



Less fixation more freedom

Alternatieven voor vrijheidsbeperkende
maatregelen in een woonzorgcentrum

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2023-2024

Naam: Nele Verdickt

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Voorwoord

Na vier jaar vol toewijding en doorzettingsvermogen, ben ik verheugd om mijn bachelorproef als finaal deel van mijn studies te presenteren.

Hoewel het soms een uitdaging was om de balans te vinden tussen mijn stages, studies en het werken aan mijn bachelorproef, heb ik het geluk gehad om omringd te zijn door een waardevol steunnetwerk. Zonder de onschatbare adviezen, hulp en aanmoedigingen van verschillende mensen had ik dit niet kunnen bereiken.

Graag wil ik van deze gelegenheid dus gebruik maken om deze personen te bedanken. Zonder hen zou de bachelorproef niet zo goed tot zijn recht zijn gekomen als nu.

Mijn diepste waardering gaat uit naar mijn familieleden, vrienden en medestudenten die me onvoorwaardelijk steunden en ook geduld hadden met mij wanneer ik weer eens een afspraak moest verzetten om een deadline te halen. Mijn dank gaat hierbij voornamelijk uit naar mijn mama, die paraat stond om mijn tekst te verbeteren op spelling, grammatica en zinsbouw.

Ik wil ook mijn dankbaarheid uitspreken aan mijn begeleider vanuit het werkveld, wiens enthousiasme en begeleiding mijn inspanningen hebben aangewakkerd. Dit heeft geleid tot een betere uitwerking van zowel het prototype als de bachelorproef zelf.

Ook alle personen uit het betrokken WZC, die me hebben geholpen om informatie te verzamelen zoals cijfergegevens, procedures, enz. wil ik graag bedanken.

Tenslotte richt ik een speciaal woord van dank aan mijn promotor, die me niet alleen heeft geholpen in de keuze voor een onderwerp maar ook doorheen de jaren mijn passie voor ouderenzorg heeft doen aanwakkeren. Het is altijd een plezier om samen te werken met u.

Nele Verdickt, 15 mei 2024

Abstract

Probleemstelling: Bij fysieke fixatie wordt een bewoner door middel van materialen op of rond zijn/haar lichaam verhinderd in zijn vrijheid. Hoewel er zeker redenen zijn om te fixeren zijn er veel negatieve gevolgen aan gekoppeld. Deze gevolgen variëren van verminderde zelfredzaamheid, incontinentie tot het negatief beïnvloeden van het mentale welzijn van de bewoner en kunnen zelfs het overlijden van een bewoner veroorzaken. Ondanks dat de prevalentie van fysieke fixatie elk jaar daalt, blijft het aantal aanzienlijk. Overdag wordt er in Vlaanderen zo bij 17, 3% van de bewoners een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast. En 's nachts is dit maar liefst 34,4%. De internationale cijfers zijn echter moeilijk te interpreteren omdat er veel verschillen worden gevonden die mogelijk te verklaren zijn door verschillen in definities van wat geldt als VBM.

In België is er nog geen richtlijn die vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) reguleert binnen een woonzorgcentrum. Er is enkel een woonzorgdecreet en de kwaliteitsindicatoren die het gebruik van alternatieven aanmoedigen. Daarnaast is de zoektocht naar alternatieven niet altijd even makkelijk terwijl de nood aan een fixatievrije/-arme zorgomgeving toeneemt.

Verpleegkundigen zijn degenen die de beslissing nemen om VBM al dan niet toe te passen terwijl onderzoek net aantoont dat verpleegkundigen te weinig kennis hebben over de gevolgen, risicofactoren en alternatieven voor fysieke fixatie.

Vraagstelling: Het doel van deze studie is om na te gaan welke kennis verpleegkundigen nodig hebben in het kader van vrijheidsbeperkende maatregelen en alternatieven bij ouderen in het woonzorgcentrum (WZC). Hierbij wordt er dieper ingegaan op de betekenis van fysieke fixatie, de gevolgen ervan en waarom het wordt toegepast. Daarnaast wordt er gezocht naar oplossingen en verbeteringen in de praktijk om de stap naar alternatieven laagdrempeliger te maken.

Zoekstrategie: Bij de zoektocht naar literatuur werden zes databanken gebruikt: Cochrane, Pubmed, Limo, Springerlink, Sciencedirect en Google Scholar. De inclusiecriteria die werden gebruikt zijn Nederlandstalig of Engelstalig, niet ouder dan zeven jaar, volledige tekst beschikbaar en het onderzoek moest relevant zijn voor de vraagstelling. Daarnaast werden een aantal bronnen gevonden op websites van het expertisecentrum val- en fractuurpreventie, de FOD volksgezondheid, het expertisecentrum dementie Vlaanderen en op Zorg voor beter.nl. Vier bronnen werden bekomen via de sneeuwbalmethode. Een paar bronnen zijn afkomstig van het betrokken WZC.

Resultaten: Er zijn verschillende alternatieven teruggevonden in de literatuur. De alternatieven zijn verwerkt in een overzichtstabel die het gebruik ervan toegankelijker moet maken voor alle verpleegkundigen en zorgkundigen. Door de overzichtstabel, een bijscholing en deurhangers met stellingen op, wordt er getracht om de overstap naar alternatieven laagdrempeliger te maken en de kennis bij verpleegkundigen en zorgkundigen te vergroten zodat ze een weloverwogen beslissing kunnen maken.

Voor de implementatie van dit prototype wordt het GPS model (Grol & Wensing, Parihs, Synthese-model) gebruikt. Hierbij wordt er rekening gehouden met de implementatie op zowel micro-, meso- en macroniveau. Daarnaast wordt er rekening gehouden met bevorderende factoren en mogelijke problemen bij de implementatie.

Conclusie: De gevonden informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen, met een focus op fysieke fixatie binnen woonzorgcentra, biedt een diepgaand inzicht in de praktijken, prevalentie, juridische kaders, redenen voor toepassing, en gevolgen van dergelijke maatregelen. Uit onderzoek blijkt dat een fixatievrije zorg wordt aanbevolen. Er zijn hiervoor diverse alternatieven beschikbaar op de markt. De overzichtstabel, de educatie en de deurhangers bieden een manier om de stap naar alternatieven en de kennis hieromtrent te verhogen. Het doel is om zo fixatiearme/vrije zorg te borgen binnen het WZC. Voor blijvende veranderingen in het WZC zijn er veranderingen nodig op hoger niveau (overheid) zoals een eenduidige wet en richtlijnen.

MeSH: 'Fysieke fixatie', 'restraints', 'physical restraint(s)', 'long term care', 'elderly', 'nursing home(s)', 'reducing', 'mechanical restraints' en 'alternatives'.

Inhoudstafel

VOORWOORD	2
ABSTRACT	3
INHOUDSTAFEL	4
LIJST VAN ILLUSTRATIES	6
LIJST VAN FIGUREN	6
LIJST VAN TABELLEN	6
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN SYMBOLEN	7
INLEIDING	8
1 PROBLEEMSTELLING	9
1.1 VRIJHEIDSBERPERKENDE MAATREGELEN (VBM)	9
1.1.1 AFZONDERING	9
1.1.2 MANUELE FIXATIE	9
1.1.3 MEDICAMENTEUZE OF CHEMISCHE FIXATIE	10
1.1.4 MECHANISCHE OF FYSIEKE FIXATIE	10
1.2 PREVALENTIE FYSIEKE FIXATIE	12
1.3 JURIDISCH KADER	14
1.4 WAAROM FIXEREN?	15
1.4.1 PATIËNTGERELATEERDE FACTOREN	16
1.4.2 NIET-PATIËNTGERELATEERDE FACTOREN	16
1.5 GEVOLGEN FYSIEKE FIXATIE	18
1.6 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN EN VALPREVENTIE	20
1.7 FIXATIEARME OF FIXATIEVRIJE ZORG	20
1.8 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE	21
2 VRAAGSTELLING	22
3 ZOEKSTRATEGIE	23
4 RESULTATEN	25

4.1	ALTERNATIEVEN VOOR VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN	25
4.1.1	VRIJWILLIGE ZORG ALS BELANGRIJKSTE UITGANGSPUNT	25
4.1.2	VEILIGHEID 'S NACHTS?	28
4.1.3	VEILIGHEID OVERDAG?	29
4.1.4	IN OF ROND HET BED	29
4.1.5	IN DE ZETEL OF (ROL)STOEL	30
4.1.6	VEILIGHEID BIJ BEWONERS MET EEN COGNITIEVE BEPERKING	30
4.2	TECHNOLOGIE ALS ALTERNATIEF VOOR FIXATIE?	31
4.3	PROTOTYPE	32
4.3.1	TABEL ALTERNATIEVEN T.O.V. INDICATIE EN FYSIEKE FIXATIE	33
4.3.2	EDUCATIE	37
4.3.3	DEURHANGERS	38
4.4	PLAN	40
4.4.1	GPS-MODEL	40
4.4.2	MICRO-NIVEAU	41
4.4.3	MESO-NIVEAU	42
4.4.4	MACRO-NIVEAU	43
4.4.5	CLINICAL LEADERSHIP	44
4.4.6	MOGELIJKE PROBLEMEN BIJ TOEPASSING VAN HET PROTOTYPE	45
4.4.7	STERKTES BIJ DE IMPLEMENTATIE	45
DISCUSSIE		47
CONCLUSIE		49
REFERENTIELIJST		51
BIJLAGEN		55
BIJLAGE 1: WAAR FYSIEKE FIXATIE NU WORDT TOEGEPAST IN HET BETROKKEN WZC.		55
BIJLAGE 2: VRAGENLIJST PRE- EN POST-METING		56
BIJLAGE 3: VRAGENLIJST OVERZICHTSTABEL & DEURHANGERS		57
BIJLAGE 4: DEURHANGERS		58
BIJLAGE 5: PROTOTYPE OVERZICHTSTABEL OP PAPIER		64

Lijst van illustraties

Lijst van figuren

FIGUUR 1: SAMENVATTING VAN DE AANVAARDBAARHEID VAN DE SOORTEN FIXATIEMIDDELEN VOLGENS HET ZORGPERSONEEL (LAMPO ET AL., 2016)	11
FIGUUR 2: VORMEN VAN FYSIEKE FIXATIE EN HUN VOORKOMEN (LAMPO ET AL., 2016)	11
FIGUUR 3: WAT ZIJN VOLGENS HET PERSONEEL AANVAARDBARE REDENEN VOOR HET TOEPASSEN VAN FYSIEKE FIXATIE (LAMPO ET AL., 2016)	17
FIGUUR 4: ZEVEN POTENTIËLE BEKNELLINGSZONES BIJ BEDHEKKEN. (RIJKEN ET AL., 2020)	19
FIGUUR 5: MOGELIJKE AANTREFPOSITIES NA FOUTIEF TOEPASSEN VAN GORDELFIXATIE EN BEDHEKKEN. (RIJKEN ET AL., 2020)	19
FIGUUR 6: CONCEPTUEEL MODEL	22
FIGUUR 7: LITERTAUR ZOEKTOCHT FLOW DIAGRAM VOLGENS PRISMA GEBASEERD OP (MOHER ET AL., 2009)	24
FIGUUR 8: WAAROM SLIMME TECHNOLOGIE NIET WORDT TOEGEPAST IN WZC VOLGENS BELEIDSMEDEWERKERS (LAMPO ET AL., 2016)	32
FIGUUR 9: VOORBEELD VAN EEN DEURHANGER	39
FIGUUR 10: GPS-MODEL (VERMEULEN & TIEMENS, 2015)	40
FIGUUR 11: DE VIJF DOMEINEN VAN HET CLINICAL LEADERSHIP COMPETENCY FRAMEWORK (ADRIAANSEN & PETERS, 2018)	44

