

*Luc Vervoort
Brugopleiding
Geriatric*

*Een fixatiereducerend beleid,
een haalbare kaart binnen
een woonzorgcentrum?*

*Bachelor in de verpleegkunde
2016-2017*

*Luc Vervoort
Brugopleiding
Geriatric*

*Een fixatiereducerend beleid,
een haalbare kaart binnen
een woonzorgcentrum?*

*Bachelor in de verpleegkunde
2016-2017*

Voorwoord

Met deze bachelorproef wordt voor mij een leerrijke periode beëindigd. De combinatie werken en studeren was een grote uitdaging. Dit was ook niet mogelijk geweest zonder de hulp van anderen. Ik maak dan ook gebruik van deze gelegenheid om hen te bedanken.

In de eerste plaats wil ik mijn partner bedanken. Zonder zijn onvoorwaardelijke steun en hulp was dit nooit mogelijk geweest. Ook wil ik vrienden en familie bedanken voor hun motiverende woorden en steun.

Verder wil ik ook mijn collega's bedanken voor hun aanmoediging, luisterend oor en voor de gekregen feedback op de bijscholingssessie.

Tot slot wil ik nog een bijzonder woord van dank richten aan mijn twee begeleiders. Aan mevrouw Wilbers E., mijn interne begeleider, voor haar professionele begeleiding aangevuld met kritische en verrijkende aanwijzingen. Alsook aan mevrouw Broeckx T., mijn externe begeleider en tevens mijn hoofdverpleegkundige, voor haar steun, begeleiding en deskundigheid. Eveneens waardeer ik het zeer dat ze gedurende de looptijd van mijn opleiding steeds rekening met me hield bij het opstellen van de uurroosters.

Samenvatting

Inleiding: Er wordt veel belang gehecht aan kwaliteitszorg in woonzorgcentra. Prevalentiecijfers tonen echter aan dat vrijheidsbeperking vaak wordt toegepast. Internationaal liggen deze cijfers tussen 15 en 66%. Deze studie schetst de problematiek van vrijheidsbeperking bij residentiële ouderen aan de hand van 5 onderzoeksvragen: (1) Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast bij ouderen in woonzorgcentra en om welke redenen? (2) Wat zijn de risico's en gevolgen van vrijheidsbeperking bij ouderen in woonzorgcentra? (3) Hoe is het gesteld met het kennisniveau van verpleegkundigen over vrijheidsbeperkende maatregelen? (4) Wat zijn alternatieven voor vrijheidsbeperking bij residentiële ouderen en hoe kan de verpleegkundige deze implementeren in het werkveld? (5) Is het afbouwen van vrijheidsbeperking bij residentiële ouderen veilig en haalbaar in de praktijk?

Methode: Een systematische literatuurstudie waarbij volgende databanken werden doorzocht: Cinahl, Pubmed, Science Direct en Springer Link. Daarnaast werd een bijscholing ontwikkeld en geïmplementeerd in het werkveld. Vervolgens werden op basis van praktijkvoorbeelden 3 casussen opgesteld en multidisciplinair besproken.

Resultaten: Verpleegkundigen fixeren ten eerste om de veiligheid te verhogen. Bilaterale bedsponden worden meestal ingezet als vrijheidsbeperkende maatregel. Een verhoogde zorgafhankelijkheid, ernstige mobiliteitsproblemen en cognitieve beperkingen zijn de belangrijkste determinanten voor vrijheidsbeperking. Verpleegkundigen gebruiken copingstrategieën om met hun morele conflicten om te gaan bij het fixeren. Ondanks hun morele conflicten beslissen verpleegkundigen vaak om wel te fixeren. Er werden mogelijke gevolgen van fysieke fixatie gerapporteerd zoals: een toenemende afhankelijkheid voor activiteiten dagelijks leven, mobiliteitsproblemen, valgerelateerde verwondingen, decubitus, incontinentie voor urine en feces, een verminderd cognitief functioneren en onrust. Onderzoek toont aan dat er kennis tekorten bij verpleegkundigen zijn op het vlak van juridische aspecten, patiëntveiligheid en beslissingsbevoegdheid. In het werkveld werden bij 3 bewoners met valrisico en/of onrust effectief alternatieven voor fysieke fixatie ingezet.

Discussie: Ondanks dat meerdere studies bevestigen dat door te fixeren het valrisico niet daalt, is valpreventie de meest vernoemde reden om te fixeren. De gevolgen van fixeren hebben ook een negatieve impact op de familie van de bewoner. In de literatuur wordt hier onvoldoende aandacht aan besteed. In het werkveld staat routinewijs gedrag een mentaliteitswijziging over fixeren in de weg.

Conclusie: Onderzoek naar het bevorderen van een fixatie-arme zorgverlening wijst het belang aan van een duidelijk beleid, scholing en ondersteuning van zorgverleners en het beschikbaar stellen van alternatieven. Fysieke fixatie afbouwen is haalbaar en veilig mits een persoonsgerichte en methodische aanpak.

Inhoud

Voorwoord

Samenvatting

1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding tot de studie	7
1.2	Probleemstelling	7
1.3	Doelstelling	8
1.4	Onderzoeksvragen	8
2	Literatuuroverzicht.....	9
2.1	Zoekstrategie	9
2.2	Resultaten	10
2.2.1	Definitie van fysieke fixatie	10
2.2.2	Prevalentie van fysieke fixatie	11
2.2.3	Vormen van fixatie	11
2.2.4	Redenen voor fysieke fixatie	12
2.2.4.1	Bewonersgebonden invloeden	13
2.2.4.2	Niet-bewonersgebonden invloeden	15
2.2.5	Kennis van verpleegkundigen over fysieke fixatie	17
2.2.6	Gevolgen voor de bewoner	18
2.2.7	Gevolgen voor de familie.....	19
2.2.8	Alternatieven voor fysieke fixatie	19
3	Methode	26
4	Praktische uitwerking	27
4.1	Bijscholing	27
4.2	Casussen.....	28
4.2.1	Casus J.	28
4.2.2	Casus M.	31
4.2.3	Casus W.....	32
4.3	Besluit casussen.....	34
5	Discussie	35
5.1	Kritische bespreking literatuur	35
5.2	Kritische bespreking praktijkgedeelte	36
6	Besluit	38
	Literatuurlijst.....	39
	Bijlage 1 Hand-out Powerpointpresentatie	

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot de studie

Om de aanleiding tot deze studie te verduidelijken, zal ik eerst bondig mijn werksituatie beschrijven. Ik ben 4 jaar als geriatisch verpleegkundige tewerkgesteld in een woonzorgcentrum (WZC). Onze afdeling is een semigesloten afdeling waar 34 bewoners verblijven en 3 kamers voorzien zijn voor kortverblijf. De populatie van ouderen die op onze afdeling verblijven hebben verschillende ouderdomsaandoeningen zoals diabetes type 2, de ziekte van Parkinson en beginnende tot gevorderde dementie.

Ons WZC voert een fixatiereducerend beleid. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden multidisciplinair besproken en de bewoner en/of de wettelijke vertegenwoordiger van de bewoner worden hierbij betrokken. Maandelijks wordt de noodzakelijkheid van de vrijheidsbeperkende maatregel geëvalueerd in een chronische situatie of dagelijks wanneer er in een acute situatie wordt gefixeerd. Dit wordt in het elektronisch zorgdossier van de bewoner genoteerd (Werkgroep Zorgaanpak, 2013).

Een probleem dat soms op de afdeling voorkomt, is dwaalgedrag bij ouderen met dementie. Onrust en dwalen worden vaak waargenomen bij ouderen met dementie die opgenomen zijn op kortverblijf. Dit gedrag kan als storend ervaren worden door andere bewoners. Zeker wanneer dit 's nachts voorkomt of wanneer er sprake is van agressie. Een ander probleem dat vaak voorkomt, zijn valincidenten bij bewoners. Wanneer er vrijheidsbeperkende maatregelen in de praktijk worden toegepast, is dat met goede bedoelingen om de veiligheid van de bewoner of medebewoners te verhogen.

Het huidige WZC zal volledig vervangen worden door een nieuwbouw. Dit project gebeurt in verschillende fasen over een periode van 4 jaar. Verwacht wordt dat de werken in het najaar van 2020 voltooid zijn. Met deze studie wil ik nagaan of alternatieven voor fixatie, wanneer het WZC gemoderniseerd zal zijn, een meerwaarde kunnen zijn om een kwaliteitsvolle zorgverlening te bevorderen.

1.2 Probleemstelling

Kwaliteitszorg en kwaliteit van leven zijn thema's waaraan veel belang wordt gehecht in de zorg voor ouderen (Goeminne, De Ridder & Liégeois, 2003). Toch worden er zowel in ziekenhuizen als in woonzorgcentra nog vaak fixatiemiddelen ingezet (Heinze, Dassen & Grittner, 2012). Prevalentiecijfers van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn hoog in de verpleeghuizen en liggen internationaal tussen 15 en 66% (Hamers, Gulpers, Bleijlevens, Capezuti & van Rossum, 2013). Deze literatuurstudie is specifiek gericht naar fysieke fixatie bij ouderen in woonzorgcentra of verpleeghuizen. Volgens Hofmann en Hahn (2014)

worden ouderen met cognitieve beperkingen zoals dementie en delirium het meest gefixeerd (48%). Uit de onderzochte literatuur blijkt dat zorgverleners fixatiemiddelen vaak inzetten om de veiligheid van de oudere te verhogen, bijvoorbeeld als valpreventie (Schim van der Loeff-van Veen, 2012). Echter heeft fysieke fixatie een negatieve invloed op de gezondheid van ouderen op zowel fysiek als op psychisch vlak. Zorgverleners onderschatten de negatieve gevolgen van fixeren of zijn zich er niet van bewust (Hofmann & Hahn, 2014; Schim van der Loeff-van Veen, 2012).

1.3 Doelstelling

Ik hoop met een bijscholing de bewustwording over de negatieve gevolgen van vrijheidsbeperking in het team te verhogen. Verder wil ik alternatieven voor vrijheidsbeperking voorstellen om naar de toekomst toe een meer fixatie-arme zorgverlening te bevorderen. Het uiteindelijke doel is het welzijn van de bewoner en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

1.4 Onderzoeksvragen

Vanuit de literatuurstudie wordt een antwoord geformuleerd op volgende onderzoeksvragen:

- Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast bij ouderen in woonzorgcentra en om welke redenen?
- Wat zijn de risico's en gevolgen van vrijheidsbeperking bij ouderen in woonzorgcentra?
- Hoe is het gesteld met het kennisniveau van verpleegkundigen over vrijheidsbeperkende maatregelen?
- Wat zijn alternatieven voor vrijheidsbeperking bij residentiële ouderen en hoe kan de verpleegkundige deze implementeren in het werkveld?
- Is het afbouwen van vrijheidsbeperking bij residentiële ouderen veilig en haalbaar in de praktijk?

2 Literatuuroverzicht

2.1 Zoekstrategie

Voor deze literatuurstudie werden een aantal handboeken geraadpleegd uit de campusbibliotheek van Lier en uit de openbare bibliotheken van Turnhout en Mol. Er werden 5 werken en 1 artikel uit een editie van Zorgmagazine geselecteerd (Dielis-van Houts, 2003; Gastmans & Vanlaere, 2005; Goeminne et al., 2003; Schim van der Loeff-van Veen, 2012; Slachmuylders et al., 2012; Van Wesenbeeck et al., 2002).

Verder werd er gezocht in elektronische databanken en op het internet. Volgende databanken werden geraadpleegd: Cinahl, Pubmed, Science Direct en Springer Link. Er werd gezocht naar artikelen gepubliceerd tussen januari 2011 en augustus 2016. In Springer Link werden de zoektermen 'vrijheidsbep*' AND 'verpleeghuizen' gebruikt. In de andere databanken werden volgende Engelstalige zoektermen gehanteerd: 'physical restraints' AND 'nursing homes' en 'nurs*' AND 'restraints' en 'knowledge' AND 'restraints'. De artikelen werden gescreend op basis van de titel en na het lezen van het abstract. De artikelen werden weerhouden indien zij voldeden aan volgende inclusiecriteria: (1) beschikken over een full text en abstract, (2) specifiek gericht naar ouderenzorg, (3) gericht op het terugdringen van vrijheidsbeperking en (4) gepubliceerd zijn in het Engels of Nederlands. Als exclusiecriteria golden: (1) specifiek gericht naar psychiatrische settings en (2) specifiek gericht op chemische fixatie.

Cinahl leverde 22 resultaten op met de zoektermen 'physical restraints' AND 'nursing homes'. Hieruit werden 4 artikelen weerhouden (Gulpers et al., 2013; Heinze et al., 2012; Hofmann & Hahn, 2014; Möhler et al., 2012). Dezelfde zoektermen leverde in Pubmed 12 resultaten op waarvan 1 artikel werd weerhouden (Hofmann et al., 2015). Springer Link leverde met de zoektermen 'vrijheidsbep*' AND 'verpleeghuizen' 24 resultaten op waarvan 2 artikelen werden geselecteerd (Hamers et al., 2013; Vermeer, 2014). Via 3 artikelen uit Springer Link die uiteindelijk niet zijn weerhouden, werd een eindrapport (Lampo et al., 2016), een E-book (Hertogh & Wouters, 2014) en de alternatievenbundel van Vilans gevonden (Hardeman et al., 2014). Science Direct leverde met de zoektermen 'knowledge' AND 'restraints' 109 resultaten op en met 'nurs*' AND 'restraints' 49 resultaten. Hieruit werden respectievelijk 3 artikelen weerhouden (Cunha et al., 2016; Möhler & Meyer, 2014; Zwijsen et al., 2012). Via Limo werd later nog een aanvullend artikel gezocht met de zoektermen 'hip protector' AND 'nursing homes'. Dit leverde 24 resultaten op en hieruit werd 1 artikel weerhouden (Milisen et al., 2011). De referentielijst van een weerhouden artikel leverde 2 bijkomende publicaties op (Bredthauer et al., 2005; Feng et al., 2009). Via Google werd het Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapport gevonden (Halfens et al., 2016). Ten slotte werd via Quint Search de Procedure beperkende maatregelen / fixatie opgezocht (Werkgroep Zorgaanpak, 2013).

