunde* 2006; 62 (23): 1659 – 1663.
- Gastmans C, Milisen K. Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak. *Tijdschr. Voor Geneeskunde* 2006; 62 (23): 1650 – 1658.