Lijst van tabellen

TABEL 1: BELANGRIJKSTE VLAAMSE CIJFERS.	13
TABEL 2: SAMENVATTING VAN PATIËNTGERELATEERDE EN NIET-PATIËNTGERELATEERDE RISICOFACTOREN GEBASEERD OP BOVENSTAANDE TEKST.	17
TABEL 3: SAMENVATTING VAN DE NEGATIEVE GEVOLGEN	19
TABEL 4: VOORBEELDEN VAN BED- EN OPSTA- ALARMERINGEN GEBASEERD OP (LAMPO ET AL., 2016)	31
TABEL 5: OVERZICHTSTABEL ALTERNATIEVEN	34
TABEL 6: OVERZICHTSTABEL VRIJWILLIGE ZORG	35
TABEL 7: VALPREVENTIE GEBASEERD OP PROCEDURE VAN HET BETROKKEN WZC (ZORGGROEP ZUSTERS VAN BERLAAR, 2020) EN (EXPERTISECENTRUM VAL- EN FRACTUURPREVENTIE VLAANDEREN, N.D.)	36
TABEL 8: VOORBEELD INDELING BIJSCHOLING	38
TABEL 9: UITWERKING GPS-MODEL	41

Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen

ADL: algemene dagelijkse levensverrichtingen

ANNA: Altijd Navragen, Nooit Aannemen.

DIK: Denk In Kwaliteiten

EBP: evidence based practise

FFO: fysieke fixatie overdag

FFN: fysieke fixatie 's nachts

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg

K.B.: Koninklijk Besluit

LSD: Luisteren, samenvatten en doorvragen.

m.b.t.: Met betrekking tot

MDO: Multidisciplinair overleg

NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander

OEN: Open, Eerlijk, Nieuwsgierig

UWI: Urineweginfectie

VBM: vrijheidsbeperkende maatregelen

VIP VBM: referentiepersoon op de afdeling voor alles met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen in het betrokken WZC.

WZC: Woonzorgcentrum

ZAO: Zorgafspraken-overleg

Inleiding

Het overschakelen van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) naar alternatieven is een topic dat de laatste jaren steeds belangrijker wordt binnen woonzorgcentra in Vlaanderen en over de hele wereld. Met de vergrijzing van de bevolking en de toenemende complexiteit van de zorgbehoeften, groeit ook de aandacht voor de kwaliteit van zorg en de ethische vraagstukken rond vrijheidsbeperking. VBM worden in de Belgische context dan ook steeds belangrijker.

In deze bachelorproef wordt vooral gekeken naar de meest bekende vorm van VBM, namelijk de fysieke fixatie. Deze vorm wordt gekenmerkt door het beperken van de bewegingsvrijheid door middel van materialen zoals enkelbanden, polsbanden en bedsponden. In Vlaanderen daalt het gebruik van VBM elk jaar met een paar procent maar toch blijft het gebruik ervan vrij hoog.

Fysieke fixatie wordt voornamelijk toegepast tijdens de nacht (bij 34,4% van de bewoners). Maar ook overdag komt fysieke fixatie bij maar liefst 17,3 % bewoners voor. (Vlaams instituut kwaliteit van zorg, 2022) Bedhekkens zijn één van de meest gebruikte fixatiemiddelen, terwijl het gebruik van bedhekken als fixatiemiddel in de literatuur wordt afgeraden. (Rijken et al., 2020)

De toepassing van VBM is niet zonder gevolgen. Het gebruik hiervan kan leiden tot zowel fysieke als mentale complicaties, zoals decubitus, vallen en functionele achteruitgang, mentale gevolgen zoals angst en een laag zelfbeeld tot zelfs overlijden. (Rijken et al., 2020) Deze nadelige gevolgen brengen ethische dilemma's met zich mee en benadrukken het belang van een zorgvuldige afweging bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ze geven hierbij dan ook de nood weer voor de overstap naar alternatieven die geen of minder zware gevolgen hebben.

Het doel van deze studie is om na te gaan welke kennis verpleegkundigen nodig hebben omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en alternatieven bij ouderen in het WZC. Hierbij wordt er dieper ingegaan op de betekenis van fysieke fixatie, de gevolgen ervan en waarom het wordt toegepast. Daarnaast wordt er gezocht naar oplossingen en verbeteringen in de praktijk om de stap naar alternatieven laagdrempeliger te maken.

Concreet werd de onderzoeksvraag gesteld door het woonzorgcentrum Heilig Hart te Nijlen, die deel uitmaakt van de zorggroep Zusters van Berlaar. Dit woonzorgcentrum is dan ook de eerste focus van deze studie.

Om de literatuurstudie te vertalen naar iets dat in de praktijk kan helpen, wordt de gevonden informatie verzameld in een overzichtstabel die de alternatieven op een rij zet. Zo wordt er getracht om de overstap naar alternatieven laagdrempelig te maken en deze te promoten bij verpleegkundigen in het WZC.

In deze studie werden verschillende bronnen gebruikt, gaande van reviews, rapporten tot de procedures van het betrokken WZC.

WAT WE AL WETEN:

De kwaliteit van de zorg is steeds meer de maatstaf voor een goede zorgverlening. Door de vele negatieve gevolgen van fysieke fixatie komt de kwaliteit van de zorg en de rechten van de bewoner in het gedrang wanneer deze wordt toegepast.

WAT DEZE STUDIE TOEVOEGT:

Er zijn veel alternatieven op de markt die kunnen worden toegepast. Om hiernaar over te schakelen, vraagt dit een zorg op maat bij de bewoner. Belangrijk is om eerst uit te gaan van vrijwillige zorg (zie 4.1.1) en zowel de bewoner, collega's als de familie te betrekken in het proces. De overzichtstabel, bijscholing en deurgangers motiveren de zorgverleners en helpen hen bij het keuzeproces om voor de alternatieven te kiezen.

1 Probleemstelling

1.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

In de Belgische wetgeving is voorlopig nog niet gedefinieerd wat vrijheidsbeperkende maatregelen inhouden. (Ruth Sierens & Tim Opgenhaffen, n.d.) Wel is er een uniform begrippenkader ontwikkeld vanuit de Vlaamse overheid voor de definiëring van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). (Departement zorg, n.d.) De begrippen kunnen ook vertaald worden naar de residentiële zorg.

Hierbij worden vrijheidsbeperkende maatregelen omschreven als *“alle maatregelen die een beperking van keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid en/of contact met de buitenwereld van de zorggebruiker inhouden.”* (Departement zorg, n.d.)

Er zijn vier vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen terug te vinden: afzondering, manuele fixatie, chemische of medicamenteuze fixatie en mechanische of fysieke fixatie. (Departement zorg, n.d.)

1.1.1 Afzondering

Afzondering is een interventie waarbij de bewoner wordt opgesloten in een kamer of ruimte met als doel het gedrag van deze bewoner te beïnvloeden. Het gevolg is dat de bewoner niet vrij is om de kamer/ruimte te verlaten. (Government Department of Health, n.d.) Voorbeelden van deze vorm van fixatie zijn:

- Het gebruik van een halve deur om een bewoner met dementie in de kamer te houden.
- Het 's nachts op slot doen van de deur van een bewoner om te voorkomen dat hij/zij zal dwalen.
- Een gesloten afdeling.

Wanneer een zorgvrager vrijwillig zijn deur op slot doet of wanneer men verplicht is om in isolatie te gaan om medische redenen zoals de verspreiding van een virus, is er geen sprake van afzondering. (Government Department of Health, n.d.)

1.1.2 Manuele fixatie

Bij manuele fixatie wordt de zorgvrager gefixeerd doordat hij/zij wordt vastgehouden door een zorgverlener. (Departement zorg, n.d.) Soms wordt in plaats van manuele fixatie de term fysieke fixatie gebruikt. (Departement zorg, n.d.) Dit zorgt echter voor verwarring in de literatuur aangezien met fysieke fixatie ook mechanische fixatie kan worden bedoeld. (Rijken et al., 2020)

Voorbeelden van manuele fixatie zijn:

- De zorgvrager in een bepaalde richting duwen/trekken waar hij/zij niet naartoe wil.
- De zorgvrager vasthouden om medicatie toe te dienen.

(Government Department of Health, n.d.)

Handelingen om de zorgvrager te helpen bij ADL taken zoals hulp bij wassen, scheren, tanden poetsen of hulp bij het aankleden, worden niet gezien als manuele fixatie.

Voorbeelden hiervan zijn: het begeleiden van een tandenborstel naar de mond of het aankleden van een zorgvrager die niet meewerkt. In deze situaties is de zorgvrager zelf niet in de mogelijkheid om de taken uit te voeren of vraagt hij actief om hulp. (Government Department of Health, n.d.)

Indien men hands-on technieken gebruikt op reflexmatige wijze, wordt dit eveneens niet gezien als fixatie. Bijvoorbeeld een zorgvrager wordt tegengehouden wanneer die plots oversteekt zonder rekening te houden met het naderende verkeer. Of wanneer een zorgvrager dreigt te vallen. (Government Department of Health, n.d.)

1.1.3 Medicamenteuze of chemische fixatie

Bij medicamenteuze fixatie, ook wel chemische fixatie genoemd, wordt fixatie bereikt door het acuut of chronisch gebruik van geneesmiddelen. (Departement zorg, n.d.)

Er bestaat nog geen consensusdefinitie in de literatuur over medicamenteuze fixatie. Wel zijn er geneesmiddelen gedefinieerd die frequent worden toegepast bij deze vorm van fixatie. (Lee et al., 2021) Deze variëren van antipsychotica of sedativa zoals benzodiazepines tot medicijnen waarbij een belangrijke nevenwerking een sederend effect is, zoals sederende antidepressiva of opioïden. (Robins et al., 2021)

Het is echter vaak moeilijk om na te gaan vanaf welke dosis er sprake is van de intentie tot fixatie. (Robins et al., 2021)

1.1.4 Mechanische of fysieke fixatie

Mechanische of fysieke fixatie is de meest bekende vorm van fixatie. Het betreft een handeling waarbij door gebruik van materialen zoals enkelbanden, polsbanden, bedsponden, etc. de vrijheid van beweging beperkt wordt. (Guvercin et al., 2018) De fixatie wordt dus verkregen door het aanbrengen van hulpmiddelen in de omgeving van de zorgvrager, die hij/zij niet zelfstandig kan verwijderen. (Departement zorg, n.d.)

In de Engelse literatuur wordt mechanische fixatie vaak aangeduid als fysieke fixatie. (rijken et al, 2020) In het verdere verloop van deze paper wordt de term fysieke fixatie gebruikt om deze vorm te omschrijven.