2.2 Resultaten

2.2.1 Definitie van fysieke fixatie

In de literatuur zijn verschillende definities voor fysieke fixatie terug te vinden. Zo worden bilaterale bedsponden in sommige onderzoeken uitdrukkelijk uitgesloten als middel voor vrijheidsbeperking. Ook wordt er niet altijd rekening gehouden met het gebruik van technologie zoals infrarood waarschuwingssystemen (Hamers et al., 2013; Hofmann & Hahn, 2014).

Volgens de definitie van Retsas (zoals geciteerd in Hofmann & Hahn, 2014, p. 3013) is fysieke fixatie:

“any device, material or equipment attached to or near a person’s body and which cannot be controlled or easily removed by the person and which deliberately prevents or is deliberately intended to prevent a person’s free body movement to a position of choice and/or a person’s normal access to their body.”

Letterlijk vertaald, wordt fysieke fixatie door Retsas (zoals geciteerd in Hofmann & Hahn, 2014, p. 3013) gedefinieerd als:

“elk middel, materiaal of uitrusting dat aan of nabij het lichaam van een persoon is vastgemaakt en het kan niet gecontroleerd of niet gemakkelijk verwijderd worden door de persoon en het is opzettelijk bedoeld om te voorkomen dat de persoon zijn lichaam vrij kan bewegen naar een gekozen positie en/of dat de persoon normale toegang tot zijn lichaam heeft.”

47 experts uit 13 landen hebben gewerkt aan een internationale onderzoeksdefinitie van fysieke fixatie. Het opzet hiervan was om gegevens uit verschillende onderzoeken beter te kunnen vergelijken. Volgens Bleijlevens, Wagner, Capezuti en Hamers (zoals geciteerd in Hamers et al., 2013, p. 254) wordt fysieke fixatie gedefinieerd als:

“any action or procedure that prevents a person’s free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method that is attached or adjacent to a person’s body and that he/she cannot control or remove easily.”

Letterlijk vertaald, wordt fysieke fixatie door Bleijlevens, Wagner, Capezuti en Hamers (zoals geciteerd in Hamers et al., 2013, p. 254) omschreven als:

“elke actie of procedure die de bewegingsvrijheid van een persoon verhindert naar een gekozen positie en/of de normale toegang tot zijn/haar lichaam door eender welke methode te gebruiken dat aan of nabij het lichaam van een persoon is vastgemaakt en dat hij/zij niet kan controleren of niet gemakkelijk kan verwijderen.”

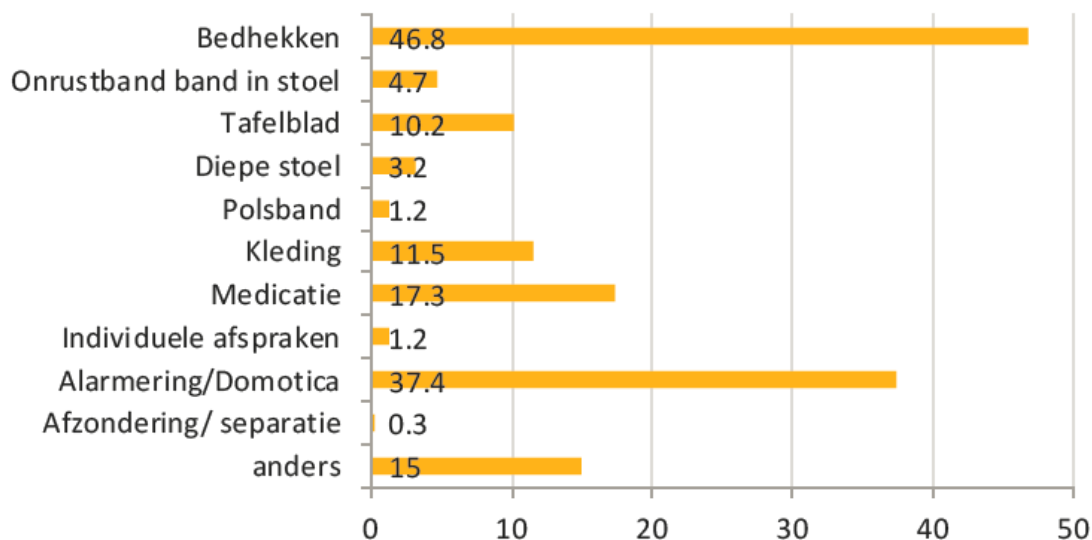
In wat volgt, benoemen we fysieke fixatie ook als vrijheidsbeperking of vrijheidsbeperkende maatregelen hoewel deze benamingen een ruimere betekenis hebben.

2.2.2 Prevalentie van fysieke fixatie

Er zijn grote verschillen in de prevalentiecijfers van vrijheidsbeperking terug te vinden. Voor Vlaanderen, in woonzorgcentra bij bewoners met dementie, situeren de cijfers zich tussen 45,5% en 75,9% (Van Wesenbeeck, De Becker, Man & Milisen, 2002). Internationaal zijn de prevalentiecijfers van fysieke fixatie zeer uiteenlopend en liggen in de verpleeghuizen tussen 15 en 66%. Deze verschillen kunnen gedeeltelijk verklaard worden door de verschillende definities die gehanteerd worden (Hamers et al., 2013).

Uit het Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) rapport van 2015 blijkt dat in de Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen bedsponden (46,8%) meestal ingezet worden als vrijheidsbeperkende maatregel. Gevolgd door domotica (37,4%) en chemische fixatie (17,3%). Het gebruik van onrustgordels is bijna nihil (4,7%) (Halfens et al., 2016).

Toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen



Figuur 1: Toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen in 2015 (Uit: Halfens et al., 2016).

2.2.3 Vormen van fixatie

Er zijn verschillende vormen van vrijheidsbeperking of fixatie. In de literatuur worden vaak de begrippen fysieke en chemische fixatie gehanteerd (Cunha et al., 2016).

- Fysieke fixatie

Fixatiemiddelen die ingezet worden in de ouderenzorg zijn onder andere: bedsponden, riemen en zachte gordels, sluitlakens, rolstoelen en geriatrische stoelen met veiligheidsgordels en/of voorzettafels, vestjes, handschoenen en pols- en enkelbandjes (Van Wesenbeeck et al., 2002). Studies in verpleeghuizen rapporteren vooral het gebruik van bilaterale bedsponden, riem/onrustgordel in bed of stoel, stoel met een laag zitpunt, rolstoel of geriatrische stoel met vergrendelde voorzettafel en het verpleegdeken (Gulpers et al., 2013; Hofmann, Schorro, Haastert & Meyer, 2015).

- Chemische fixatie

Bij chemische fixatie wordt er over het algemeen psychofarmaca zoals Dipiperon®, Haldol®, Temesta® of Risperdal® toegediend die het gedrag van de oudere beïnvloedt. Chemische fixatie wordt toegepast bij probleemgedrag, bijvoorbeeld dwalen en agressie. Psychofarmaca kunnen nooit de enige pijler zijn in de behandeling van probleemgedrag. Er moet altijd eerst gekeken worden wat de mogelijkheden zijn zonder psychofarmaca. Door een verminderde nier- en leverfunctie zijn ouderen gevoeliger voor bijwerkingen. Ouderen kunnen zo versuft raken dat spierkracht, balans en oriëntatie verminderen met als gevolg dat het valrisico toeneemt (Schim van der Loeff-van Veen, 2012).

- Andere vrijheidsbeperkende interventies

Een rolstoel op de rem zetten of een deur sluiten, zijn ook voorbeelden van vrijheidsbeperking. Toezichhoudende technologie zoals bewegingssensoren en deursensoren die ouderen meer bewegingsvrijheid bieden, kunnen nog altijd beschouwd worden als een vorm van vrijheidsbeperking (Hertogh & Wouters, 2014; Vermeer, 2014). Dielis-van Houts (2003) wijst erop dat het nalaten van handelingen of iets wegnemen, bijvoorbeeld een oproepbel, ook vrijheidsbeperkende interventies zijn.

In het kader van deze bachelorproef wordt alleen fysieke fixatie als vrijheidsbeperkende maatregel verder behandeld. Wanneer het van toepassing is, zal er wel naar chemische fixatie en andere vrijheidsbeperkende interventies verwezen worden.

2.2.4 Redenen voor fysieke fixatie

In de literatuur wordt een verklaring voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen gezocht in onder andere bewonerskenmerken en organisatorische kenmerken (Hofmann et al., 2015). Ook de houding van verpleegkundigen tegenover vrijheidsbeperking is waarschijnlijk een sterk beïnvloedende factor waardoor vrijheidsbeperking toegepast wordt in de ouderenzorg (Möhler & Meyer, 2014). Goeminne et al. (2003) zochten een verklaring in de kenmerken van gefixeerde patiënten en niet-patiëntgebonden invloeden. De indeling die hier gehanteerd wordt, zijn bewonersgebonden en niet-bewonersgebonden invloeden.

Volgens Van Wesenbeeck et al. (2002) zijn er vaak meerdere indicaties waardoor er wordt overgegaan tot fixeren.

2.2.4.1 Bewonersgebonden invloeden

Bewonerskenmerken blijken volgens meerdere studies de belangrijkste determinanten te zijn voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (Hamers et al., 2013; Heinze et al., 2012; Hofmann & Hahn, 2014).

- **Leeftijd**

In de literatuur zijn tegenstrijdigheden gevonden over de invloed van leeftijd op fysieke fixatie. Huizing et al. (2007) (in Hofmann & Hahn, 2014) toonden in hun onderzoek aan dat oudere bewoners in vergelijking met jongere bewoners vaker gefixeerd werden. Ook was de cognitieve toestand van gefixeerde bewoners zwakker dan die van niet-gefixeerde bewoners. Daartegenover heeft Feng et al. (2009) (in Hofmann & Hahn, 2014) aangetoond dat in de Verenigde Staten een hogere leeftijd in verband gebracht werd met een lager risico op fixatie. Dit is te verklaren door invoering van de Verpleeghuis Hervormingswet (Nursing Home Reform Act) die deel uitmaakt van de Omnibus Budget Reconciliation Act (1987). Deze federale wet ontmoedigt of verbiedt het gebruik van fixatiemiddelen, tenzij het medisch verantwoord is en in opdracht van de arts wordt aangewend (Feng et al., 2009). Recente gegevens uit het LPZ rapport van Halfens et al. (2016) tonen aan dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen geleidelijk toeneemt naarmate bewoners ouder zijn. Er wordt een grote stijging gezien in de groep van 60-69 jarigen en de hoogste incidentie in de leeftijdscategorie 80 tot 89 jaar.

- **Langere verblijfsduur in de instelling**

Feng et al. (2009) vonden een relatie tussen een langere verblijfsduur in de instelling en een hoger gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Een langere verblijfsduur werd geassocieerd met een hoger gebruik van vrijheidsbeperking in Zwitserland (87%) maar minder in de Verenigde Staten (45%). Een recente studie van Hofmann et al. (2015) in 20 verpleeghuizen in Zwitserland rapporteert ook de relatie tussen een langere verblijfsduur in de instelling en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

- **Geslacht**

Volgens Hofmann en Hahn (2014) verwijzend naar het onderzoek van Bredthauer, Becker, Eichner, Koczy en Nikolaus (2005) zouden mannen een hoger risico hebben om gefixeerd te worden dan vrouwen. In dit onderzoek op 3 psychogeriatrische afdelingen in Duitsland werden 13 (41,9%) van 31 mannelijke en 24 (26,4%) van 91 vrouwelijke patiënten gefixeerd gedurende een opvolgingsperiode van 3 weken. Bredthauer et al. (2005) nuanceren in hun onderzoek dat alle mannen die gefixeerd werden (100%) ook aan ernstige cognitieve aandoeningen leden.

- Mobiliteitsproblemen

Fixatiemiddelen worden ook meer ingezet bij bewoners met ernstige mobiliteitsproblemen (Gulpers et al., 2013; Hamers et al., 2013; Heinze et al., 2012; Hofmann & Hahn, 2014; Van Wesenbeeck et al., 2002). Cognitieve beperkingen en mobiliteitsproblemen hebben een sterke relatie met het gebruik van fysieke fixatie. Bredthauer et al. (2005) voerden een onderzoek uit op 3 Duitse psychogeriatrische afdelingen. Hieruit blijkt dat patiënten die onafhankelijk zijn voor transfer en verplaatsingen minder gefixeerd werden dan patiënten die afhankelijk zijn voor transfer en verplaatsingen (33,3% versus 60,6%).

- Risico op vallen

Valpreventie wordt vaak als reden aangeduid om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Meerdere auteurs bevestigen echter dat door te fixeren het risico op vallen en/of letsels door vallen niet dalen (Hamers et al., 2013; Heinze et al., 2012; Möhler & Meyer, 2014; Möhler, Richter, Köpke & Meyer, 2012; Schim van der Loeff-van Veen, 2012; Zwijsen, Depla, Niemeijer, Francke & Hertogh, 2012). Volgens Halfens et al. (2016) is het voorkomen van vallen (85,3%) de meest voorkomende reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Valincidenten bij bewoners en/of valgerelateerde fracturen in de voorgeschiedenis worden ook vermeld als reden voor vrijheidsbeperking (Hofmann & Hahn, 2014). Volgens Capezuti et al. (1998) (in Heinze et al., 2012) leidt het stoppen met fixatie niet noodzakelijk tot meer valincidenten.

- Cognitieve beperkingen

Cognitieve beperkingen bij ouderen zoals dementie en delirium worden in de literatuur ook beschreven als belangrijke risicofactoren om te fixeren (Gulpers et al., 2013; Hamers et al., 2013; Heinze et al., 2012; Hofmann & Hahn, 2014; Van Wesenbeeck et al., 2002). Recente cijfers werden gevonden in het LPZ rapport van Halfens et al. (2016). Hieruit blijkt dat in Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen vrijheidsbeperkende maatregelen het meest toegepast worden bij bewoners met dementie (42,9%).

- Agitatie en agressie

Ouderen worden ook gefixeerd bij herhaaldelijke verbale en fysieke onrust zoals agressie, dwalen en weglooptgedrag (Hofmann & Hahn, 2014; Van Wesenbeeck et al., 2002). Halfens et al. (2016) rapporteren dat dwaalgedrag (13,6%) en agressief gedrag (4,3%) ook als reden worden vermeld om te fixeren in Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen.

- Medische behandeling

Vooraf in acute zorginstellingen worden fixatiemiddelen ingezet om de medische behandeling te kunnen handhaven. Vaak worden er dan polsbandjes of wanten gebruikt om te beletten dat de patiënt sondes of infusen uittrekt (Goeminne et al., 2003; Van Wesenbeeck et al., 2002). Halfens et al. (2016) bevestigen dat er in

verpleeg- en verzorgingshuizen geen vrijheidsbeperking toegepast wordt voor een medische behandeling (0%).

- Incontinentieproblemen

Smeren met stoelgang en plukken van incontinentiemateriaal zijn ook redenen waarom zorgverleners overgaan tot fixeren. Deze problemen doen zich meestal tijdens de nacht voor. Een bewoner aantreffen met uitgeplukt incontinentiemateriaal of besmeurde lakens is voor veel verpleeg- en zorgkundigen een schrikbeeld. Vaak worden er preventief fixatiemiddelen ingezet om herhaling te vermijden (Goeminne et al., 2003; Van Wesenbeeck et al., 2002). Heinze et al. (2012) voerden een transversaal onderzoek uit in 76 verpleeghuizen en 15 ziekenhuizen in Duitsland. Hieruit blijkt dat bewoners/patiënten die incontinent voor urine zijn vaker gefixeerd worden in vergelijking tot bewoners/patiënten die continent voor urine zijn (34,5% versus 4,1%).

- Zorgafhankelijkheid

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden meer toegepast naarmate de zorgafhankelijkheid toeneemt bij bewoners. Halfens et al. (2016) tonen een duidelijk en sterk verband aan tussen zorgafhankelijkheid en het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bewoners die volledig zorgafhankelijk zijn, worden meer in hun vrijheid beperkt dan bewoners die vrijwel zelfstandig zijn (70% versus 0%).

Meerdere studies bevestigen dat een verhoogde zorgafhankelijkheid, ernstige mobiliteitsproblemen en cognitieve beperkingen de belangrijkste risicofactoren zijn voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (Gulpers et al., 2013; Hamers et al., 2013; Heinze et al., 2012; Hofmann & Hahn, 2014; Van Wesenbeeck et al., 2002).

2.2.4.2 Niet-bewonersgebonden invloeden

Möhler en Meyer (2014) onderzochten de houding van verpleegkundigen tegenover fysieke fixatie met een systematische review en een synthese van zowel kwalitatieve als kwantitatieve studies. Möhler en Meyer (2014) kenmerken de houding van verpleegkundigen tegenover fysieke fixatie aan de hand van 5 thema's: (1) gevoelens van verpleegkundigen tegenover fysieke fixatie, (2) behoefte om te fixeren in de dagelijkse praktijk, (3) morele conflicten bij het gebruik van fysieke fixatie, (4) copingstrategieën bij het gebruik van fysieke fixatie en (5) fysieke fixatie als een 'gewone' verpleegkundige interventie. Verpleegkundigen beschreven voornamelijk negatieve gevoelens tegenover fysieke fixatie zoals schuldgevoelens, frustratie, medelijden, verdriet en ongemak. Sommige verpleegkundigen beschreven echter positieve gevoelens zoals een veilig en opgelucht gevoel. Ondanks dat verpleegkundigen negatieve gevoelens hadden bij het fixeren, ervoeren ze ook de behoefte om te fixeren in specifieke situaties en om verschillende redenen:

- Veiligheid van bewoner en medebewoner garanderen

De veiligheid van de bewoner garanderen, is de belangrijkste reden waarom verpleegkundigen vrijheidsbeperkende maatregelen toepasten. Verpleegkundigen verklaarden dat het hun primaire verantwoordelijkheid was om de veiligheid van de bewoner te garanderen, bijvoorbeeld bij bewoners die een verhoogd valrisico hebben of dwaalgedrag vertonen. Ook het zorgen voor de veiligheid van medebewoners werd aangehaald als reden om vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen. Möhler en Meyer (2014) verwijzen naar studies van Suen (1999) en Suen et al. (2006). Respectievelijk 94% en 90% van de deelnemers van deze studies zijn het eens of sterk eens dat vrijheidsbeperking leidt tot een daling van valincidenten bij bewoners.

- Risico op verwondingen / Vrees voor aansprakelijkheid

Verpleegkundigen beschreven situaties waarin zij zelf het risico liepen op verwondingen, bijvoorbeeld bij het zorgen voor bewoners met dementie. Verpleegkundigen ervoeren ook een grotere behoefte om te fixeren, bijvoorbeeld na een val van een bewoner, uit vrees hiervoor aansprakelijk te worden gesteld (Möhler & Meyer, 2014).

- Andere taken en verplichtingen

Onvoldoende personeelsbezetting met als gevolg te weinig toezicht om ongevallen te voorkomen, werd geassocieerd met een toename van fysieke fixatie. Dergelijke situaties werden vooral beschreven in de acute zorginstellingen (Möhler & Meyer, 2014). Echter Huizing et al. (2007) (in Hamers et al., 2013) toonden aan dat een hoge werkdruk of minder personeel geen invloed had op het gebruik van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. Een recente Duitse studie van Heinze et al. (2012) bevestigt dit resultaat in een transversaal onderzoek in 76 verpleeghuizen en 15 ziekenhuizen. Er werd geen duidelijke relatie gevonden tussen het aantal verpleegkundigen en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in ziekenhuizen en verpleeghuizen.

- Vooraf genomen beslissing

Wanneer de beslissing om te fixeren vooraf werd genomen door collega's en/of arts, meldden verpleegkundigen te blijven fixeren zonder de situatie verder te beoordelen. Dat gold ook voor wanneer er gefixeerd werd op vraag van de familie. Ook gaven verpleegkundigen aan niet op dat besluit terug te komen omdat ze het belangrijk vonden te worden aanvaard door de collega's (Möhler & Meyer, 2014).

- Gebrek aan kennis

Verpleegkundigen voelden zich ook genoodzaakt om te fixeren door onvoldoende kennis over alternatieven en het niet beschikbaar zijn van alternatieven (Möhler & Meyer, 2014). Volgens Van Wesenbeeck et al. (2002) zou onwetendheid over het omgaan met probleemgedrag bij ouderen ook leiden tot meer vrijheidsbeperkende maatregelen.

Verpleegkundigen beschreven ook morele conflicten tegenover fysieke fixatie. Enerzijds zijn er de negatieve gevoelens tegenover fysieke fixatie en anderzijds de behoefte om te fixeren in specifieke situaties. In dergelijke situaties verklaarden verpleegkundigen dat de behoefte om te fixeren een sterkere invloed had op de beslissing om fixatiemiddelen te gebruiken dan de negatieve gevoelens. Om met hun morele conflicten bij het fixeren om te gaan, gebruikten verpleegkundigen copingstrategieën. Verpleegkundigen focusten zich op het verwachte voordeel zoals het voorkomen van valincidenten. Een andere strategie was het delen van gevoelens met collega's om enerzijds bevestiging te ontvangen en anderzijds om de eigen verantwoordelijkheid te delen. Ondanks hun morele conflicten en twijfels beslisten verpleegkundigen dus vaak om wel te fixeren. De beslissing om te fixeren is vaak gebaseerd op routine of traditie en wordt door verpleegkundigen omschreven als een 'gewone' verpleegkundige interventie (Möhler & Meyer, 2014). Ook Hofmann et al. (2015) rapporteerden dat verpleegkundigen bilaterale bedsponden zien als een matige vrijheidsbeperkende maatregel en niet aarzelen om deze toe te passen.

Een recente surveybevraging bij 156 beleidsmedewerkers en 238 zorgverleners in Vlaamse woonzorgcentra toont aan dat 93% van de zorgverleners bilaterale bedsponden 'aanvaardbaar' of 'helemaal aanvaardbaar' vindt (Lampo et al., 2016). Niemand van de bevroegde deelnemers (0%) vindt bilaterale bedsponden 'helemaal niet aanvaardbaar'.

2.2.5 Kennis van verpleegkundigen over fysieke fixatie

In een Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoeksproject heeft de Karel de Grote-Hogeschool in samenwerking met 3 Antwerpse ziekenhuizen 198 verpleeg- en zorgkundigen schriftelijk bevroegd over kennis, houding en beslissingswijze over fysieke fixatie. Uit dit onderzoek kwamen verschillende kennistekorten naar voren. Knelpunten werden gevonden op het vlak van juridische aspecten, patiëntveiligheid en beslissingsbevoegdheid. Slechts een minderheid van de verpleeg- en zorgkundigen gaf aan te weten dat fixatie in vlakke rugligging verstikkingsgevaar met zich meebrengt en dat fixatie geen adequate aanpak is voor valpreventie. 75% van de bevroegde verpleeg- en zorgkundigen had eerder een positieve houding tegenover fixeren. Hoofdverpleegkundigen stonden echter opvallend minder positief hier tegenover. De meeste verpleegkundigen beslisten om te fixeren na overleg met een collega. Drie van de vijf zorgverleners gaven aan te overleggen met de arts. Bijna 75% betrok de hoofdverpleegkundige bij de besluitvorming om te fixeren tijdens de ochtendienst. Tijdens de avonddienst daalde dit tot 50% van de ondervraagden. Slechts de helft van de verpleeg- en zorgkundigen betrok de familie bij de besluitvorming. De patiënt werd door 30% van de verpleeg- en zorgkundigen betrokken (Slachmuylders et al., 2012).

Een andere recente studie bevroegde de kennis van 156 verpleegkundigen over fysieke en chemische fixatie in een Portugees ziekenhuis. 92,3% van de

deelnemers verklaarde dat fysieke fixatie wordt toegepast om de veiligheid van de patiënt te verhogen. 87,2% van de verpleegkundigen gaf aan dat fixeren moet toegepast worden bij patiënten met risico op vallen. Daartegenover gaf ook 79,5% van de verpleegkundigen aan dat fixeren risico's met zich kan meebrengen voor de patiënt. De belangrijkste conclusies waren dat 46,9% van de verpleegkundigen een goed niveau van kennis had over fysieke en chemische fixatie. 6,2% van de verpleegkundigen had een redelijk niveau van kennis en 46,9% had onvoldoende kennis over fysieke en chemische fixatie (Cunha et al., 2016).

Meerdere onderzoekers rapporteerden dat er tijdens scholingen sterk benadrukt moet worden dat fysieke fixatie ongeschikt is als valpreventie (Möhler & Meyer, 2014; Möhler et al., 2012).

2.2.6 Gevolgen voor de bewoner

Volgens Hofmann en Hahn (2014) hebben de negatieve gevolgen van fixatie een grote invloed op de autonomie en het welzijn van ouderen. Zorgverleners onderschatten of zijn zich niet bewust van de negatieve gevolgen van fysieke fixatie voor de gezondheid van ouderen.

Het is mogelijk dat sommige problemen door vrijheidsbeperking juist verergeren. Bewoners die worden gefixeerd, worden minder mobiel. Als gevolg van een verminderde mobiliteit treedt er spieratrofie op en vermindert de balans door het niet gebruiken van de loopfunctie. Volgens Hamers et al. (2013) ontstaat hierdoor een vicieuze cirkel. Wanneer de bewoner opnieuw valt, wordt dit door de zorgverleners gezien als een bevestiging dat fixeren een adequate aanpak is om valincidenten te voorkomen. De kans op verwondingen of valgerelateerde verwondingen kan niet voorkomen worden door te fixeren.

Volgens Goeminne et al. (2003) kunnen bewoners ook incontinent worden omdat ze niet in staat zijn om naar het toilet te gaan of niet meer duidelijk kunnen maken dat ze naar het toilet wensen te gaan. Bijvoorbeeld bij dementie in een gevorderd stadium.

Onrust en agitatie nemen toe wanneer bewoners gefixeerd worden. Onrust en agitatie kunnen de bewoner ertoe aanzetten zich te willen bevrijden, bijvoorbeeld uit een verpleegdekken met als gevolg dat ze hierin verstrikt raken. In het ergste geval zou de bewoner kunnen overlijden, bijvoorbeeld door wurging in een onrustgordel waaruit deze zich wil bevrijden (Hamers et al., 2013; Schim van der Loeff-van Veen, 2012). Niet alleen het gebruik van een onrustgordel draagt een groot risico met zich mee, ook bedsponden kunnen gevaarlijk zijn. Wanneer de bewoner over de bedsponden wil klimmen, valt hij van een grotere hoogte. Bovendien kan de bewoner ook bekneld raken tussen de bedsponden met armen, benen of hoofd. Als gevolg daarvan kunnen decubitus of andere verwondingen ontstaan. Een ander voorbeeld dat tot gevaarlijke situaties kan leiden, is een stoel met voorzettafel. Een bewoner die zichzelf hieruit wil bevrijden, maakt een grote kans om met stoel en al

om te vallen. Ook hier wordt de misvatting dat fixeren effectief is voor valpreventie en meer veiligheid kan bieden duidelijk (Schim van der Loeff-van Veen, 2012).