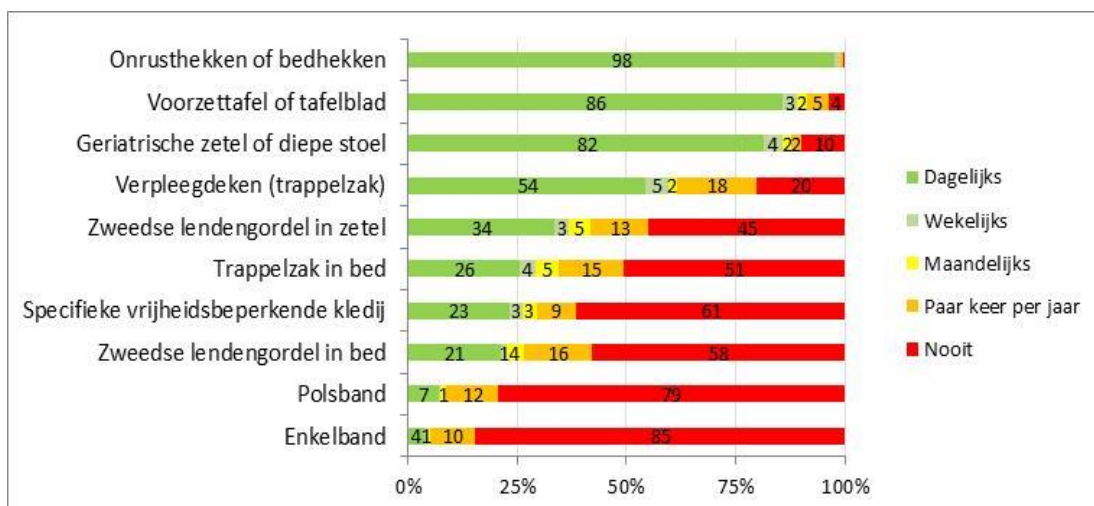
In 2016 werd er een internationale consensusdefinitie opgemaakt voor onderzoek. Het doel was om eenduidigheid te brengen in wat wel of niet als fysieke fixatie wordt gezien. Hierbij werd fysieke fixatie gedefinieerd als *"Elke handeling of procedure die de vrije lichaamsbeweging van een persoon naar een positie van keuze en/of normale toegang tot zijn/haar lichaam voorkomt, door het gebruik van een methode, bevestigd aan of nabij het lichaam van een persoon, die hij/zij niet gemakkelijk kan controleren of verwijderen."* (Bleijlevens et al., 2016; Robins et al., 2021) Deze definitie wordt nog lang niet door iedereen toegepast wat een vertekend beeld kan geven van de prevalentie. (Robins et al., 2021)

De plekken waarin iemand fysiek gefixeerd kan worden, zijn onder andere een rolstoel, een bed of een stoel. (Robins et al., 2021) De methodes variëren van een geriatische zetel, een voorzettafel, een verpleegdekken, een trappelzak, remmen op de rolstoel, vrijheidsbeperkende kledij zoals een body, krabhandschoen of fixatievest, Zweedse lendengordel, pols- en enkelbanden tot bedhekken. (Lampo et al., 2016; Zorggroep Zusters van Berlaar, 2018)

In figuur 1 door Lampo et al. staan de verschillende vormen van fysieke fixatie opgelijst in verhouding tot hoe aanvaardbaar ze worden beschouwd door het zorgpersoneel. Figuur 2 bespreekt de mogelijke vormen van fysieke fixatie en hun prevalentie in Vlaanderen. (2016)

Fysiek fixatiemiddel	Percentage respondenten die dit middel 'aanvaardbaar' of 'helemaal aanvaardbaar' vinden	Percentage respondenten die dit middel 'helemaal niet aanvaardbaar' vinden
Onrusthekken of bedhekken	93%	0%
Geriatrische zetel of diepe stoel	91%	1%
Voorzettafel of tafelblad	84%	1%
Verpleegdeken (vast aan bed)	70%	2%
Trappelpak in bed	64%	7%
Specifieke vrijheidsbeperkende kledij	37%	13%
Zweedse lendengordel in zetel	25%	35%
Zweedse lendengordel in bed	15%	42%
Polsband	12%	56%
Enkelband	8%	60%

Figuur 1: Samenvatting van de aanvaardbaarheid van de soorten fixatiemiddelen volgens het zorgpersoneel (Lampo et al., 2016)



Figuur 2: Vormen van fysieke fixatie en hun voorkomen (Lampo et al., 2016)

Uit de figuren kunnen we afleiden dat de vormen die het meest worden toegepast, ook de vormen zijn die als het meest aanvaardbaar worden beschouwd, namelijk bedhekken, voorzettafels en geriatrische zetels.

Bijlage 1 toont de mogelijke soorten fysieke fixatie binnen het betrokken WZC en wanneer deze worden toegepast. Deze tabellen zijn gebaseerd op hun procedure. (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2018)

In het betrokken WZC kan fysieke fixatie op twee manieren worden toegepast. Ten eerste als niet-vrijheidsbeperkende maatregel, waarbij de fysieke fixatie de vrijheid van de bewoner niet extra beperkt omdat deze al in zijn vrijheid beperkt is vanwege lichamelijke zorgafhankelijkheid of wanneer de maatregel wordt toegepast op vraag van de bewoner.

Ten tweede als vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder beschermende en functie-bevorderende maatregelen vallen. Beschermende maatregelen zijn fysieke fixaties die worden toegepast om de bewoner te beschermen tegen valincidenten of gevaarlijk gedrag. Functie-bevorderende maatregelen zijn maatregelen die dienen als ergonomisch hulpmiddel met als doel het bevorderen van het functioneren. Bijvoorbeeld het gebruik van gordelfixatie bij een bewoner met een instabiel evenwicht in de rolstoel of het gebruik van een voorzettafel met als doel hierop te eten. (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2023)

In de literatuur worden ergonomische hulpmiddelen die worden aangewend, niet gezien als een vorm van fixatie. (Rijken et al., 2020)

In het verdere verloop van deze literatuurstudie wordt de focus gelegd op de mechanische of fysieke fixatie.

1.2 Prevalentie fysieke fixatie

Wereldwijd variëren de cijfers sterk wat betreft de prevalentie van het gebruik van fysieke fixatie binnen woonzorgcentra, met percentages die variëren van 6% tot 85%. (Ambrosi et al., 2021)

De prevalentie is het laagst in de Verenigde Staten (1,9%) en het hoogst in Spanje (84,5%). (Hakverdioglu Yönt et al., 2023) Echter, in een andere studie was de prevalentie veel lager in Spanje en Italië (<25%) dan in Noord-Europa (Finland en België; >45%). (Ambrosi et al., 2021)

In Europa varieert de prevalentie naar verluidt tussen 26% en 56% (Lee et al., 2021)

Al met al verschillen de cijfers aanzienlijk over verschillende studies en landen heen. (Lee et al., 2021) Het wereldwijde gebruik van fysieke fixatie werd geanalyseerd door Lee et al. (2021). Hieruit blijkt dat het voorkomt bij ongeveer 33% van de bewoners in woonzorgcentra wereldwijd en bij 37% in Europa.

Regionaal gezien varieert de prevalentie aanzienlijk, met percentages van 22% in Noord-Amerika, 44% in Azië en 65% als hoogste percentage in Australië. (Lee et al., 2021)

De verschillen in prevalentiecijfers worden vermoedelijk veroorzaakt door verschillen in wetgevingen tussen landen en opgestelde richtlijnen. (Pivodic et al., 2020) Daarbij is het ook mogelijk dat er culturele verschillen bestaan met betrekking tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen tussen de verschillende regio's. (Lee et al., 2021)

Bovendien zijn er grote verschillen in de definities van fixatie, wat resulteert in situaties waarin iets als fixatie wordt beschouwd in sommige onderzoeken, terwijl dit in andere studies niet het geval is. (Robins et al., 2021) Sommige studies kiezen er bijvoorbeeld voor om bedhekken uit te sluiten als middel voor fysieke fixatie, terwijl andere extra materialen zoals sensoralarmen opnemen als een vorm van fysieke fixatie. (Hamers, 2017)

De consensusdefinitie van Bleijlevens et al. wordt ook nog niet overal toegepast, wat een vertekend beeld kan geven van de prevalentie. (Robins et al., 2021) Prevalentiegegevens over fysieke fixatie moeten dus kritisch bekeken worden omwille van de grote heterogeniteit. (Lee et al., 2021)

Uit onderzoek blijkt dat België samen met Italië, het meest fysieke fixatie toepast in de laatste week van het leven, respectievelijk 12% en 18%.

Deze prevalentie was in dit onderzoek aanzienlijk lager in andere Europese landen zoals Finland (4%), Polen (4%), Engeland (1%) en Nederland (0%). (Pivodic et al., 2020)

In 19 van de 46 Belgische woonzorgcentra uit de studie van Pivodic et al., werd minstens één bewoner gefixeerd tijdens zijn laatste levensweek. (Pivodic et al., 2020)

In Vlaanderen daalde sinds 2016 de prevalentie van fysieke fixatie overdag (FFO) in woonzorgcentra met 1,6% per jaar tot 2021. Van de 784 woonzorgcentra zijn er in 2021 nog 17,3% van de 73.555 bewoners die overdag gefixeerd worden. Dit betekent dat bij deze zorgvragers minimaal één vrijheidsbeperkende maatregel zich overdag stelt. FFO heeft ook een hogere prevalentie bij bewoners met een grotere zorgzwaarte. Tevens ziet men dat het percentage hoger is in Oost-Vlaanderen en Limburg. (Vlaams instituut kwaliteit van zorg, 2022) Het gebruik van bedhekken of een gordel overdag zijn in Vlaanderen respectievelijk 7,4% en 3,8%. (Ruth Sierens & Tim Opgenhaffen, 2022)

In de periode van 2016 tot 2021 is de prevalentie van fysieke fixatie 's nachts (FFN) gedaald met 1 tot 2,7%. In 2021 wordt nog 34,4% van alle bewoners 's nachts gefixeerd. Dit betekent dat bij deze zorgvragers zich minimaal één vrijheidsbeperkende maatregel stelt tijdens de nacht (bv. bedsponden). Ook voor FFN is er een hogere prevalentie bij bewoners met een grotere zorgzwaarte. (Vlaams instituut kwaliteit van zorg, 2022) Met een percentage van maar liefst 32,2% zijn tijdens de nacht het gebruik van bedhekken de meest voorkomende VBM. De gordel wordt 's nachts maar bij 0,6% geplaatst. (Ruth Sierens & Tim Opgenhaffen, 2022)

VBM worden in Vlaanderen dus meer toegepast tijdens de nacht.

Tabel 1: Belangrijkste Vlaamse cijfers.

Fysieke fixatie overdag (2021)	
Bewoners waarbij minstens één VBM zich overdag stelt.	17,3%
Bedhekken	7,4%
Gordels	3,8%

Fysieke fixatie in de nacht (2021)	
Bewoners waarbij minstens één VBM zich 's nachts stelt.	34,4%
Bedhekken	32,2%
Gordels	0,6%

(Bron: Vlaams instituut kwaliteit van zorg, 2022))

Fysieke fixatie tijdens de laatste week van het leven	
België	12%

(Bron: Pivodic et al., 2020)

In het betrokken WZC werd een gelijkaardige evolutie vastgesteld. In 2022 werd bij 13,1% FFO gerapporteerd. Bij 7,5% van deze gevallen werden overdag bedhekken toegepast.

In 2023 daalde het percentage van FFO naar 8,3% en werden bedhekken nog maar in 3,7% van de gevallen toegepast.

Ook bij de fysieke fixatie tijdens de nacht is een daling te zien. Zo wordt FFN in 2022 gemiddeld bij 28% gebruikt en in 2023 nog maar bij 19,3% van de bewoners. Bedhekken zijn, zoals in het rapport van de overheid, ook hier de meest toegepaste vrijheidsbeperkende maatregel. Gordels zijn tijdens deze twee jaar niet toegepast.

1.3 Juridisch kader

Fysieke fixatie of andere vrijheidsbeperkende maatregelen binnen een woonzorgcentrum beroven de bewoner in zekere mate van zijn vrijheid. Zowel in België als in andere landen zijn er wetgevingen terug te vinden over het recht op vrijheid.

- De universele rechten van de mens (10/12/1948) Art. 1: *“Elk individu heeft recht op het leven, de vrijheid en de veiligheid van zijn persoon.”* (Amnesty International, n.d.)
- Belgische grondwet, Art. 11: *“Elke Belg moet kunnen genieten van de rechten en vrijheden die aan de Belgen toegekend zijn, en dat zonder discriminatie.”* (Vlaanderen, n.d.)

Daarnaast kan het gebruik van VBM ook betrekking hebben op de patiëntenrechten. In het kader van VBM zijn er twee patiëntenrechten die naar voren komen, namelijk:

- Art. 8: De patiënt heeft het recht om vrij toe te stemmen in een tussenkomst of te weigeren, na voorafgaande informatie.
- Art. 5: De patiënt heeft het recht om een kwaliteitsvolle dienstverlening te ontvangen die beantwoordt aan zijn/haar behoeften. Hierbij moet de zorgbeoefenaar de menswaardigheid en zelfbeschikking van de patiënt eerbieden en rekening houden met de waarden en normen van de patiënt. (FOD Volksgezondheid, 2016)

Volgens de Belgische wetgeving K.B. van 18/06/1990 inzake de verpleegkundige handelingen, zijn maatregelen ter preventie van lichamelijke letsels, zoals bijvoorbeeld fixatie, isolatie, beveiliging of toezicht, een B1-handeling. De handeling heeft betrekking tot de fysieke beveiliging van de zorgvrager.

(K.B. 18 Juni 1990)

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn dus een B1-handeling. Een verpleegkundige mag dus zonder voorschrift van de arts de beslissing nemen tot fixatie. Zorgkundigen mogen de vrijheidsbeperkende maatregelen enkel uitvoeren in opdracht van de verpleegkundige of arts. De verpleegkundige moet hierbij niet fysiek aanwezig zijn.

Wanneer de zorgkundige de vrijheidsbeperkende maatregelen uitvoert, moet de verpleegkundige, volgens het K.B. van 12 januari 2006, toezicht houden hierop. (Technische commissie voor verpleegkunde, 2019)

In België is er geen wet die expliciet de fixatiearme zorg reguleert, maar het agentschap Zorg en Gezondheid raadt wel aan om fysieke fixatie te vermijden. (Departement Zorg, 2019; Ruth Sierens & Tim Opgenhaffen, 2022) Het gebruik van VBM wordt daarbij opgenomen in de kwaliteitsindicatoren. (Vlaams instituut kwaliteit van zorg, 2022)

Daarnaast is er sinds 2019 een nieuw woonzorgdecreet. Volgens dit woonzorgdecreet moeten woonzorgcentra verplicht procedures ontwikkelen m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen en hier een beleid over voeren.

Het woonzorgdecreet reikt 6 handvaten aan voor het opstellen van procedures en een beleid. Handvat 5 richt zich zo op een preventief beleid. Woonzorgcentra moeten zo beschikken over een procedure die het besluitvormingsproces met betrekking tot fixatie begeleidt. De oorzaken van fixatie moeten hierin onderzocht worden en alternatieven moeten worden overwogen.

Het beleid moet zo worden opgezet dat men voortdurend zoekt naar geschikte alternatieven. Fixatie is alleen toegestaan wanneer er geen passend alternatief is om zowel de bewoner als zijn omgeving te beschermen. De zoektocht naar minder verregaande alternatieven moet een continu proces zijn. Als er geen alternatieven beschikbaar zijn, is het noodzakelijk om de specifieke oorzaak van het gedrag dat leidt tot de toepassing van fixatie te achterhalen. (Ruth Sierens & Tim Opgenhaffen, 2022) Volgens Pivodic et al. is het belangrijk dat er duidelijke wetten en richtlijnen worden opgesteld die ook gelden voor bewoners in woonzorgcentra. Momenteel zijn immers de meeste richtlijnen en wetten rond dit onderwerp vooral gebaseerd op de geestelijke gezondheidszorg. (Pivodic et al., 2020; Steunpunt Welzijn Volksgezondheid & Gezin, n.d.)

In Nederland is er wel een wet die toeziet op het verminderen van VBM, de Wet zorg en dwang. Deze wet werd op 1 januari 2020 ingevoerd in de gehele zorgsector van Nederland en regelt de rechten met betrekking tot onvrijwillige zorg bij personen met een verstandelijke beperking of dementie. De wet gaat uit van het gezegde ‘nee, tenzij’. (Ministerie van VWS, 2020)

De zorg moet dus zoveel mogelijk op vrijwillige basis gebeuren. Er mag enkel worden overgegaan tot onvrijwillige zorg als het niet anders kan en er dus geen alternatieven meer zijn. De wet regelt in welke situaties onvrijwillige zorg kan, hoe dit besluit genomen moet worden, wanneer VBM geëvalueerd moeten worden en ze regelt het recht op een vertrouwenspersoon. (Ministerie van VWS, 2020)

Naast deze wet heeft Nederland ook verschillende richtlijnen uitgebracht die het toepassen van onvrijwillige zorg ontraden. De combinatie van de Wet zorg en dwang en het gebruik van richtlijnen (die beiden alternatieven promoten) hebben mogelijk invloed op het verminderen van het gebruik van VBM binnen woonzorgcentra. (Pivodic et al., 2020)

1.4 Waarom fixeren?

Er zijn verschillende redenen waarom vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Doorgaans worden ze toegepast in situaties waarbij de patiënt een bedreiging vormt voor zichzelf of voor zijn omgeving of om een zorgvrager onder controle te houden. (Guvercin et al., 2018) Daarnaast worden ze ook toegepast om te voorkomen dat een levensnoodzakelijke therapie wordt onderbroken. (Rijken et al., 2020) Zoals bij het uittrekken van medisch materiaal. (Guvercin et al., 2018)

Fixatie kan tevens gebruikt worden als niet-medicamenteuze behandeling bij suïcidaliteit, delirium en acute agitatie. Dit moet zoveel mogelijk worden vermeden als behandelingsoptie. (Luykx et al., 2023)

De risicofactoren voor VBM kunnen opgedeeld worden in patiëntgerelateerde en niet-patiëntgerelateerde risicofactoren. (Scheepmans et al., 2019)

1.4.1 Patiëntgerelateerde factoren

In de literatuur zijn een aantal factoren eigen aan de zorgvrager terug te vinden, die een verhoogd risico op fixatie met zich meebrengen.

Eén van de meest voorkomende redenen voor fixatie is de preventie van valincidenten en gerelateerde letsels bij bewoners met een verhoogd valrisico. (Hakverdioğlu Yönt et al., 2023)

Leeftijd blijkt ook een belangrijke factor, waarbij fixatie vaker voorkomt bij ouderen. (Ambrosi et al., 2021) Daarnaast spelen opleidingsniveau, de burgerlijke staat en de zorgafhankelijkheid van de bewoner een significante rol. Zo komt het meer voor bij bewoners met een laag opleidingsniveau of bij bewoners die alleenstaand zijn. (Chou et al., 2020; Pu et al., 2023)

Andere zeer relevante factoren zijn cognitieve achteruitgang zoals dementie of vergelijkbare aandoeningen zoals het syndroom van Korsakov of ze zijn het gevolg van een cerebrovasculair accident (CVA). Slechte mobiliteit, moeilijkheden bij transfers, toegenomen afhankelijkheid in de uitvoering van dagelijkse activiteiten (ADL) zoals wassen, incontinentie, polyfarmacie, en moeilijk hanteerbaar gedrag zoals dolen, agressie, verbale of fysieke agitatie, rusteloosheid, plukgedrag, enzovoort, zijn ook factoren die bijdragen aan het risico op fixatie (Scheepmans et al., 2019; Heeren et al., 2014; Pu et al., 2023) Ouderen die depressief zijn, worden dan weer minder vaak gefixeerd. (Heeren et al., 2014)

Wanneer de bewoner een katheter heeft, zoals bij blaassondes, sondevoeding of infuustherapie, is er ook een verhoogd risico op fixatie. (Pu et al., 2023)

1.4.2 Niet-patiëntgerelateerde factoren

Onderzoek toont aan dat een goede werkomgeving het gebruik van fixatie vermindert. Verpleegkundigen zijn meer geneigd om VBM te gebruiken in een werkomgeving met minder autonomie en een gebrek aan ondersteuning van managers en collega's. (Cho & Min, 2024)

Tekorten aan personeel zouden zorgen voor een verhoogd gebruik van fixatie. (Pu et al., 2023) Echter, in de meeste onderzoeken van de laatste jaren is er geen of weinig evidentie van een relatie tussen personeelsbezetting en het gebruik van VBM te zien. (Cho & Min, 2024; Heeren et al., 2014; Pivodic et al., 2020) Wel zou er een hoger risico zijn op fixatie ten gevolge van een hoge werkdruk (Ambrosi et al., 2021)

Fysieke fixatie wordt binnen een WZC vooral toegepast op psychogeriatrische afdelingen. Deze toepassing kan mogelijk worden gekoppeld aan patiëntgerelateerde factoren, aangezien patiënten op dergelijke afdelingen vaak meer risicofactoren bezitten zoals functieverlies of het hebben van dementie. (Ambrosi et al., 2021; Pu et al., 2023)

Uit een studie in Korea bleek dat fysieke fixatie meer werd toegepast in winstgevende woonzorgcentra ten opzichte van VZW's of woonzorgcentra in bezit van de overheid. Hoewel de verschillen niet statistisch significant waren. (Cho & Min, 2024) In België is er geen onderzoek die deze correlatie kan bevestigen. Meer onderzoek is nodig om dit in kaart te brengen.