De gevolgen van fixeren kunnen onderverdeeld worden in fysieke gevolgen en psychische gevolgen. De volgende fysieke gevolgen worden in de literatuur door Hofmann en Hahn (2014) beschreven: toenemende afhankelijkheid voor activiteiten dagelijks leven (ADL), mobiliteitsproblemen, verwondingen of valgerelateerde verwondingen, contracturen, decubitus en incontinentie voor urine en feces. Goeminne et al., (2003) sluiten zich hierbij aan en voegen daaraan toe: infecties van de luchtwegen en urinewegen, obstipatie, verminderde eetlust, hogere mortaliteit, demineralisatie van het skelet met broze botten tot gevolg, oedeem ter hoogte van de onderste ledematen en overlijden door wurging.

Volgende psychische gevolgen van fysieke fixatie worden door Hofmann en Hahn (2014) gerapporteerd in de literatuur: woede of agressie, frustratie, angst, eenzaamheid, wantrouwen tegenover verpleegkundigen, verlies van menselijke waardigheid, onzekerheid over de reden van fixatie en een verminderd cognitief functioneren. Ook een gevangen gevoel, stress, paniek, apathie en depressie worden aangehaald als psychische gevolgen (Goeminne et al., 2003).

Hamers et al. (2013) benadrukken dat de gevolgen van fysieke fixatie extra ingrijpend zijn voor mensen met dementie omdat deze mensen zeer kwetsbaar zijn. Mensen met dementie weten vaak niet waar ze zich bevinden en zijn op zoek naar geborgenheid. Fixeren versterkt de hulpeloosheid en verstoort het gevoel van geborgenheid.

2.2.7 Gevolgen voor de familie

Vrijheidsbeperkende maatregelen hebben eveneens een invloed op de familie van de bewoner. Vrijheidsbeperkende maatregelen blijken vaak door familieleden in verband gebracht te worden met eindigheid, "Toen ik de fixatieriemen zag, verloor ik elke hoop." Ook kwaadheid, ontkenning en controle over de situatie zijn betekenissen die door familieleden aan vrijheidsbeperving worden gegeven (Gastmans & Vanlaere, 2005). Volgens Goeminne et al. (2003) beleven familieleden vrijheidsbeperving ook als overmacht, vernedering of een straf. Familieleden kunnen vrijheidsbeperving op een andere manier ervaren dan zorgverleners het bedoelen. Daarom is het van belang om emotionele ondersteuning te bieden en te luisteren naar hun beleving en gevoelens (Gastmans & Vanlaere, 2005; Goeminne et al., 2003).

2.2.8 Alternatieven voor fysieke fixatie

Aansluiting vinden op de belevingswereld van de bewoner of een persoonsgerichte zorg is een attitude die algemeen van belang is in de ouderenzorg en zeker tot het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De bewoner moet zich gezien,

gehoord en begrepen voelen (Schim van der Loeff-van Veen, 2012). Om effectief veranderingen in de praktijk door te voeren, is er nood aan een beleidswijziging waar fysieke fixatie als laatste redmiddel wordt gezien en de nadruk gelegd wordt op het gebruik van alternatieven (Möhler & Meyer, 2014). De ontwikkeling en start van een fixatie-arm beleid vergt tijd. Stoppen met alle fixatie van de ene op de andere dag zal tot ernstige ongevallen leiden (Goeminne et al., 2003).

Verder is er een verandering van cultuur nodig. Schim van der Loeff-van Veen (2012) wijst op het belang van een open cultuur. Een open cultuur houdt in dat er kan geleerd worden uit fouten en incidenten in plaats van bijvoorbeeld te verwijten. Verschillende auteurs spreken hier ook over risico-acceptatie, bijvoorbeeld valrisico aanvaarden (Dielis-van Houts, 2003; Hardeman, Van Vliet, van der Leeuw & Gerretsen, 2014; Schim van der Loeff-van Veen, 2012). Tijdens een multidisciplinair overleg wordt dan besproken wat de consequenties zijn van het stoppen met fixatie. Deze risico's worden ook besproken met de bewoner en de familie of de wettelijke vertegenwoordiger van de bewoner. De interventies die daaruit volgen, hebben als doel om de risicofactoren bij de bewoner te verkleinen (Dielis-van Houts, 2003). Goeminne et al. (2003) gaven aan dat elke val registreren en analyseren een goede maatregel is om de kans op herhaling onder controle te houden.

Meerdere auteurs rapporteren dat scholing alleen niet effectief is om het gebruik van fysieke fixatiemiddelen te verminderen. De resultaten blijken gering en van korte duur te zijn (Gulpers et al., 2013; Hamers et al., 2013; Möhler & Meyer, 2014; Möhler et al., 2012). Uit een onderzoek van Hamers et al. (2013) blijkt dat intensieve bijscholing gecombineerd met de inzet van een gespecialiseerde verpleegkundige geen enkel effect heeft op het verminderen van vrijheidsbeperking. De betrokken zorgverleners verklaarden dat er een visie op zorg ontbrak en dat ze zich niet gesteund voelden door het management. Verder ervoeren ze tegenwerking van collega's die de bijscholing niet hadden gevolgd of soms ontbraken alternatieven om vrijheidsbeperking terug te dringen.

Op basis van deze inzichten werd een programma ontwikkeld, bestaande uit meerdere componenten. De EXBELT interventie is gericht op het veilig terugdringen van onrustgordels in de Nederlandse verpleeghuizen en bestaat uit 4 onderdelen (Gulpers et al., 2013; Hamers et al., 2013):

1. Een beleidswijziging met een instellingsverbod op het gebruik van onrustgordels.
2. Een intensief scholingsprogramma aangeboden door gespecialiseerde verpleegkundigen met ervaring in het verminderen van fysieke fixatie. De scholing omvat onder andere kennisoverdracht over alle aspecten van vrijheidsbeperking zoals prevalentie, gevolgen, determinanten, attitude en wetgeving.
3. De beschikbaarheid van alternatieven zoals een laag bed, toezichhoudende technologie, fysiotherapie en balansoefeningen individueel op de oudere gericht om veiligheid en mobiliteit te bevorderen.

4. Een gespecialiseerde verpleegkundige die ter plaatse advies geeft over specifieke situaties en mogelijke alternatieven.

13 verpleeghuizen namen deel aan dit onderzoek. 7 verpleeghuizen werden toegewezen aan de controlegroep en 6 verpleeghuizen aan de interventiegroep. 2 jaar later werd gekeken naar de langetermijneffecten van de EXBELT interventie. Bij de panelgroep werden bij de nulmeting onrustgordels gebruikt bij 15% van de bewoners in de controlegroep en bij 14% van de bewoners in de interventiegroep. 24 maanden na de nulmeting was het gebruik van onrustgordels gedaald met 65%. In de interventiegroep was het gebruik van de onrustgordel gedaald van 14% naar 5%. In de controlegroep was het gebruik van de onrustgordel echter nauwelijks gewijzigd van 15% naar 14%. Bij de surveygroep was 24 maanden na de nulmeting het percentage van bewoners met onrustgordels in de interventiegroep 3% en in de controlegroep 13% (Gulpers et al., 2013). De studie had enkele beperkingen, namelijk de beperkte grootte van de steekproef en het ontbreken van randomisatie in het quasi experimenteel onderzoek (Hamers et al., 2013). Vanwege deze beperkingen werd de oorspronkelijke EXBELT studie niet opgenomen in de Cochrane review (Möhler et al., 2012). Gulpers et al. (2013) concluderen dat de EXBELT interventie effectief is in het verminderen van onrustgordels op langere termijn.

Een alternatief vinden voor vrijheidsbeperking is maatwerk. Zo zijn er veel alternatieven in de literatuur terug te vinden voor bewoners met een verhoogd valrisico zoals heupbeschermers en valmatten. Wat voor de ene bewoner een goed alternatief kan zijn, is dat daarom niet bij de andere (Hardeman et al., 2014).

Zo blijkt ook uit een Vlaamse studie naar de effectiviteit van heupbeschermers bij bewoners in een WZC dat therapietrouw een belangrijk probleem is. Maar ook de kennis en opvattingen van verpleegkundigen over heupbeschermers hebben een invloed op de resultaten. 85% van de bewoners ging akkoord om een heupbeschermer te dragen. Metingen gebeurden onaangekondigd en willekeurig tijdens de dag en nacht. Na 8 maanden droeg nog maar 29% van de bewoners de heupbeschermer. Er waren ook aanzienlijke verschillen tussen de dag- en nachtdiensten. Pijn en warmteongemak, gebrek aan inzicht door de bewoners over het nut van de heupbeschermers en problemen met het incontinentiemateriaal werden vermeld als nadelen. De meerderheid van de zorgverleners stonden over het algemeen positief tegenover het gebruik van heupbeschermers, al was er wel een verschil tussen dag- en nachtzorgverleners. Milisen et al. (2011) concluderen dat er nood is aan opleiding van zorgverleners over het juist gebruik van de heupbeschermers.

Een bundel met ruim 80 alternatieven voor vrijheidsbeperking van Hardeman et al. (2014) kan gratis gedownload worden als een pdf- bestand op de website van Vilans. Alle alternatieven die in de bundel zijn opgenomen hebben een VBM-score (VBM = Vrijheidsbeperkende Maatregelen). Zo kan er een onderscheid worden gemaakt tussen een meer of minder ingrijpende maatregel. Een score van 0 betekent dat de vrijheid niet beperkt wordt. Een score van 5 daarentegen betekent

dat de vrijheid ernstig beperkt wordt. Bijvoorbeeld een onrustgordel heeft een score van 5. Omdat deze maatregel geen alternatief is voor een andere maatregel werd hij niet in de bundel opgenomen. Volgende stappen zijn volgens Hardeman et al. (2014) van belang om vrijheidsbeperking af te bouwen:

1. Een analyse maken van de situatie tijdens een multidisciplinair overleg in samenspraak met de bewoner en/of familie. Daarbij wordt een antwoord gezocht waarom de maatregel wordt toegepast en wat het risico is als deze achterwege wordt gelaten.
2. Multidisciplinair een plan maken op bewonersniveau. In dat plan wordt beschreven welke alternatieven met een lagere VBM-score worden ingezet en de duurtijd hiervan in uren.
3. De plannen overleggen met bewoner en/of familie.
4. De alternatieven uitproberen.
5. Observeren en rapporteren.
6. Evalueren en zo nodig het plan aanpassen.

Voorbeelden van alternatieven welke kunnen ingezet worden bij valrisico volgens Hardeman et al. (2014) zijn:

- een medisch onderzoek (orthostatische hypotensie, pijn, gezichtsvermogen, gehoor, etc.)
- controle van het medicatieschema (bv. medicatie met als bijwerking sufheid)
- extra toezicht bij verhoogd valrisico (bv. bewoner dicht bij de verpleegpost, familie betrekken in de zorg, toezichthoudende technologie)
- een extra laag bed in combinatie met een valmat
- oproepbel en nachtkastje binnen handbereik
- een rolkussen in het bed om het vallen te voorkomen
- aanbieden van hulpmiddelen zoals rollator en looprek in overleg met de fysio- of ergotherapeut
- veilig bewegen (antislipschoenen, geen hoge hakken, geen te grote kleding, bril met juiste sterkte, etc.)
- bewoners met een verhoogd valrisico begeleiden bij verplaatsingen
- fysieke obstakels verminderen zoals matten, elektriciteitsnoeren, gladde vloeren en drempels
- nachtverlichting (met sensor), schakelaar binnen handbereik, verlichting in de badkamer aanlaten, etc.
- training- en bewegingsprogramma's door de fysiotherapeut

Voorbeelden van alternatieven welke kunnen ingezet worden bij onrust volgens Hardeman et al. (2014) zijn:

- de oriëntatie van de bewoner ondersteunen en houvast bieden (een grote klok in combinatie met een dagschema, pictogrammen voor toilet en badkamer, een foto naast de kamerdeur, gangen met straatnamen, etc.)
- persoonlijke spullen in de slaapkamer en een huiselijke sfeer om er voor te zorgen dat de bewoner zich veiliger en daardoor ook rustiger voelt

- een verzwarijgsdeken (rustgevendende werking en gevoel van geborgenheid)
- bedspondenbeschermers om letsels te voorkomen
- vaste plaatsen aan tafel (zorgt voor structuur, veiligheid en voorspelbaarheid)
- een relaxzetel voor meer comfort
- lange gangen onderbreken met zitplaatsen zodat de bewoner veilig kan dwalen en rusten
- de familie inschakelen om te bekijken hoe meer rust kan gecreëerd worden
- toezichthoudende technologie om meer toezicht te bieden
- blauw verrijkt licht kan de biologische klok van ouderen (met dementie) herstellen waardoor nachtelijke onrust afneemt
- evalueren van het drink- en eetpatroon (dorst en honger)
- een overdaad aan prikkels vermijden (lawaai, druk passeren van personeel, etc.)
- dieren in de zorg (dier-aai-project)

Volgens Goeminne et al. (2003) moeten hulpverleners aangespoord worden om probleemgedrag bij de bewoner te bestuderen. Wanneer de aanleiding of oorzaak van het probleemgedrag gekend is, door een grondige analyse, kan er een interventie gericht worden op het probleemgedrag zelf in plaats van te fixeren. Goeminne et al. (2003) verklaren dat probleemgedrag zoals onrust op de afdeling ook kan voorkomen of opgevangen worden door 4 elementen: een huiselijke sfeer, een dagschema, groepsactiviteiten en een multidisciplinaire samenwerking.