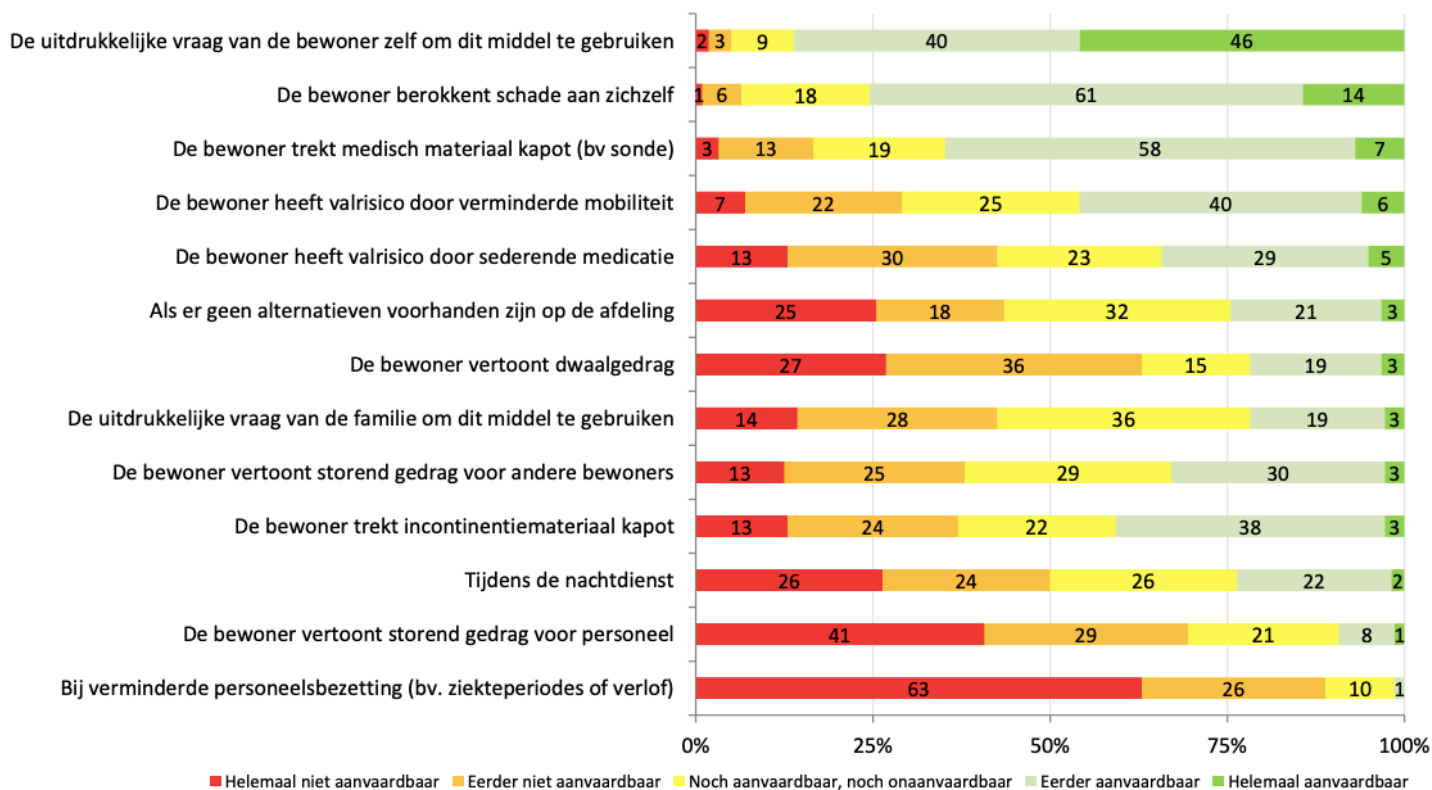
Ten slotte speelt ook de attitude van de zorgverlener een rol bij het al dan niet toepassen van fixatie. Zes verschillende thema's werden teruggevonden waarom zorgpersoneel

VBM zou toepassen. Dit waren het te druk hebben, een gebrek aan middelen, overtuigingen en zorgen, gebrek aan educatie, verschillen en inconsistenties, en relationele problemen. (Kong & Evans, 2012)

Tabel 2: Samenvatting van patiëntgerelateerde en niet-patiëntgerelateerde risicofactoren gebaseerd op bovenstaande tekst.

Patiëntgerelateerde risicofactoren	Niet-patiëntgerelateerde risicofactoren
• Cognitieve achteruitgang • Slechte mobiliteit • Opleidingsniveau • Toegenomen afhankelijkheid in ADL • Incontinentie • Moeilijk hanteerbaar gedrag ○ dolen ○ agressie ○ verbale/fysieke agitatie of rusteloosheid ○ plukgedrag • Valpreventie bij bewoners met een verhoogd valrisico • Hoge leeftijd • Polyfarmacie • Bewoner met blaassonde, sondevoeding of infuustherapie.	• Type afdeling in het woonzorgcentrum • De wetgeving rond fixatie • Werkomgeving met minder autonomie en gebrek aan ondersteuning van managers & collega's. • De attitude van het personeel ○ Gebrek aan middelen ○ Hoge werkdruk ○ overtuigingen en zorgen ○ gebrek aan educatie ○ verschillen en inconsistenties ○ relationele problemen

Onderstaande figuur is tot stand gekomen na een surveybevraging door het Vlaams onderzoek van Lampo et al. Deze geeft weer welke redenen de meeste zorgverleners als aanvaardbaar zien. Hieruit blijkt dat de veiligheid van de bewoner één van de voornaamste reden is voor het toepassen van VBM. (2016)



Figuur 3: Wat zijn volgens het personeel aanvaardbare redenen voor het toepassen van fysieke fixatie (Lampo et al., 2016)

Uit onderzoek blijkt dat patiëntgerelateerde risicofactoren meer doorwegen dan niet-patiënt gerelateerde factoren. Men moet dus vooral focussen op de aanpak van de patiëntgerelateerde risicofactoren om het gebruik van VBM te kunnen verminderen. (Heeren et al., 2014)

1.5 Gevolgen fysieke fixatie

De toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel neemt de reden voor fixatie acuut weg waardoor bijvoorbeeld het dolen, de valincidenten en agressie worden verminderd. Het voordeel ten opzichte van alternatieven is dat ze snel kunnen worden toegepast zonder te moeten kijken naar de zorg op maat. Daarnaast is het vaak goedkoper dan veel van de alternatieven.

Maar het gebruik van VBM veroorzaakt ook veel negatieve gevolgen, zowel op fysiek als op mentaal vlak. Deze maken de noodzaak aan alternatieven duidelijk.

Lichamelijke gevolgen variëren van decubitus, breuken, hartritmestoornissen en cardiale stress ten gevolge van agitatie, urinaire incontinentie, fecale incontinentie tot constipatie. (Rijken et al., 2020; Sharifi et al., 2021)

Naast breuken en decubitus kunnen er nog andere verwondingen uit voortkomen zoals kneuzingen of neuropathie. (Rijken et al., 2020)

Wanneer een bewoner gefixeerd is, is deze meer afhankelijk van anderen voor voeding of vocht. Hierdoor kan er ondervoeding of dehydratatie ontstaan. Er kan ook respiratoire verwikkeling ontstaan zoals pneumonie, of vasculaire verwikkelingen zoals trombose door veneuze stase bij langdurige immobiliteit. De trombose kan zich verder ontwikkelen tot een longembolie. (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Rijken et al., 2020)

Ten slotte treedt er door de langdurige immobilisatie een afname van spiermassa, spierkracht en uithoudingsvermogen op. (Rijken et al., 2020)

Hierdoor is er ook een hoger risico op functionele achteruitgang, lagere prestaties in ADL en een verhoogde afhankelijkheid van loophulpmiddelen. (Chou et al., 2020; Robins et al., 2021) Voldoende beweging is cruciaal om dit te voorkomen. (Hakverdioğlu Yönt et al., 2023)

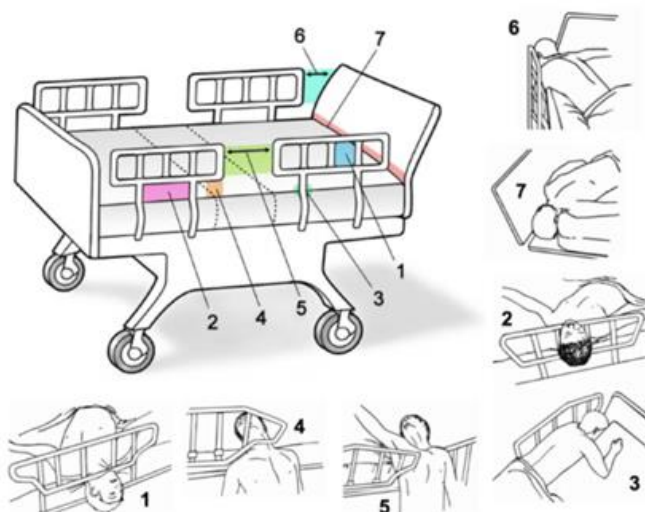
Het gebruik van fysieke fixatie verhoogt het risico om te vallen. (Sharifi et al., 2021) Zo is er bij het gebruik van bedhekken omwille van valpreventie, zelfs een hoger risico op schade bij de zorgvrager dan wanneer deze vrijheidsbeperkende maatregel niet zou worden toegepast. In deze gevallen is het beter om het bed zo laag mogelijk te zetten zodat de afstand tussen het bed en de grond verkleind wordt. Bedhekken zullen ervoor zorgen dat de zorgvrager erover zal proberen te klimmen waarna hij op de grond valt vanop een nog grotere hoogte. Met hierdoor grotere schade bij de oudere tot gevolg. (Huynh et al., 2021)

Fysieke fixatie kan ook het overlijden van een zorgvrager veroorzaken. (E. N. Bellenger et al., 2017)

In de studie van Bellenger et al. werden tussen 2000 en 2013, 5 mortaliteiten ten gevolge van fysieke fixatie gerapporteerd. In alle gevallen werd fixatie toegepast in het kader van valpreventie. De meest voorkomende oorzaak voor de mortaliteit hierbij is nekcompressie. (2017) In België zijn er tussen 1998 en 2018 maar liefst 15 personen omgekomen ten gevolge van mechanische verstikking na fixatie met bedhekken of een inadequate gordelfixatie, voornamelijk lendengordels. (Rijken et al., 2020)

Overlijden komt het meest voor na fixatie ter preventie van valincidenten ten gevolge van onrust bij ouderen met een cognitieve problematiek. (Rijken et al., 2020)

Bedhekken en lendengordels zijn dus niet zo onschuldig als ze lijken. Onderstaande figuren geven weer hoe bedhekken en lendengordels fataal kunnen zijn.



Figuur 4: Zeven potentiële beknellingszones bij bedhekken. (Rijken et al., 2020)



Figuur 5: Mogelijke aantrefposities na foutief toepassen van gordelfixatie en bedhekken. (Rijken et al., 2020)

Ten slotte ondermijnt fixatie ook de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van de zorgvrager. (Guvercin et al., 2018) Dit kan een negatieve impact hebben op het mentaal welzijn van de oudere zorgvrager.

Op mentaal vlak kan de zorgvrager angst, agressie, boosheid of frustratie ervaren. Er kan ook onrust of verwardheid zoals een delier ontstaan. Verder is er een groter risico op verlies van zelfrespect, waardigheid en identiteit, een laag zelfbeeld, gevoelens van schaamte, sociale isolatie, depressie en onverschilligheid. (Rijken et al., 2020; Sharifi et al., 2021)

Tabel 3: Samenvatting van de negatieve gevolgen

Negatieve gevolgen van fysieke fixatie:	
• Decubitus • Breuken/kneuzingen • Hartritmestoornissen • Vasculaire verwikkelingen (o.a. Trombose) • Respiratoire verwikkelingen (o.a. Pneumonie) • Urine-incontinentie • Fecale incontinentie • Constipatie • Ondervoeding/dehydratatie • Verlies spierkracht	• Verhoogd risico op vallen en grotere gevolgen na val. • Nosocomiale infecties • Overlijden door verstikking • Ondermijning zelfredzaamheid & zelfstandigheid • Invloed op mentaal welzijn: gevoelens van angst, agressie, boosheid, frustratie, laag zelfbeeld, delier, depressie, enz. bij de bewoner.

Door de vele gevolgen krijgt de verpleegkundige te maken met ethische dilemma's. Hierbij moet de verpleegkundige bij de toepassing van fysieke fixatie voortdurend afwegen of de negatieve gevolgen, het afnemen van de autonomie en het niet respecteren van de vrijheid van de bewoner, opwegen tegen het verhogen van de garantie van veiligheid. (Iampo et al., 2016)

Een diepgaande kijk in deze ethische dilemma's valt buiten het bestek van deze bachelorproef en zal dus niet besproken worden.

1.6 Vrijheidsbeperkende maatregelen en valpreventie

Valpreventie is een veelvoorkomende reden voor het toepassen van fysieke fixatie. Maar het is bewezen dat de toepassing van VBM voor valpreventie niet efficiënt is en valincidenten hierdoor niet of amper worden voorkomen. (Milisen et al., 2012; Rijken et al., 2020)

Daarnaast worden hierdoor negatieve gevolgen op zowel psychisch als fysiek vlak gecreëerd. Zo kan er op fysiek vlak net immobilisatie ontstaan door langdurige fixatie zoals verminderde spierkracht en zorgt een afname van spierkracht ervoor dat het valrisico verhoogt. Vooral wanneer deze zich voordoet in de onderste ledematen. (Milisen et al., 2012)

Andere gevolgen van fixatie zoals urinaire incontinentie en een grotere zorgafhankelijkheid, zijn evenals een slechte mobiliteit of verminderde spierkracht, een risicofactor voor vallen. (Milisen et al., 2012)

Door het toepassen van VBM is er dus een groter risico op vallen. (Rijken et al., 2020)

1.7 Fixatiearme of fixatievrije zorg

In de jaren 1999 werd fysieke fixatie nog gezien als iets dat onmisbaar was in de zorg, zeker in de zorg bij mensen met dementie. Het gebruik van gordels en bedhekken werd gezien als adequate zorg. (Hamers, 2017) In de laatste jaren is het topic van fixatiearme zorg sterk gegroeid en implementeren veel woonzorgcentra dit principe in hun visie. De definitie van fixatiearme zorg hangt hierbij ook sterk af van de visie van het WZC.

Zo zijn er enerzijds WZC die opteren voor een fixatiearm beleid. Hierbij wordt er zoveel mogelijk op zoek gegaan naar alternatieven. Wanneer er geen alternatief meer voor handen is of wanneer de situatie zeer acuut is, kan er worden overgegaan op het gebruik van VBM zoals bedhekken, gordels, etc. (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2023)

Anderzijds zijn er ook woonzorgcentra die een fixatievrij beleid voeren. Hierbij wordt er niet overgegaan tot VBM. De focus ligt hierbij op het begrijpen van het gedrag van de bewoner, de oorzaken hiervan te achterhalen en in te spelen op prikkels en situaties waarin het gedrag zich stelt om zo het probleemgedrag te verminderen. Daarnaast wordt maatschappelijk wenselijk gedrag losgelaten en worden de risico's van het loslaten van VBM geaccepteerd, bijvoorbeeld meer valincidenten maar dan wel met minder ernstige gevolgen. Er wordt ingezet op dagbesteding, beweging en andere alternatieven zoals een valmat, het correct gebruik van een hoog-laag bed, etc. (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, n.d.)

Vanuit de literatuur wordt een fixatievrije omgeving aanbevolen als de standaard voor zorg. (Möhler et al., 2023) Maar hoewel de meeste zorgverleners van mening zijn dat er veel negatieve gevolgen aan VBM gekoppeld zijn en ze het ermee eens zijn dat er al veel veranderingen zijn gebeurd in het gebruik van VBM, blijft er onzekerheid bestaan over een helemaal fixatievrije maatregel. Betrokkenen geven aan dat om hier naartoe te werken er een sterker regelgevend kader aanwezig moet zijn die het gebruik van VBM reguleert. (Minguell et al., 2024)

1.8 Verpleegkundige relevantie

Verpleegkundigen staan samen met andere zorgverleners in voor het welzijn van de bewoners in een WZC. Vrijheidsbeperkende maatregelen of fixatie kunnen een negatieve invloed hebben op het welzijn van deze bewoners.

Zo zijn er, zoals hierboven vermeld, talrijke gevolgen verbonden aan het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en dus ook vele redenen waarom er moet gekeken worden naar alternatieven. Studies tonen echter aan dat zorgverleners weinig kennis hebben over de gevolgen, risicofactoren of alternatieven voor fixatie. (Guvercin et al., 2018)

De verpleegkundige heeft een beslissende rol bij het al dan niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen aangezien het een B1-handeling is. (K.B. 18 Juni 1990)

Daarnaast krijgt de hij/zij ook te maken met ethische dilemma's. Hierbij moet de verpleegkundige bij de toepassing van fysieke fixatie voortdurend afwegen of de negatieve gevolgen, het afnemen van de autonomie en het niet respecteren van de vrijheid van de bewoner, nodig zijn om zijn of haar veiligheid te garanderen. (Iampò et al., 2016)

De verpleegkundige heeft dus een grote eindverantwoordelijkheid. De kennis over gevolgen, risicofactoren of alternatieven voor fixatie zijn dus zeker belangrijk om een juiste, weloverwogen beslissing te kunnen maken. (Guvercin et al., 2018) Hiermee wordt het belang van de rol van de verpleegkundige aangetoond. Door correct te handelen kan hij/zij het welzijn en de vrijheid van de zorgvrager garanderen.

Vrijheid is één van de meest fundamentele rechten van de mens. Recht op vrijheid is opgenomen in de grondwet en één van de patiëntenrechten als het gaat over kwaliteitsvolle dienstverlening en keuze van behandeling.

2 Vraagstelling

Het doel van deze bachelorproef is om alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen te promoten binnen het WZC. Dit door de verpleegkundigen (en zorgkundigen) attenter te maken over wat fixatie is, wanneer het vooral wordt toegepast, waarom het vermeden moet worden en ten slotte welke alternatieven het best worden gebruikt.

Concreet werd de onderzoeksvraag gesteld door het woonzorgcentrum Heilig Hart te Nijlen, die deel uitmaakt van de zorggroep Zusters van Berlaar. Dit woonzorgcentrum is dan ook de eerste focus van deze studie.

Vraagstelling: Welke kennis en aandachtspunten moet een verpleegkundige in een woonzorgcentrum hebben met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en alternatieven voor fysieke fixatie bij ouderen in een woonzorgcentrum?



Figuur 6: Conceptueel model

Voor meer omkadering van het onderwerp wordt bovenstaande vraagstelling verduidelijkt door de volgende vragen:

1. Wat is fixatie (vrijheidsbeperkende maatregelen), waarom wordt het toegepast en waarom moet dit vermeden worden?
2. Welke alternatieven zijn er voor vrijheidsbeperkende maatregelen?
3. Hoe kan de fixatiearme zorg verbeteren in het WZC?
4. Hoe kan men als verpleegkundige fixatiearme zorg borgen binnen het WZC?
5. Hoe maak je de verpleegkundigen aandachtiger voor vormen van fixatie en hoe dit vermeden kan worden door het gebruik van alternatieven?

3 Zoekstrategie

Verschillende bronnen werden geraadpleegd bij de zoektocht naar literatuur. De zoektocht vond plaats van oktober 2023 tot april 2024.

Sciadirect werd bezocht met de termen: "physical restraint", "long term care", "elderly", "nursing home" en "reducing". Volgende filters werden toegepast: Engels, 2017-2024 en nursing & health professions. Dit leverde via een verschillende wijze van opzoeken, in totaal 174 bronnen op. Hiervan werden er 24 overgehouden na het lezen van de titel. Acht artikels bleven over na het lezen van het abstract. Vijf werden volledig gelezen en uiteindelijk gebruikt.

Via Pubmed werden met de termen "Physical restraints" en "Nursing Homes" 498 resultaten bekomen. De filter 2017-2024 werd toegepast waarna 62 resultaten overbleven. Na het lezen van de titel werden 40 artikels overgehouden. Van de 15 overgebleven artikels na het lezen van de abstract, zijn er negen artikels gebruikt in de paper.

In Limo werd gezocht met de term "fysieke fixatie". Er werd geen afbakening naar tijd gebruikt. Dit leverde 99 resultaten op waarvan 11 werden geselecteerd op basis van de titel. Na het lezen van het abstract en de volledige tekst werden uiteindelijk drie artikels gebruikt in deze paper.

In Cochrane werd gezocht met de term "restraints" en werden de filters 2017-2023 toegepast. Dit leverde 12 reviews en 267 onderzoeken op. Van de reviews werden vier overgehouden na het lezen van de titel. Na het lezen van het abstract en de volledige tekst werden hier twee van overgehouden. Van de 267 onderzoeken werden 12 artikels overgehouden na het lezen van de titel en drie na het lezen van het abstract. Er werden uiteindelijk geen onderzoeksartikels van deze databank gebruikt in de paper.

In Google scholar werd gezocht met de termen "mechanical restraints", "physical restraint", "alternatives" en "nursing home". In totaal werden met de verschillende zoektermen 2284 resultaten bekomen. Hiervan werden 54 na het lezen van de titel behouden, veel van dezelfde artikels kwamen terug bij het spelen met de termen. 20 artikels werden ook in andere databases gevonden. 11 artikels bleven over na het lezen van het abstract. Tien werden volledig gelezen. In de bachelorproef zijn acht artikels gebruikt die uitsluitend in Google scholar werden teruggevonden.

Via Springerlink werden met de termen "restraint", "long term care", vanaf 2017, 170 artikels gevonden. Na het lezen van de titels werden 19 artikels overgehouden. Deze werden gereduceerd tot vijf na het lezen van het abstract. Na het lezen van de volledige tekst werden drie artikels weerhouden. Twee artikels werden gebruikt in de paper.