Zoals eerder aangehaald, worden wanten die beletten dat de patiënt een sonde of infuus kan uittrekken in de literatuur beschreven als een vrijheidsbeperkende maatregel. Wanten kunnen volgens Hardeman et al. (2014) ingezet worden als alternatief bij krabben, plukgedrag en andere vormen van dwangmatig aanraken. Om te voorkomen dat de patiënt een sonde of infuus uittrekt, wordt een armspalk als alternatief voorgesteld. Zowel de armspalk als wanten hebben een VBM-score van 3, dat wil zeggen dat de patiënt deze maatregelen als zeer beperkend en vervelend kan ervaren.

Toezichthoudende technologie kan ook ingezet worden als alternatief voor fysieke fixatie om risicovolle situaties zoals vallen en dwalen tijdig te detecteren (Hertogh & Wouters, 2014). Het gaat dan om technologieën zoals GPS systemen, bewegingssensoren die melden wanneer iemand uit bed komt of deursensoren die alarmeren wanneer iemand naar buiten loopt.

Een studie in 7 Nederlandse verpleeghuizen voor mensen met dementie onderzocht de haalbaarheid en toepasbaarheid van toezichthoudende technologie in de praktijk. Er werd voor een kwalitatieve benadering gekozen met semigestructureerde interviews en focusgroepsdiscussies. Verschillende types van toezichthoudende technologieën werden gebruikt zoals GPS systemen, akoestische bewaking, bewegingssensoren, deursensoren, druksensoren in de matras en chips in kledij.

Volgende manieren waarop toezichthoudende technologie kan worden gebruikt, werden vermeld door zorgverleners (Zwijzen et al., 2012):

- Om veiligheid te bieden

Zorgverleners verklaarden dat het gebruik van toezichthoudende technologie een manier is om optimale veiligheid te bieden en dit was ook het belangrijkste doel volgens de resultaten van het onderzoek. De toepassing van toezichthoudende technologie zorgt ook voor gemoedsrust bij zorg- en verpleegkundigen. Bovendien verklaarden zorgverleners veel minder terughoudend te zijn om deze technologieën te gebruiken in plaats van fysieke fixatiemiddelen (Zwijzen et al., 2012).

- Om extra veiligheid te bieden als aanvulling op vrijheidsbeperkende maatregelen

De meest gebruikte methode was een bewegingssensor op een bed met bilaterale bedsponden. De verpleegkundige weet dan wanneer de bewoner een poging doet om over de bedsponden te klimmen. Zorgverleners verklaarden een extra gevoel van veiligheid te ervaren bij het gebruik van toezichthoudende technologie (Zwijzen et al., 2012).

- Om meer vrijheid te bieden aan de bewoners

Een voordeel van toezichthoudende technologie, dat werd gerapporteerd door zorgverleners, is dat het de bewoners niet stoort in hun slaap en bij hun dagelijkse activiteiten. Toezichthoudende technologie kan de bewoner ook meer bewegingsvrijheid geven, vonden zorgverleners. Door het gebruik van chips in kledij van de bewoner kan de bewoner ook veilig dwalen door het verpleeghuis (Zwijzen et al., 2012).

Zorgverleners meldden ook beperkingen verbonden aan het gebruik van toezichthoudende technologie (Zwijzen et al., 2012):

- Toezichthoudende technologie kan niet gebruikt worden om valincidenten te voorkomen

Verschillende zorgverleners klaagden dat de bewegingssensoren niet geschikt waren in onveilige zorgsituaties. Het meest werd gemeld dat de bewegingssensoren wel een val kunnen registreren maar niet kunnen voorkomen. In sommige gevallen was een alarm gelijk aan een valincident (Zwijzen et al., 2012).

- Toezichthoudende technologie kan geen snelle hulp garanderen

Een snelle reactie op een alarm is niet gegarandeerd. Een van de problemen die zorgverleners ondervonden met toezichthoudende technologie, was dat meerdere bewegingssensoren tegelijkertijd geactiveerd werden. Zorgverleners hadden onvoldoende capaciteit om te reageren op alle signalen (Zwijzen et al., 2012).

- Toezichthoudende technologie werkt niet altijd correct

Zorgverleners klaagden over het functioneren van toezichthoudende technologie. Sommige apparaten gingen gemakkelijk stuk of moesten nauwkeurig geplaatst worden. In sommige verpleeghuizen moesten de zorgverleners extra rondes lopen om te controleren of de apparaten nog correct werkten. In een van de deelnemende verpleeghuizen werden zelfs vrijheidsbepalende maatregelen genomen door het gebruik van toezichthoudende technologie. Er ontstonden problemen omdat voor bewoners de toegang tot andere afdelingen mogelijk werd (Zwijzen et al., 2012).

- Toezichthoudende technologie zou de privacy van de bewoner kunnen schenden

Sommige zorgverleners en mantelzorgers verklaarden dat de privacy van de bewoners geschonden werd omdat ze continu werden bewaakt. Echter, voorstanders van toezichthoudende technologie waren van mening dat de privacy van de bewoners zou verhogen omdat de verpleegkundigen geen extra rondes moeten doen om te zien hoe het met de bewoners gaat (Zwijzen et al., 2012).

Hertogh en Wouters (2014) melden dat naast de inbreuk op de privacy van de bewoner het dragen van een systeem op het lichaam stigmatiserend kan zijn. Zeker als het ook nog opvallend is. Daarom is het van belang een weloverwogen besluit te nemen in samenspraak met bewoner en familie bij het gebruik van toezichthoudende technologie. Het spreekt voor zich dat de betrokkenen hierover zorgvuldig geïnformeerd moeten worden. Verder heeft toezichthoudende technologie ook gevolgen voor de zorgverlener. Vooral tijdens de nachtshift zal het intercollegiale contact verminderen. Tegelijkertijd verandert ook de relatie tussen zorgverlener en bewoner. Toezichthoudende technologie kan een aantal taken overnemen waardoor er enerzijds meer tijd is voor contacten met bewoners die daar behoefte aan hebben. Anderzijds bestaat er door verminderde contacten met sommige bewoners een risico op eenzaamheid omdat er door de zorgverlener verondersteld wordt dat alles onder controle is. Zwijzen et al. (2012) concluderen dat toezichthoudende technologie niet als een bevredigend alternatief werd gezien voor traditionele vrijheidsbepalende maatregelen. Zorgverleners hebben nood aan onderwijs en ondersteuning om deze technologie te implementeren in het werkveld.

Uit het eindrapport van Lampo et al. (2016) blijkt dat er in Vlaamse woonzorgcentra zeker interesse is in toezichthoudende technologie als alternatief voor fysieke fixatie. De hoge kostprijs (80%) en het niet voldoen van de infrastructuur (54%) zijn volgens beleidsmedewerkers de belangrijkste redenen om toezichthoudende technologie nog niet toe te passen in woonzorgcentra.

3 Methode

Uit de literatuur werd duidelijk dat verpleegkundigen vrijheidsbeperking zien als een 'gewone' verpleegkundige interventie en dat de besluitvorming vaak gebaseerd is op routine of traditie. Daarom kan het nuttig zijn om de bewustwording in het team te verhogen over de risicofactoren en gevolgen van fixeren. Kennis over alternatieven voor fysieke fixatie kan de implementatie in de praktijk bevorderen. Er wordt een bijscholing ontwikkeld als bijdrage voor een fixatie-arme zorgverlening. Als het team meer kennis heeft over de risicofactoren en gevolgen van fixeren, is het mogelijk dat er een verandering in de attitude tegenover fixatie ontstaat. Waarschijnlijk zal er dan ook bewuster met fixatiemiddelen worden omgesprongen. Bovendien zal kennis over alternatieven ervoor zorgen dat deze eerder ingezet worden, tenminste als deze beschikbaar zijn.

Om vrijheidsbeperking in de praktijk terug te dringen, is een persoonsgerichte aanpak belangrijk. Daarom worden er aan de hand van praktijkvoorbeelden 3 casussen opgesteld. De bedoeling is om multidisciplinair te bespreken of het afbouwen van vrijheidsbeperking veilig en praktisch haalbaar is. De alternatievenbundel van Vilans kan daarbij een hulp- en inspiratiemiddel zijn. Hardeman et al. (2014) beschrijven stap voor stap hoe er tewerk moet gegaan worden om vrijheidsbeperking effectief af te bouwen.

Een stapsgewijze aanpak zal er voor zorgen dat het terugdringen van fixatie op een veilige manier gebeurt. Bovendien kunnen de negatieve gevolgen van fixeren die een grote invloed hebben op de autonomie en het welzijn van de bewoner voorkomen worden.

4 Praktische uitwerking

In het WZC waar ik tewerkgesteld ben, wordt er een fixatie-arm beleid gevoerd. Er wordt dus gestreefd om vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorgverlening terug te dringen. Wanneer er in het werkveld vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden, is dit vooral uit veiligheidsoverwegingen zoals bij bewoners met een verhoogd risico op vallen. Dat blijkt ook uit het onderzoek van Möhler en Meyer (2014). Bilaterale bedsponden worden in het werkveld vaak toegepast als valpreventie. Verder worden op de afdeling, die semigesloten is, ook geriatrische stoelen met voorzettafel gebruikt als vrijheidsbeperkende maatregel. Minder frequent worden psychofarmaca, verpleegdekens en onrustgordels in het werkveld gebruikt om te fixeren.

4.1 Bijscholing

De powerpointpresentatie (zie bijlage 1) die ontwikkeld werd voor verpleegkundigen, is gebaseerd op de literatuurstudie die uitgevoerd werd en is daarom zeker niet volledig. Zo ontbreekt bijvoorbeeld het juridische aspect van fixatie. Zoals in de literatuurstudie al werd aangehaald, zijn de effecten van alleen bijscholing niet effectief in het terugdringen van vrijheidsbeperking. Bovendien blijkt na onderzoek ook nog dat het onduidelijk is welke onderdelen in een bijscholing moeten opgenomen worden (Möhler et al., 2012). In het onderzoek van Möhler en Meyer (2014) wordt aanbevolen een duidelijk beleid gericht op het reduceren van vrijheidsbeperkende maatregelen te combineren met onderwijs en ondersteuning van verpleegkundigen. Kennis over alternatieven en de beschikbaarheid van alternatieven voor fixatie spelen daarbij een belangrijke rol.

Onderwerpen die in deze bijscholing opgenomen werden zijn:

- definitie van fysieke fixatie
- prevalentie van fysieke fixatie
- vormen van fixatie
- redenen voor fysieke fixatie
- gevolgen van fysieke fixatie
- methode om vrijheidsbeperking af te bouwen
- alternatieven voor fysieke fixatie

De bijscholing werd voorgesteld aan de collega's op de afdeling tegen het einde van de ochtend- of avonddienst. De collega's vonden de bijscholing boeiend en een meerwaarde voor het werkveld. De alternatievenbundel van Hardeman et al. (2014) werd nuttig bevonden als een hulpmiddel om de praktijk te ondersteunen. De bijscholing heeft er toe geleid dat collega's stil stonden bij de huidige gang van zaken in het werkveld en nadachten over fixatie. Uit de interactie tijdens de bijscholing kwamen ook kennistekorten over fixatie naar voren. Sommige collega's

beseften niet dat een rolstoel op de rem zetten ook een vorm van fixatie is. Sommigen waren er ook van overtuigd dat fixeren efficiënt is voor valpreventie. Alle collega's waren er zich wel van bewust dat de gevolgen van fixeren een negatieve invloed hebben op de autonomie en het welzijn van de bewoners. Uit de gesprekken met collega's werd duidelijk dat zij zeker niet terughoudend staan tegenover het gebruik van alternatieven voor fysieke fixatie. Het bewustzijn is groot dat dit de kwaliteit van de zorgverlening kan verbeteren.

In het WZC zijn er verschillende werkgroepen actief. Zelf ben ik lid van de werkgroep zorgaanpak. Een taak van deze werkgroep is het kritisch beoordelen van bestaande procedures. In december 2016 stond de procedure Beperkende Maatregelen op de agenda. Van die gelegenheid maakte ik gebruik om de bijscholing en de alternatievenbundel van Vilans voor te stellen. In de huidige procedure van Beperkende Maatregelen wordt vermeld om eerst te zoeken naar alternatieven in plaats van de bewoner direct te fixeren (Werkgroep Zorgaanpak, 2013). Bij deze procedure hoort ook een informatief document met voorbeelden om fixatie uit te stellen of te vermijden. In de procedure is echter niet beschreven om vrijheidsbeperking stapsgewijs af te bouwen. Naar aanleiding van de bijscholing werd in de procedure een verwijzing gemaakt naar het stappenplan van Hardeman et al. (2014). Dit is in het digitaal kwaliteitshandboek terug te vinden in de vorm van een werkdocument. In de procedure is ook een link naar de website van Vilans toegevoegd die toegang biedt tot de alternatievenbundel.

4.2 Casussen

De casussen die opgesteld werden, zijn voorbeelden uit de praktijk. Ze werden in het team besproken volgens de methodische aanpak van Hardeman et al. (2014). Vervolgens werden de arts, familie en bewoner op de hoogte gebracht van deze bespreking en betrokken bij de besluitvorming. De alternatieven voor vrijheidsbeperking die in de casussen werden voorgesteld, komen uit de alternatievenbundel van Hardeman et al. (2014).

4.2.1 Casus J.

Mevr. J. verblijft sinds januari 2016 op onze afdeling. Ze is 90 jaar en werd opgenomen met beginnende alzheimerdementie en een verminderde zelfredzaamheid door hartfalen in 2015. J. is weduwe en heeft 3 zonen. Met 2 van hen heeft ze geen contact meer. Soms is ze neerslachtig en zegt dan het gezelschap van haar man te missen. Ze verblijft het liefst op haar kamer om de krant te lezen en zal zelden in de leefruimte bij andere bewoners gaan zitten. Tijdens de maaltijden geniet ze wel van de aanwezigheid van de andere bewoners waarmee ze aan tafel zit. Mevr. J. heeft vroeger gewerkt als poetsvrouw en fabrieksarbeidster. Ze wil zoveel mogelijk haar zelfstandigheid bewaren en zal dan

ook niet gemakkelijk om hulp vragen. J. is accidenteel incontinent voor urine en is zelfstandig voor verplaatsingen. Onlangs is ze ten val gekomen met als gevolg een heupfractuur (links). Sindsdien is haar mobiliteit sterk verminderd waardoor bij grotere afstanden een rolstoel nodig is. Haar rollator of wandelstok gebruikt ze enkel nog voor korte afstanden. Wanneer ze 's nachts naar het toilet moet, belt ze nooit omdat ze niet tot last wil zijn.