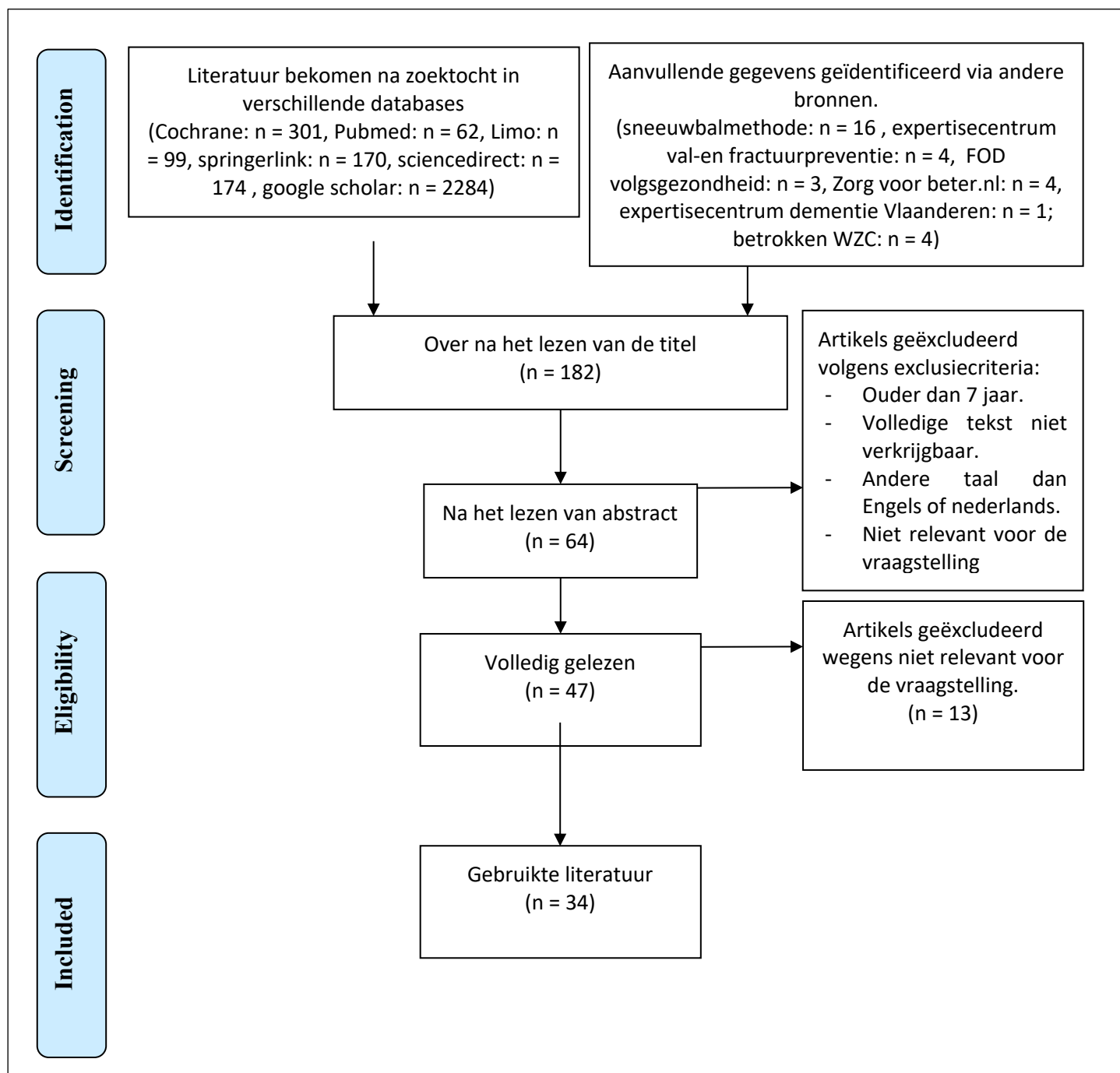
Via de sneeuwbalmethode werden 16 artikels beoordeeld op bruikbaarheid. Uiteindelijk zijn hier vier van gebruikt. De eerste dateert van 2011, Twee hiervan dateren van 2012 en de vierde van 2014. Ondanks de datum werden ze toch gebruikt omwille van de meerwaarde die ze betekenen voor het literatuuronderzoek.

Daarnaast werden een aantal bronnen gevonden op websites van het expertisecentrum val- en fractuurpreventie, de FOD volksgezondheid, het expertisecentrum dementie Vlaanderen en op Zorg voor beter.nl.

Via het expertisecentrum val- en fractuurpreventie werden vier artikels gevonden. Na beoordeling op hun bruikbaarheid zijn er twee gebruikt in de paper. Tot slot werden drie bronnen van het betrokken WZC gebruikt m.b.t. hun procedure van VBM en valpreventie.

De exclusiecriteria waren: studies ouder dan zeven jaar, geen volledige tekst beschikbaar, andere taal dan Nederlands en Engels en niet relevant voor de vraagstelling (bv. chemische fixatie).

De inclusiecriteria waren: studies van maximaal zeven jaar oud, Ouderen in een woonzorgcentrum, relevant voor de vraagstelling.



Figuur 7: Literatuur zoektocht flow diagram volgens PRISMA gebaseerd op (Moher et al., 2009)

4 Resultaten

4.1 Alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen

Het gebruik van VBM moet een laatste optie zijn nadat alle andere opties zijn overlopen en er een individueel “assessment” bij de bewoner is gebeurd. Dit aangezien er bewijs is dat VBM niet effectief is en deze een hoge mate van negatieve risico's/gevolgen met zich meebrengt. (Heeren et al., 2014)

Vrijheidsbeperkende maatregelen vormen voornamelijk een probleem wanneer deze leiden tot onvrijwillige zorg. Dit is zo vanaf het moment dat de oudere zorgvrager verzet toont. Het uitgangspunt bij het zoeken naar alternatieven moet dus vrijwillige zorg zijn. Wanneer dit niet mogelijk is, moet er gezocht worden naar een oplossing op maat die de zorgvrager zo min mogelijk schade toebrengt. De alternatievenbundel van Vilans kan hier zicht op bieden. (Vilans, 2020)

4.1.1 Vrijwillige zorg als belangrijkste uitgangspunt

4.1.1.1 Zorg op maat (in communicatie met de bewoner)

Bewoners moeten zoveel mogelijk kunnen instemmen met de gekregen zorg. De houding van de zorgverlener is hierbij een grote factor die dit tot stand kan brengen. Als zorgverlener moet je naar de volledige persoon in kwestie kijken en kennis hebben over de levensloop van deze bewoner. (Vilans, 2020)

Men zoekt samen met de bewoner, andere zorgverleners en familie naar de oplossing die het minst ingrijpend is en zo goed mogelijk aansluit bij de behoeftes en gewoontes van de bewoner. Belangrijk is hierbij inzicht te krijgen in de oorzaak en de betekenis van het moeilijk hanteerbaar gedrag. (Vilans, 2020)

Wanneer men de bewoner zelf betreft in het proces zorgt dit tevens voor minder agressie of geweld. (Raveesh et al., 2019)

Een aantal methodes hoe men vrijwillige zorg kan waarborgen zijn: uitgaan van persoonsgerichte zorg, helder communiceren, signaleringsplan opmaken, medisch onderzoek, multidisciplinair verkennen, leefstijlmonitoring, aanpassen van de fysieke ruimte of het toepassen van een verhoogd toezicht. (Vilans, 2020)

Ga dus uit van een **persoonsgerichte zorg** waarbij je rekening houdt met de gewoontes van de zorgvrager en zijn voorkeuren. Hulpvragen hierbij zijn onder andere: “Heb je inzicht in de voorkeuren van de cliënt op het gebied van zien, horen, ruiken, voelen en proeven? Bied je voldoende keuzemogelijkheden aan? Voelt de cliënt zich comfortabel? Kan je de cliënt het gevoel geven dat hij gewaardeerd wordt en geliefd is? Is het echt nodig, kan er een compromis gesloten worden?” (Vilans, 2020) Laat bijvoorbeeld een bewoner die graag binnen een jas aan doet, deze jas dragen. Hierbij is het soms moeilijk om onze eigen waarden op de achtergrond te zetten maar door dit te doen kan men veel weerstand voorkomen.

In het betrokken WZC wordt dit reeds geïmplementeerd in hun visie. (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2023)

In de richtlijn van de RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) wordt ook de focus gelegd op het individueel bekijken van elke bewoner. Belangrijk hierbij is dat er een vaste structuur wordt geboden in de activiteiten, dat de dagindeling zo min mogelijk verandert, dat de bewoner regelmatig gevoed wordt en de uitvoering van dagelijkse activiteiten makkelijker wordt gemaakt. Zo wordt er getracht VBM te verminderen (Raveesh et al., 2019; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012)

4.1.1.2 In communicatie met de bewoner

Daarnaast is het belangrijk om **helder te communiceren**. Dit kan gaan van het houden van een één-op-één gesprek tot het gebruik van hulpmiddelen zoals pictogrammen. Via de samenwerking met een logopedist kunnen meer manieren gevonden worden om met de bewoner te communiceren. (Vilans, 2020)

Tips hierbij zijn: bewoner rustig benaderen, korte zinnen gebruiken, niet luid praten, gebruik van pictogrammen of handgebaren ter ondersteuning van de communicatie, communicatietechnieken toepassen zoals LSD¹, ANNA², NIVEA³, OEN⁴ en DIK⁵ toe, enz. Hou hierbij ook rekening met de lichaamstaal van de bewoner. (Vilans, 2020) Gewoon de aanwezigheid van een zorgverlener die regelmatig conversaties voert met de bewoner zou de incidentie van VBM al sterk doen dalen. (Raveesh et al., 2019)

4.1.1.3 Observatie en bespreking van het gedrag

Gebruik een **signaleringsplan** op basis van signalenkaarten of de ABC-methode. Deze worden voornamelijk in de GGZ toegepast ter preventie van onbegrepen gedrag, agressie of een psychische crisis. (Vilans, 2020) Met de ABC-methode kan ook de oorzaak van het gedrag worden achterhaald. Met de A of actie ga je na welk gedrag de bewoner vertoont. B of bewegers gaat na wat de aanleiding is van het gedrag. C of consequenties brengt de gevolgen van dit probleemgedrag in kaart.

(*ABCs-Methode*, n.d.) Ook kan, zoals in het betrokken WZC, een kleuren-observatieschaal gebruikt worden om onbegrepen gedrag te kunnen aanpakken.

Door naar de triggers te zoeken, kan het moeilijk hanteerbaar gedrag makkelijker zijn om mee om te gaan en zelf proactief te verminderen. Belangrijk hierbij is dat het zorgpersoneel wordt opgeleid om het gedrag te kunnen begrijpen en hoe hiermee om te gaan. (Raveesh et al., 2019)

Bij valrisico of agressie kan er een **medisch onderzoek** aan de orde zijn om na te gaan of de oorzaak een medisch of lichamelijk probleem is. Hierbij moet er rekening gehouden worden met welke behoeften de bewoner heeft (bv. toiletgang), slaappatroon, pijnbeleving, etc. (Vilans, 2020)

Onrust en agressie kunnen namelijk voortkomen uit fysieke ongemakken zoals pijn of jeuk, evenals andere vormen van discomfort. (Vilans, 2020) Het vermijden van pijn zou de toepassing van VBM verminderen (Raveesh et al., 2019; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012)

Bijkomend moet tijdens het medisch onderzoek ook aandacht geschonken worden aan de medicatie en zijn nevenwerkingen aangezien sommige medicijnen ook agressie of valincidenten kunnen uitlokken. (Raveesh et al., 2019; Vilans, 2020) In dit geval zou met het verminderen of stoppen van de desbetreffende medicatie de toepassing van VBM kunnen vermeden worden.