Omdat J. bang is om uit haar bed te vallen, wordt 's avonds 1 bedsponde omhoog gezet. De laatste tijd zet J. wanneer ze gaat slapen een stoel met de rugleuning tegen de andere zijkant van haar bed. Dit doet ze in de veronderstelling dan niet uit bed te kunnen vallen. Er werd haar uit veiligheidsoverwegingen al gezegd dit beter niet te doen. Maar ze is ervan overtuigd dat het een goede oplossing is. 's Avonds na 21 uur loopt ze vaak door de gang. Als men haar dan vraagt wat er aan de hand is, vertelt ze dat ze de slaap niet kan vatten omdat ze honger heeft. Tijdens de briefing werd voorgesteld om 's nachts de beide bedsponden omhoog te doen voor haar veiligheid. Maar dat wil J. absoluut niet omdat ze zich dan opgesloten voelt.

1. Een analyse maken van de situatie

Als er geen maatregelen worden genomen, komt de veiligheid van J. in het gedrang. Want de kans is reëel dat ze opnieuw ten val komt. J. gaf eerder al aan dat ze 's nachts de bedsponden niet omhoog wil omdat ze zich dan opgesloten voelt. Ze zou gefrustreerd en ongelukkig worden want ze wil haar vrijheid en zelfstandigheid behouden.

2. Multidisciplinair een plan maken op bewonersniveau

Tijdens de briefing werden enkele voorstellen besproken. De kamer opnieuw inrichten na akkoord met J. en de familie. Een ander voorstel was een bedbeugel omdat J. schrik had om uit haar bed te vallen. Op die manier kan ze dan nog zelfstandig in en uit bed. In de aanloop naar de nieuwbouw wordt ook overwogen om te investeren in nieuwe bedden met bedsponden die slechts een gedeelte van het bed beslaan. Hierdoor is het voor de bewoner mogelijk om zelfstandig en veilig in of uit bed te kunnen.

Een alternatief, waar twijfel in het team over bestond, is een heupbeschermer. Uit het onderzoek volgens Milisen et al. (2011) blijkt dat therapietrouw bij bewoners een probleem is. Er werd aangehaald dat dit voor J. ook een probleem zou kunnen zijn. Zeker omdat het ook dag en nacht moet gedragen worden. J. heeft het vaak snel warm wat een negatieve invloed zou hebben op het draagcomfort van de heupbeschermer.

Verder gaat er ook aandacht naar maatregelen die al eerder werden genomen zoals de oproepbel binnen handbereik leggen, nachtverlichting, antislipschoenen en geen te grote (nacht)kledij. Om de verplaatsingen veilig te laten verlopen, wordt ze aangespoord om de rollator te gebruiken en wordt ze daarbij begeleid. De kinesitherapie wordt verder gezet om de revalidatie te bevorderen en om haar mobiliteit in stand te houden.

Tot slot is ook een belevingsgerichte zorg van belang. Door in te spelen op de behoeften van J. kan nachtelijke onrust of dwaalgedrag voorkomen worden. Bijvoorbeeld door brood apart te houden voor later op de avond omdat ze dan honger heeft.

3. De plannen overleggen met de bewoner en/of vertegenwoordiger

De familie en J. gingen akkoord met het herinrichten van de kamer en er werd ook uitgelegd waarom deze maatregel wordt genomen. De aankoop van een bedbeugel wordt nog overwogen. Het wordt in de werkgroep mobiliteit besproken en op de investeringslijst gezet.

4. De alternatieven uitproberen

De kamer werd heringericht. Het bed werd tegen de muur gezet om de doorgang te vergroten. Elektriciteitssnoeren werden uit het zicht onttrokken zodat J. hier niet over kan struikelen. Er werd een toiletstoel op de kamer gezet zodat ze hiervoor 's nachts niet meer op de gang moet gaan. Verder ging de aandacht ook naar eerder genomen interventies om valrisico te voorkomen en de belevingsgerichte zorg.

5. Observatie en rapportage

Mevr. J. maakt 's nachts nog altijd geen gebruik van de oproepbel, ondanks haar meegedeeld werd dat ze hierdoor niet tot last is. Ze is op haar zelfstandigheid gesteld. Later op de avond voordat ze gaat slapen, eet ze 2 boterhammen. J. is dan niet meer onrustig en gaat niet meer dwalen omdat ze honger heeft. Wanneer we 's avonds op haar kamer komen, liggen er soms dingen op de grond, zoals een krant of een badjas. Vaak doet ze ook haar pantoffels niet goed aan waardoor het risico op vallen ook weer groter is. J. is tevreden over de nieuwe inrichting van de kamer. De vergrote doorgang zorgt ervoor dat ze zich veiliger kan verplaatsen waardoor het risico op vallen kleiner wordt. Ze maakt ook zelfstandig gebruik van de toiletstoel en begeeft zich 's nachts niet meer op de gang.

6. Evalueren en zo nodig het plan aanpassen

De genomen maatregelen, zoals de herinrichting van de kamer, zijn nuttig. Het moet nog blijken wat de effecten ervan op lange termijn zijn. Het is ook nodig om 's avonds de kamer wat op orde te brengen zodat ze 's nachts, wanneer ze naar het toilet moet, niet over obstakels zou vallen. Er is een verhoogd toezicht omdat J. de oproepbel niet gebruikt. Er wordt ook hulp geboden of erop toegezien dat J. haar schoenen of pantoffels goed aandoet.

Ten slotte heeft J. ook weinig inzicht in de risicofactoren die het vallen bevorderen. Belangrijk is om hier op een belevingsgerichte manier mee om te gaan. Dus is het van belang om haar sterke kanten, zoals haar zelfstandigheid, te benadrukken en haar aan te moedigen in wat ze goed doet.

4.2.2 Casus M.

M. is een 93-jarige vrouw met gevorderde alzheimersdementie en diabetes type 2. Ze werd in 2006 opgenomen in het WZC omwille van recidiverend vallen en een verminderde zelfredzaamheid waardoor thuis wonen niet meer veilig was. M. is weduwe, heeft 2 zonen en 1 dochter. Ze krijgt bijna dagelijks bezoek. M. heeft gestudeerd voor leerkracht maar is altijd huisvrouw gebleven om voor de kinderen te zorgen. Na het overlijden van een medebewoonster en tevens goede vriendin vertoonde ze dwaal- en wegloopgedrag. Om die reden werd ze verhuisd naar een semigesloten afdeling. M. heeft hulp nodig bij ADL-handelingen zoals wassen, kleden en toiletgang. Bij de maaltijden is alleen voorbereidende hulp nodig. Communicatie met M. is nog mogelijk maar verloopt moeizaam.

Na een valincident in 2013 met als gevolg een voetfractuur (rechts) werd uit veiligheidsredenen overeengekomen om haar te fixeren met de onrustgordel zowel in de zetel als in het bed. Deze maatregel werd genomen omdat M. met de gipsspalk rondliep en daarbij viel. De dochter van M. had het moeilijk met de beslissing om de onrustgordel te gebruiken om valrecidieven te voorkomen. Ze begreep wel dat er iets moest ondernomen worden omdat M. geen inzicht meer had in het gevaar dat ze liep. De mobiliteit van M. is ook na het herstel van de voetfractuur sterk achteruit gegaan en verplaatsingen gebeuren sindsdien met de rolstoel. Nu worden als fixatiemaatregelen 's nachts de bedsponden gebruikt. Overdag wordt de onrustgordel in de zetel en in de rolstoel gebruikt om te voorkomen dat M. zou vallen.

1. Een analyse maken van de situatie

De bedsponden worden omhoog gedaan om te voorkomen dat M. 's nachts uit bed zou vallen. Deze maatregel kan niet achterwege gelaten worden. Een valmat in combinatie met het bed in laagstand is in deze situatie geen goed alternatief omdat het bed in laagstand nog vrij hoog is. Bovendien zou M. ernstig kunnen schrikken bij een val en zou het ook lang kunnen duren voor dit opgemerkt wordt door de nachtverpleegkundige. Overdag wordt de onrustgordel gebruikt omdat sinds het valincident haar mobiliteit en balans sterk verminderd zijn. Wanneer ze zou opstaan, is er een verhoogd valrisico.

2. Multidisciplinair een plan maken op bewonersniveau

Er werden 2 voorstellen gedaan om de vrijheidsbeperking af te bouwen. De dochter van M. stelde de vraag of de onrustgordel nog zinvol was. Het eerste voorstel was daarom om de onrustgordel stapsgewijs achterwege te laten. Concreter wordt de onrustgordel achterwege gelaten in de rolstoel wanneer de dochter van M. met haar naar de cafetaria gaat. De dochter van M. komt bijna dagelijks op bezoek en blijft dan ongeveer 1 uur. In deze tijdspanne is het mogelijk om goed te observeren wat er gebeurt als de vrijheidsbeperkende maatregel niet meer toegepast wordt. Dit voorstel werd ook door de huisarts van M. goedgekeurd. Als dit veilig is en M. verder geen poging doet om op te staan, kan de onrustgordel in de zetel ook

achterwege gelaten worden. Haar mobiliteit wordt zoals voordien in de mate van het mogelijke door kinesitherapie in stand gehouden. Het tweede voorstel was een kantelbare relaxstoel, wat overeenkomt met een VBM-score van 0. Mogelijk zal M. in een relaxstoel minder de neiging hebben om op te staan. In de aanloop naar de nieuwbouw wordt nog beslist of dergelijke relaxstoelen aangekocht zullen worden.

3. De plannen overleggen met de bewoner en/of vertegenwoordiger

Deze maatregelen werden besproken met de familie. Er werd afgesproken om M. niet te fixeren wanneer de familie op bezoek is. De dochter van M. voelt zich opgelucht bij de beslissing dat de onrustgordel achterwege gelaten kan worden wanneer ze op bezoek is. Ze gaf aan dat ze zich schaamde voor de onrustgordel. De onrustgordel continu achterwege laten, is geen optie vanwege het verhoogd risico op vallen. De familie ging hier ook mee akkoord om valrecidieven te voorkomen.

4. De alternatieven uitproberen

M. wordt niet meer gefixeerd in de rolstoel wanneer de familie op bezoek is.

5. Observatie en rapportage

M. onderneemt geen poging om recht te staan in het bijzijn van de familie wanneer ze niet gefixeerd wordt.

6. Evalueren en zo nodig het plan aanpassen

Na 1 week werd multidisciplinair en in samenspraak met de dochter beslist om M. niet meer in de zetel te fixeren. Enkele dagen later werd opgemerkt dat ze in de rolstoel soms de neiging had om voorover te buigen waardoor het valrisico weer groter was. Er werd besloten om haar niet meer zonder toezicht in de rolstoel te laten zitten. In de zetel zit M. waarschijnlijk comfortabeler waardoor er minder kans op onrust is. Een week later nadat er beslist werd om M. ook niet meer in de zetel te fixeren, heeft het team niet de indruk dat het valrisico verhoogd is.

4.2.3 Casus W.

Dhr. W. is 82 jaar en verblijft sinds eind 2015 op onze afdeling. Hij werd opgenomen omwille van middelmatige alzheimerdementie en een onhoudbare thuissituatie, vooral omkering van het dag- en nachtritme en agressief gedrag. W. is getrouwd en heeft 2 kinderen. Zijn echtgenote komt dagelijks op bezoek. W. werkte als ingenieur, was heel zelfstandig en leefde voor zijn job. Hij heeft een zeer gesloten karakter. Uit zichzelf zal hij geen contact leggen met medebewoners of personeel. Bovendien wordt hij ook geconfronteerd met afasie (sensorisch en motorisch) waardoor communicatie moeilijk wordt. W. is accidenteel incontinent voor urine en heeft volledige hulp nodig bij de toiletgang. Zijn gezicht en bovenlichaam wassen, kan hij zelf. Verder is gedeeltelijke hulp nodig bij het wassen

en kleden. Bij de maaltijden is alleen voorbereidende hulp nodig. Voor de verplaatsingen heeft W. geen hulpmiddel nodig.

W. wordt met de onrustgordel gefixeerd bij dwaalgedrag en sociaal onaangepast gedrag, zowel overdag als 's nachts. Andere bewoners ervaren het als hinderlijk wanneer W. ongevraagd bij hen op de kamer komt. Deze maatregelen werden multidisciplinair genomen en in samenspraak met zijn echtgenote.

De laatste tijd is W. apathisch en soms fysiek agressief, wat we voordien nog niet ondervonden hadden. Zijn eetlust is ook sterk afgenomen. Vroeger had hij alleen voorbereidende hulp nodig bij de maaltijden, maar tegenwoordig heeft hij meer ondersteuning nodig omdat hij anders bijna niet meer eet.

1. Een analyse maken van de situatie

W. wordt zowel overdag als 's nachts met de onrustgordel gefixeerd wanneer hij onrustig is. Wanneer deze maatregel achterwege wordt gelaten, is er een risico op dwalen en sociaal onaangepast gedrag.

2. Multidisciplinair een plan maken op bewonersniveau

Er werd multidisciplinair een plan opgesteld om W. gedurende 4 dagen overdag na het ontbijt op de gesloten afdeling te laten verblijven. Op de gesloten afdeling moet hij overdag niet meer gefixeerd worden met de onrustgordel omdat alle kamers gesloten zijn. De gesloten afdeling is nog altijd een vrijheidsbeperkende interventie. Toch wordt er verwacht dat deze maatregel een positieve invloed op het welzijn van W. zal hebben. Als dit goed verloopt, kan hij naar deze afdeling verhuizen.

Een alternatief voor de gesloten afdeling en minder ingrijpend volgens Hardeman et al. (2014) is dwaaldetectie. Het voordeel daarvan is dat er selectiever kan omgegaan worden met de geslotenheid van een afdeling.

3. De plannen overleggen met de bewoner en/of vertegenwoordiger

De vrouw van W. en ook de kinderen reageerden positief op het voorstel en gingen hiermee akkoord. Enerzijds is de vrouw van W. blij dat de vrijheidsbeperkende maatregel kan afgebouwd worden. Anderzijds is ze ook bang dat W. agressief zou kunnen worden naar medebewoners toe of dat hij wegloopgedrag zou vertonen. Daarom werd haar uitgelegd dat door te fixeren het risico op onrust en agressie alleen maar toeneemt als gevolg van frustratie. Verder werd ook uitgelegd dat als de vrijheidsbeperkende maatregel achterwege gelaten wordt W. zijn mobiliteit bevordert wordt en er een positieve invloed op zijn welzijn mag verwacht worden. Er werd benadrukt dat W. goed geobserveerd zou worden op deze afdeling en dat in normale omstandigheden de bewoners de gesloten afdeling niet kunnen verlaten.

4. De alternatieven uitproberen

W. verbleef van dinsdag tot en met vrijdag op de gesloten afdeling na de ochtendzorg en het ontbijt zoals was afgesproken. Hij werd er niet gefixeerd met de

onrustgordel zodat hij overdag vrij kon rondlopen op de afdeling. Overnachten deed hij gedurende dit proefproject nog op onze afdeling.

5. Observatie en rapportage

Het verblijf op de gesloten afdeling was goed verlopen. W. kon vrij rondlopen op de afdeling waardoor hij gelukkiger leek. De tweede dag al was zijn eetlust toegenomen en deed hij een poging om zelfstandig te kunnen eten. In samenspraak met de ergotherapeut werd beslist om een bordrand te bestellen zodat zijn zelfstandigheid bevorderd werd. De vrouw van W. was zichtbaar opgelucht dat W. op de andere afdeling zou kunnen aarden. Maar ook voor haar was het wennen aan de andere afdeling en het ander personeel.

6. Evalueren en zo nodig het plan aanpassen

De eerstvolgende week nadat het plan was uitgevoerd, werd multidisciplinair beslist dat W. naar de gesloten afdeling kan verhuizen. Deze beslissing zal het fysiek en psychisch welzijn van W. verbeteren.

4.3 Besluit casussen

Uit de casusbesprekingen werd duidelijk dat bewonerskenmerken en de houding van verpleegkundigen tegenover vrijheidsbeperking een belangrijke rol spelen bij het overgaan tot vrijheidsbeperking. Een cognitieve beperking zoals alzheimerdementie is een van de belangrijkste risicofactoren, zoals dat ook blijkt uit de casussen. De veiligheid van bewoners of medebewoners waarborgen, kwam ook naar voren als belangrijkste reden waarom verpleegkundigen fixeren. De gevolgen van fixeren voor bewoner en familie werden ook duidelijk beschreven. Bijvoorbeeld in de casus van W. wordt beschreven dat zijn zorgafhankelijkheid toeneemt en er sprake is van een verminderde eetlust. Uit de casus van M. blijkt dat haar dochter zich schaamt voor de onrustgordel. Dit werd pas duidelijk wanneer de noodzaak van deze vrijheidsbeperkende maatregel in twijfel werd getrokken. Daartegenover staat dat het team de veiligheid van M. wilde garanderen. Dit is een concreet voorbeeld uit de praktijk van hoe familieleden vrijheidsbeperking anders ervaren dan zorgverleners het bedoelen.

5 Discussie

5.1 Kritische bespreking literatuur

In de literatuur is veel onderzoek over vrijheidsbeperking verschenen, ook in het bijzonder over vrijheidsbeperking bij ouderen in de chronische zorg. Al de onderzoeksvragen konden beantwoord worden. De kennis van verpleegkundigen over fixatie werd echter beperkt besproken. Ook beschrijven deze artikelen de kennis van verpleegkundigen over fixatie die werkzaam zijn in de acute sector.

De selectie van de artikelen nam veel tijd in beslag. Zo beschrijven enerzijds meerdere studies interventieprogramma's om fixatie te verminderen en anderzijds de besluitvorming van verpleegkundigen om wel of niet te fixeren. Er werden veel alternatieven voor vrijheidsbeperking in de literatuur gevonden. Het was niet mogelijk om deze allemaal te bespreken. Het systematisch zoeken naar relevante literatuur en het bestuderen ervan was nodig alvorens te kunnen starten met het schrijven van de bachelorproef. Dat dit een proces is dat tijd vraagt, heb ik ook geleerd bij het maken van een wetenschappelijk onderbouwd werk.

Er werden geen recente prevalentiecijfers van fysieke fixatie in woonzorgcentra voor Vlaanderen gevonden. Deze cijfers kunnen echter wel opgevraagd worden bij het Agentschap Zorg en Gezondheid. Hoewel kwaliteitszorg hoog in het vaandel wordt gedragen, liggen de prevalentiecijfers nog hoog in de woonzorgcentra. Daarbij zijn onderzoeksresultaten moeilijk vergelijkbaar omwille van verschillende definities die in de onderzoeken gehanteerd worden. Om die reden werd recent door 47 experts uit 13 landen een internationale onderzoeksdefinitie opgesteld.

Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen copingstrategieën gebruiken om met hun morele conflicten om te gaan bij het fixeren. Ondanks hun morele conflicten beslissen verpleegkundigen vaak om wel te fixeren. Fixatie wordt door verpleegkundigen zelfs omschreven als een 'gewone' verpleegkundige interventie. Routineus gedrag staat een mentaliteitswijziging in het werkveld over fixeren in de weg. Daarom werd een antwoord gezocht op de vraag waarom verpleegkundigen fixeren en wat hiervan de risico's en gevolgen kunnen zijn. Het doel was het bewustzijn van collega's te verhogen, wat hun houding tegenover fixeren mogelijk kan veranderen.

Verder blijkt ook dat de gevolgen van fixeren niet alleen een grote impact hebben op de bewoner maar ook op de familie van de bewoner. Ook familieleden kunnen negatieve gevoelens ervaren bij vrijheidsbeperking. Als zorgverlener sta je dicht bij de familie van de bewoner en is het belangrijk om hen te ondersteunen. In de literatuur is hierover echter weinig terug te vinden. Verder onderzoek is dan ook nodig. Ondanks dat meerdere studies bevestigen dat door te fixeren het valrisico niet daalt, is valpreventie de meest vermelde reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Ook in de praktijk wordt valpreventie vaak als reden aangehaald om te fixeren. De vraag die hier kan gesteld worden, is of evidence

based onderzoek voldoende zijn weg vindt naar het werkveld. Volgens meerdere onderzoekers moet er tijdens scholingen sterk benadrukt worden dat fysieke fixatie ongeschikt is als valpreventie.

Door de literatuurstudie ben ik bewuster geworden over de impact van vrijheidsbeperking op bewoner en familie. Ik zal kritischer met fixatiemiddelen omspringen en meer overleggen om alternatieven te gebruiken in de zorgverlening. Deze alternatieven moeten dan ook wel ter beschikking worden gesteld.

Een beleidswijziging, waar fixatie als een laatste redmiddel wordt beschouwd, blijkt effectief te zijn om een fixatie-arme zorgverlening te bevorderen. De alternatieven die in de literatuur beschreven worden, maken het mogelijk om vrijheidsbeperking af te bouwen. De alternatievenbundel van Hardeman et al. (2014) is een hulpmiddel dat in het werkveld al voor inspiratie zorgde, ook al is deze bundel niet specifiek naar de ouderenzorg gericht. Toezichhoudende technologie werd volgens Zwijsen et al. (2012) niet als een bevredigend alternatief voor fysieke fixatie gezien. Dit was enerzijds te wijten aan een gebrek van kennis over toezichhoudende technologie en anderzijds omdat sommige apparaten niet correct werkten. Verpleegkundigen hadden geen vertrouwen in de apparaten en voelden zich onzeker over de veiligheid van de bewoner. Hieruit kan besloten worden dat het te vroeg is om in deze technologie te investeren. Verder onderzoek is nodig hoe toezichhoudende technologie met succes kan geïmplementeerd worden in de woonzorgcentra. Ook afzonderlijk onderzoek van de verschillende toepassingen van deze technologie is belangrijk. Het welzijn en de levenskwaliteit van ouderen verbeteren, moet het doel zijn van verder onderzoek om vrijheidsbeperking te voorkomen.

5.2 Kritische bespreking praktijkgedeelte

In vergelijking met België gaat in Nederland meer aandacht naar het terugdringen van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. Volgens Hamers et al. (2013) kregen in Nederland meerdere projecten zoals Zorg voor Beter en de Innovatiekring Dementie aandacht om vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen in de verpleeghuizen. De inspectie voor de gezondheidszorg gaf in 2011 al het advies om de EXBELT interventie in te voeren.

De bijscholing die voor verpleegkundigen ontwikkeld werd, is onderbouwd met relevante wetenschappelijke literatuur. Toch is de bijscholing beperkt of onvolledig omdat ze enkel werd uitgewerkt met de resultaten van de uitgevoerde literatuurstudie. Het doel van de bijscholing en de casussen was om als team stil te staan en na te denken over fixatie om de bewustwording te verhogen. In dat opzet is de praktische aanpak wel geslaagd. Uit de interactie tijdens de bijscholing bleek dat sommige collega's niet beseften dat een rolstoel op de rem zetten een vrijheidsbeperkende interventie is. Ook was er tegenstrijdigheid over dat fixatie niet efficiënt is voor valpreventie. De bijscholing zou in de toekomst op grotere schaal moeten aangeboden worden om iedereen in het WZC te bereiken. Om de

kennisoverdracht te verbeteren zou e-learning ook een oplossing kunnen zijn. De resultaten van bijscholing alleen blijken echter gering en van korte duur te zijn.

De casusbesprekingen hebben er ook effectief toe geleid dat vrijheidsbeperking werd afgebouwd bij deze bewoners. Dat het belangrijk is om dit persoonsgericht en methodisch te doen, werd ook tijdens de bijscholing uitgelegd. Het stappenplan van Hardeman et al. (2014) werd hier als voorbeeld genomen. Wanneer alternatieven uitgeprobeerd worden, blijft waakzaamheid en opvolging noodzakelijk. Belangrijk is dus om te observeren, te rapporteren en te evalueren om de veiligheid van de bewoner te garanderen.

In de literatuur wordt een extra laag bed in combinatie met een valmat als alternatief voor bewoners met valrisico voorgesteld. Hardeman et al. (2014) vestigen hier de aandacht op dat dit ook tot gevaarlijke situaties kan leiden. Bewoners kunnen bijvoorbeeld struikelen over de valmat. Daarom werd bij de casusbesprekingen een valmat geen geschikt alternatief bevonden voor deze bewoners. Ik bedenk me dan ook dat dit voor de zorgverlener een obstakel kan vormen als de valmat telkens moet weggehaald worden voor de verzorging van de bewoner.

In de werkgroep zorgaanpak werd de procedure Beperkende Maatregelen kritisch beoordeeld. De huidige procedure werd uitgebreid met een werkdocument waarin het stappenplan van Hardeman et al. (2014) is opgenomen om vrijheidsbeperking te kunnen afbouwen. Ook is er in de procedure een link naar de website van Vilans toegevoegd die toegang biedt tot de alternatievenbundel.

Door de grondige literatuurstudie zal dit onderwerp belangrijk blijven in mijn verdere loopbaan. Er werd een duidelijk bewijs gevonden dat fixeren een negatieve invloed heeft op de autonomie en de gezondheid van ouderen. Het stappenplan en de alternatievenbundel van Hardeman et al. (2014) neem ik alvast mee naar het werkveld om een meer fixatie-arme zorgverlening te bevorderen.

6 Besluit

Het doel van dit onderzoek was ten eerste de bewustwording over vrijheidsbeperking in het team te verhogen en ten tweede alternatieven voor vrijheidsbeperking voor te stellen om deze te implementeren in het werkveld. De bijscholing die in het werkveld werd voorgesteld, vergrootte de bewustwording over de risicofactoren en de negatieve gevolgen van fixeren. Aan de hand van praktijkvoorbeelden werden 3 casussen opgesteld en besproken volgens de methodische aanpak van Hardeman et al. (2014). Er werden effectief alternatieven voor vrijheidsbeperking uitgetoond bij deze bewoners na een multidisciplinair overleg. Dus vrijheidsbeperking afbouwen was haalbaar in de praktijk en bovendien was dit veilig.

Bewonerskenmerken en de houding van verpleegkundigen tegenover fixatie zijn sterk beïnvloedende factoren om vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen in de ouderenzorg. Verpleegkundigen gebruiken copingstrategieën om met hun morele conflicten bij het fixeren om te gaan. Ondanks hun morele conflicten en twijfels beslissen verpleegkundigen vaak om wel te fixeren. Vaak is deze beslissing om te fixeren gebaseerd op routine of traditie.

Vrijheidsbeperking heeft negatieve gevolgen voor ouderen op zowel fysiek als op psychisch vlak en is dus ook nadelig voor de autonomie en het welzijn van ouderen. Zorgverleners onderschatten deze gevolgen of zijn er zich niet van bewust. Onrust en agitatie nemen toe bij ouderen wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen genomen worden. Ouderen met dementie zoeken naar geborgenheid. De gevolgen van fixatie zijn voor hen zeer ingrijpend en versterken het gevoel van hulpeloosheid.

Een persoonsgerichte zorg is van belang om vrijheidsbeperking in de praktijk terug te dringen. Verder is er nood aan een duidelijk beleid waar fixatie als een laatste redmiddel wordt gezien en waar de nadruk gelegd wordt op het gebruik van alternatieven. Daarbij is het ook belangrijk om zorgverleners te scholen en te ondersteunen.

Tot slot wil ik enkele aanbevelingen doen. Om de kennis over fixatie en alternatieven te bevorderen, zijn bijscholingen op grotere schaal in het WZC nodig. Verder onderzoek is nodig naar de verschillende toepassingen van toezichthoudende technologie en ook hoe dit met succes in de praktijk kan geïmplementeerd worden. De impact van vrijheidsbeperking op de familie van de bewoner mag niet onderschat worden. Ook hierover is verder onderzoek aangewezen.

Literatuurlijst

- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P., & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (1), 10-18.
- Cunha, M., André, S., Bica, I., Ribeiro, O., Dias, A., & Andrada, A. (2016). Chemical and Physical Restraint of Patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 389-399.
- Dielis-van Houts, A. (2003). Van risicoacceptatie tot vrijheidsbeperking. In T. van der Kruk, C. Salentijn, & M. Schuurmans (Red.), *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen* (pp. 373-390). Utrecht: Lemma.
- Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J. N., et al. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (10), 1110-1118.
- Gastmans, C., & Vanlaere, L. (2005). *Cirkels van zorg: Ethisch omgaan met ouderen*. Leuven: Davidsfonds.
- Goeminne, L., De Ridder, D., & Liégeois, A. (2003). *Fixeren of niet fixeren?* Mechelen: Kluwer.
- Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., van Rossum, E., & Hamers, J. P. (2013). Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61 (1), 107-112.
- Halfens, R. J., Meesterberends, E., Neyens, J. C., Rondas, A. A., Rijcken, S., Wolters, S., et al. (2016). *Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2015*. Opgeroepen op september 26, 2016, van Zorg voor Beter: <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf>
- Hamers, J. P., Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Capezuti, E., & van Rossum, E. (2013). De weg naar een bandenloze zorg in Nederland. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 44 (6), 253-260.
- Hardeman, F., Van Vliet, M., van der Leeuw, J., & Gerretsen, A. (2014). *Ruim 80 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg*. Opgeroepen op september 5, 2016, van Vilans: <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf>
- Heinze, C., Dassen, T., & Grittner, U. (2012). Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7-8), 1033-1040.
- Hertogh, C., & Wouters, E. (2014). Ethische aspecten bij het gebruik van toezichthoudende domotica. In J. van Hoof, & E. J. Wouters (Red.), *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis* (pp. 73-74). Geraadpleegd via Springer Link.
- Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (21-22), 3012-3024.

- Hofmann, H., Schorro, E., Haastert, B., & Meyer, G. (2015). Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC geriatrics* , 15, 129.
- Lampo, E., Carlassara, V., Degryse, B., Lauwers, H., Glorieux, F., Vermeulen, B., et al. (2016). *Slimme technologie als alternatief voor fysieke fixatie: eindrapport*. Opgeroepen op maart 6, 2017, van STAFF-project: <https://staffproject.jimdo.com/resultaten/>
- Milisen, K., Coussement, J., Boonen, S., Geeraerts, A., Druyts, L., Van Weesenbeeck, A., et al. (2011). Nursing staff attitudes of hip protector use in long-term care, and differences in characteristics between adherent and non-adherent residents: A survey and observational study. *International Journal of Nursing Studies* , 48 (2), 193-203.
- Möhler, R., & Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies* , 51 (2), 274-288.
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2012). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. *Journal of Clinical Nursing* , 21 (21-22), 3070-3081.
- Schim van der Loeff-van Veen, R. J. (2012). *Geriatricie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Slachmuylders, K., Ceulemans, C., Franck, E., Van Genechten, N., Roossens, J., Michiels, I., et al. (2012). Fixatie: Eerst denken en dan liever niet doen. *Zorgmagazine* , 6-13.
- Van Wesenbeeck, A., De Becker, I., Man, B., & Milisen, K. (2002). Het gebruik van fixatiemiddelen bij ouderen. In K. Milisen, L. De Maesschalck, & I. Abraham (Red.), *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen* (pp. 373-384). Maarssen: Elsevier.
- Vermeer, K. (2014). Gezamenlijk kun je de zorg veranderen op basis van evidence. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* , 12 (1), 21-23.
- Werkgroep Zorgaanpak. (2013). *Procedure beperkende maatregelen/fixatie*.
- Zwijzen, S. A., Depla, M. F., Niemeijer, A. R., Francke, A. L., & Hertogh, C. M. (2012). Surveillance technology: An alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *International journal of nursing studies* , 49 (2), 212-219.

De referenties in de literatuurlijst werden opgesteld in de APA-stijl via Word. Deze kunnen dus afwijken van de regels in de Thomas More stijlwijzer.

Een fixatiereducerend beleid, een haalbare kaart binnen een woonzorgcentrum?

Luc Vervoort

Definitie van fysieke fixatie

- “any action or procedure that prevents a person’s free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method that is attached or adjacent to a person’s body and that he/she cannot control or remove easily.”

(Bleijlevens et al., 2012)

Prevalentie van fysieke fixatie

- Vlaanderen: **45,5%** en **75,9%**

(Van Wesenbeeck et al., 2002)

- Internationaal: **15%** en **66%**

(Hamers et al., 2013)

Vormen van fixatie

Fysieke fixatie:

- Bedsponden
- Onrustgordels
- Verpleegdekens
- Geriatrische stoelen en/of voorzettafel
- Handschoenen
- Pols- en enkelbandjes
- ...

(Van Wesenbeeck et al., 2002)

Vormen van fixatie

Chemische fixatie

- Dipiperon[®]
- Haldol[®]
- Temesta[®]
- Risperdal[®]
- ...

(Schim van der Loeff-van Veen, 2012)

Andere vrijheidsbeperkende interventies

- Rolstoel op de rem
- Gesloten deur
- Toezichhoudende technologie (bewegingssensoren, deursensoren, ...)
- Nalaten van handelingen
- ...

(Dielis-van Houts, 2003; Hertogh & Wouters, 2014; Vermeer, 2014)

Redenen voor fysieke fixatie

Bewonersgebonden invloeden

- Verhoogde zorgafhankelijkheid
- Ernstige mobiliteitsproblemen
- Risico op vallen
- Cognitieve beperkingen
- Agitatie en agressie
- Medische behandeling
- Incontinentieproblemen

(Goeminne et al., 2003; Hamers et al., 2013; Hofmann & Hahn, 2014)

Redenen voor fysieke fixatie

Niet-bewonersgebonden invloeden

- Veiligheid van andere bewoners
- Vrees voor aansprakelijkheid
- Werkdruk?
- Op vraag van familie
- Gebrek aan kennis

(Möhler & Meyer, 2014)

Fixatie enkel als laatste redmiddel

- Fixeren is niet efficiënt bij:
 - Valpreventie
 - Onrust
- Fixeren houdt risico's in

(Hamers et. al 2013; Schim van der Loeff-van Veen, 2012)

Fysieke gevolgen

- Toenemende afhankelijkheid voor ADL
- Mobiliteitsproblemen
- Verwondingen
- Contracturen
- Decubitus
- Incontinentie voor urine en feces

(Goeminne et al., 2003; Hofmann & Hahn, 2014)

Fysieke gevolgen

- Infecties van de luchtwegen en urinewegen
- Obstipatie
- Verminderde eetlust
- Hogere mortaliteit
- Demineralisatie van het skelet met broze botten tot gevolg
- Oedeem ter hoogte van de onderste ledematen
- Overlijden door wurging

(Goeminne et al., 2003; Hofmann & Hahn, 2014)

Psychische gevolgen

- Woede of agressie
- Frustratie
- Angst
- Eenzaamheid
- Wantrouwen tegenover zorgverleners
- Verlies van menselijke waardigheid
- Stress

(Goeminne et al., 2003; Hofmann & Hahn, 2014)

Psychische gevolgen

- Paniek
- Apathie
- Weerstand
- Depressie
- Gevangen gevoel
- Verminderd cognitief functioneren

(Goeminne et al., 2003; Hofmann & Hahn, 2014)

Hoe vrijheidsbeperking afbouwen?

- Beleidswijziging
- Persoonsgericht
- Multidisciplinair
- Samenspraak familie/bewoner
- Stappenplan
- Alternatievenbundel Vilans
- Minst ingrijpende maatregel

(Hardeman et al., 2014)



Figuur 1: Alternatievenbundel van Vilans

Hoe vrijheidsbeperking afbouwen?

- 1) De situatie analyseren
- 2) Multidisciplinair een plan maken op bewonersniveau
- 3) De plannen overleggen met bewoner en/of familie
- 4) De alternatieven uitproberen
- 5) Observeren en rapporteren
- 6) Evalueren en zo nodig het plan aanpassen

(Hardeman et al., 2014)

Alternatieven voor een verhoogd valrisico

- Medisch onderzoek
- Controle van het medicatieschema
- Extra toezicht bij verhoogd valrisico
- Verlaagd bed en valmat
- Oproepbel en nachtkastje binnen handbereik

(Hardeman et al., 2014)

Alternatieven voor een verhoogd valrisico

- Aanbieden van hulpmiddelen zoals rollator, looprek,
... (in overleg met fysio- of ergotherapeut)
- Antislipschoenen
- (Nacht)kleding niet te groot
- Heupbeschermer
- Positioneringkussen

(Hardeman et al., 2014)

Alternatieven voor een verhoogd valrisico

- Bewoners met een verhoogd valrisico begeleiden
- Fysieke obstakels verminderen
- Nachtverlichting (met sensor)
- Verlichting in de badkamer aanlaten
- Training- en bewegingsprogramma's (door fysiotherapeut)
- Bedbeugel

(Hardeman et al., 2014)

Alternatieven bij onrust

- Grote klok in combinatie met een dagschema
- Gangen met straatnamen
- Persoonlijke spullen in de slaapkamer
- Huiselijke sfeer
- Pictogrammen om de oriëntatie te vergroten
- Verzwarringsdeken

(Hardeman et al., 2014)

Alternatieven bij onrust

- Vaste plaatsen aan tafel
- Relaxzetel voor meer comfort
- Veilige dwaalroute met zitplaatsen
- Familie inschakelen
- Blauw verrijkt licht
- Toezichthoudende technologie

(Hardeman et al., 2014)

Alternatieven

Figuur 2: Bedbeugel

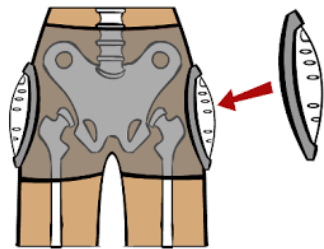


Figuur3: Valmat



Alternatieven

Figuur 4: Heupbeschermer



Figuur 5: Heupbeschermer



Bedankt voor uw aandacht

Literatuurlijst

1. Dielis-van Houts, A. (2003). Van risicoacceptatie tot vrijheidsbeperking. In T. van der Kruk, C. Salentijn, & M. Schuurmans (Red.), *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen* (pp. 373-390). Utrecht: Lemma.
2. Goeminne, L., De Ridder, D., & Liégeois, A. (2003). *Fixeren of niet fixeren?* Mechelen: Kluwer.
3. Hamers, J. P., Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Capezuti, E., & van Rossum, E. (2013). De weg naar een bandenloze zorg in Nederland. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 44 (6), 253-260.

Literatuurlijst

4. Hardeman, F., Van Vliet, M., van der Leeuw, J., & Gerretsen, A. (2014). *Ruim 80 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg*. Opgeroepen op september 5, 2016, van Vilans: <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf>
5. Hertogh, C., & Wouters, E. (2014). Ethische aspecten bij het gebruik van toezichthoudende domotica. In J. van Hoof, & E. J. Wouters (Red.), *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis* (pp. 73-74). Geraadpleegd via Springer Link.

Literatuurlijst

6. Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (21-22), 3012-3024.
7. Möhler, R., & Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (2), 274-288.
8. Schim van der Loeff-van Veen, R. J. (2012). *Geriatricie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Literatuurlijst

9. Van Wesenbeeck, A., De Becker, I., Man, B., & Milisen, K. (2002). Het gebruik van fixatiemiddelen bij ouderen. In K. Milisen, L. De Maesschalck, & I. Abraham (Red.), *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen* (pp. 373-384). Maarssen: Elsevier.
10. Vermeer, K. (2014). Gezamenlijk kun je de zorg veranderen op basis van evidence. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 12 (1), 21-23.

Figuren

1. Figuur 1: Alternatievenbundel van Vilans, Geraadpleegd op 26 oktober 2016 via http://www.zorgvoorbeter.nl/images/PVZ/vindplaats/vrijheidsbeperking/alternatievenbundel_200.jpg
2. Figuur 2: Bedbeugel Easyrail, Geraadpleegd op 26 oktober 2016 via <https://shop.medifix.nl/p/thuiszorgwinkel-bedbeugel-easyrail/549/1154-1160:1091/>
3. Figuur 3: Valmat met lichtgevende rand, Geraadpleegd op 26 oktober 2016 via <https://www.harting-bank.nl/webshop/valmat-met-lichtgevende-rand>

Figuren

4. Figuur 4: Heupbeschermer, Geraadpleegd op 26 oktober 2016 via <https://www.debraceshop.nl/wanneer-een-heupbeschermer-dragen/>
5. Figuur 5: Heupbeschermer, Geraadpleegd op 26 oktober 2016 via <http://www.mijncomfortwinkel.nl/heupbeschermer-losse-heupbroek.html>