In het kader van valpreventie moet er zoveel mogelijk gekeken worden naar de risicofactoren voor vallen en moeten deze zoveel mogelijk verminderd worden. (Milisen et al., 2012) Bij de bewoner kan er educatie gegeven worden over veilig gedrag zoals:

¹ LSD: Luisteren, samenvatten en doorvragen.

² ANNA: Altijd Navragen, Nooit Aannemen. (Zonder vooroordelen)

³ NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander

⁴ OEN: Open, Eerlijk, Nieuwsgierig

⁵ DIK: Denk In Kwaliteiten

- Aandacht houden bij activiteiten zoals stappen en niet multitasken. Bijvoorbeeld kledij aandoen en tegelijk stappen, of babbelen tijdens stappen.
- Gaan zitten om activiteiten uit te voeren zoals zich kleden of wassen.
- Aangepast schoeisel dragen
- Licht aan bij het opstaan 's avonds
- Vrije loopweg behouden en vuil op de grond onmiddellijk opkuisen.

(Milisen et al., 2012)

Als zorgverlener kan het eigen gedrag worden aangepast om valrisico te vermijden:

- Geen obstakels in de buurt van steunpunten plaatsen, zoals een verzorgingskar aan de zijkant van de gang zetten.
- Obstakels aan dezelfde zijde van de gang plaatsen om slalommen te voorkomen.
- Waarschuwborden plaatsen bij natte vloeren tijdens het schoonmaken.
- De bewoner voldoende tijd geven om activiteiten veilig uit te voeren.
- Streven naar behoud of herstel van continentie bij de bewoner.

(Milisen et al., 2012)

Een **Multidisciplinair overleg (MDO)** waarbij verschillende disciplines aanwezig zijn, kan zicht geven op de verschillende factoren aanwezig bij de zorgvrager die mogelijks het risico op het toepassen van VBM vergroten. Ook heeft men een breder beeld om te kunnen achterhalen wat de oorzaak is van het probleemgedrag. Tevens is er hierdoor een bredere kijk op mogelijke oplossingen. (Vilans, 2020)

Onderzoek toont aan dat bijeenkomsten zoals het zorgafsprakenoverleg (ZAO) waar zowel het zorgpersoneel als de familie bij worden betrokken om de fixatie en preventie te bespreken, kan helpen bij de vermindering van het gebruik van VBM met liefst 34%. (Raveesh et al., 2019)

Leefstijlmonitoring kan helpen om veranderingen na te gaan in het activiteitenpatroon van de bewoner die kunnen wijzen op een lichamelijk of psychisch probleem. Dit kan bijvoorbeeld via sensoren die elke beweging van de bewoner registreren of via verhoogd toezicht. Net zoals bij andere zorgtechnologie bestaat hier ook een ethisch dilemma naar privacy toe. (Vilans, 2020) Door leefstijlmonitoring krijgt men een beter beeld over het gedrag van de bewoner en kunnen samen met het signaleringsplan de triggers van het moeilijk hanteerbaar gedrag gevonden worden.

4.1.1.4 Vrijheidsbehoudende aanpassingen bij of rond de bewoner

Door het **aanpassen van de fysieke ruimte** kan men prikkels verminderen die het probleemgedrag veroorzaken. Het helpt hierbij om te zorgen voor het verbeteren van de oriëntatie bv. door gangen straatnamen te geven of verschillende kleuren. Andere factoren die helpen bij het kalmeren van een bewoner zijn het gebruik van aromatherapie, prikkelarme ruimtes voorzien, muziek, een lavalamp, een klok enz. (Vilans, 2020)

Maaltjedituelen bieden dan weer een vaste routine, wat een kalmerend effect heeft. Eet op vaste tijdstippen en las genoeg maaltijdmomenten in. Zoek hierbij ook naar de gewoonten van de bewoner, misschien heeft hij/zij een specifieke gewoonte zoals een gebedje voor de maaltijd of de tafels dekken. (Vilans, 2020)

Bied daarnaast ook voldoende daginvulling en activiteiten aan. De activiteiten geven structuur en zingeving in het leven van de bewoner. Volgens Vilans is er bij het

aanbieden van activiteiten een daling te zien in de toepassing van onvrijwillige zorg. (2020)

Ten slotte kan er worden ingezet op **verhoogd toezicht**. Dit kan door de bewoner in een ruimte te zetten waar hij/zij geobserveerd (bv. de leefruimte) kan worden of door domotica te gebruiken zoals akoestische bewaking, sensoren, bed- en opsta-alarmeringen, epilepsiemelders, GPS-lokalisatiesystemen of camera's. (Vilans, 2020)

Wanneer deze alternatieven niet lukken, kan er zo nodig toch overgeschakeld worden naar alternatieven die de vrijheid meer beperken.

4.1.2 Veiligheid 's nachts?

In Vlaanderen komt fixatie tijdens de nacht meer voor dan overdag. Daarom is het belangrijk om gepaste alternatieven te vinden die 's nachts kunnen worden toegepast. Een slecht slaappatroon of te veel of net te weinig prikkels kan zorgen voor onrust. (Vilans, 2020)

Tijdens de nacht kan er gebruik worden gemaakt van **akoestische bewaking**. Hierbij wordt er, wanneer een bepaalde geluidsdrempel behaald wordt, een signaal gestuurd naar de centrale. Zo kan men bijvoorbeeld horen wanneer een bewoner onrustig of wakker is en langsgaan om te controleren of alles in orde is. Deze methode is echter heel arbeidsintensief omdat er veel loze meldingen zijn, wat kan zorgen voor overbelasting van het nachtpersoneel. (Vilans, 2020)

Daarnaast zijn er **nietsziende sensoren** die reageren op bewegingen. Deze toepassing heeft dezelfde doelstelling als akoestische bewaking maar zorgt voor minder loze meldingen. Nietsziende sensoren kunnen een melding geven wanneer de kamer wordt verlaten, via een verlaten-kamer-melding. Andere vormen van verlaten-kamer-meldingen zijn bijvoorbeeld raamalarmen of deurstandsignaleringen en magneetcontactdeuren. Ze kunnen eventueel ook gebruikt worden om een melding uit te sturen wanneer iemand een kamer van een andere bewoner inloopt. (Vilans, 2020)

Camera's zonder beeldinterpretatie werken op dezelfde manier als de sensoren en kunnen in de kamer of op de gangen geplaatst worden. Zo kan de zorgverlener zien waar de zorgvrager is, bijvoorbeeld bij dolen. Daarnaast kan het bijhorende beeld ook opgeroepen worden na aanraking van het bedieningspaneel.

Bij **camera's met beeldinterpretatie** staat het beeld altijd aan. Hierbij kan de situatie ingeschat worden op afstand zonder dat de bewoner gestoord moet worden en nachtrust verliest. Camera's zonder beeldinterpretatie hebben het voordeel dat ze de privacy respecteren, aangezien het beeld niet continu aan staat. (Vilans, 2020)

De bovenstaande alternatieven kunnen ondergebracht worden onder een overkoepelende benaming, namelijk **bewegingsmelders**. Deze alternatieven kunnen helpen bij valpreventie (bijvoorbeeld wanneer de bewoner na een toiletbezoek niet op tijd terugkeert), onrust en het verlaten van de kamer. Hierdoor moeten er minder nachtelijke controles gebeuren waardoor de bewoner een betere nachtrust heeft. Met deze melders kan er ook een slaapcheck gedaan worden om na te gaan of een inadequaat slaappatroon kan beïnvloed worden.

Slaaphulpmiddelen zoals slaapkuffels of lichtgevende kuffels kunnen dan weer helpen om het veiligheidsgevoel te vergroten. Met een muziekkussen kan de bewoner tot rust worden gebracht en beter in slaap vallen. (Vilans, 2020) Verzwaarde dekens zorgen voor een groter gevoel van veiligheid, geborgenheid en ontspanning waardoor de bewoner rustiger wordt en makkelijker kan inslapen. (Vilans, 2020)

Daarnaast kan, om de zorgvrager te beschermen tegen automutilatie of dwangmatig gedrag, de **slaapkamer bepolsterd** worden met zacht materiaal op onder andere vloeren, deuren of op de verwarming. Deze kan zo ook bescherming bieden bij valincidenten. Voor een betere hygiëne wordt het best afneembaar bepolsteringsmateriaal gebruikt. Het nadeel van dit alternatief is dat het een grote investering vergt en vasthangt aan de kamer waar het geplaatst wordt. (Vilans, 2020)

Voor verbetering van de oriëntatie kan automatische **nachtverlichting** worden gebruikt. Dit kan gebruikt worden in het kader van valpreventie door bijvoorbeeld de weg naar het toilet te verlichten. (Vilans, 2020)

Om het dagritme te bevorderen, bijvoorbeeld bij sundowning, kan er speciaal licht worden gebruikt dat het dagritme stuurt. Daarnaast kan hiervoor ook een lichtwekker gebruikt worden die de zonsopgang nabootst. (Vilans, 2020)

Iets meer vrijheidsbeperkende alternatieven zijn **armspalken, krabhandschoenen of antiplukpakken**. Deze worden vooral gebruikt om automutilatie tegen te gaan. De laatste twee worden ook toegepast bij dwangmatige handelingen zoals luierpulzen of plukgedrag. Het kan tevens gebruikt worden om te vermijden dat medisch materiaal wordt uitgetrokken zoals sondes, infusen of incontinentiemateriaal. (Vilans, 2020)

4.1.3 Veiligheid overdag?

Overdag, wanneer de bewoner wakker is, is er onvermijdelijk meer risico op valincidenten doordat de bewoner meer beweegt. Het promoten van bewegen is goed. Door toepassing van bepaalde alternatieven kunnen bewoners meer en veiliger bewegen. Zo wordt niet alleen de autonomie gerespecteerd (de bewoner kan gaan en staan waar hij /zij wil) maar ook wordt bewegen bevorderd waardoor de kans op valincidenten of ernstige letsels na een val verminderd worden. (Milisen et al., 2012)

Bijvoorbeeld:

- Loophulpmiddelen (rollator, wandelstok, etc.)
- Een loopstoel/trippelstoel
- Heupbeschermers
- Beschermhelm.

4.1.4 In of rond het bed

Eén van de 3 plaatsen waar fixatie kunnen voorkomen is in bed. (Robins et al., 2021) Een veelgebruikt alternatief is het **hoog-laagbed**. Hierbij kan het bed beter op de juiste hoogte gezet worden zodat de bewoner er makkelijker uit kan stappen. Ter bescherming van de bewoner kan het bed ook helemaal tegen de grond worden gezet zodat wanneer hij/zij eruit rolt, de val tot de grond kleiner is.

Dit gebeurt het best in combinatie met een **valmat** die de val buffert. Doordat het bed helemaal tegen de grond geplaatst wordt, wordt de bewoner gehinderd om zelfstandig recht te staan. Het kan dus zorgen voor een beperking van de bewegingsvrijheid. (Vilans, 2020)

Positioneringskussens in bed kunnen gebruikt worden voor extra comfort waardoor de bewoner beter blijft liggen en beter slaapt. (Vilans, 2020)

Met een **rolkussen** of opgerolde handdoeken aan weerszijden van de bewoner kan dit ook bekomen worden. Hierbij is valpreventie nog een extra troef doordat het uit bed rollen wordt voorkomen. Echter, net zoals bij bedhekken bestaat het gevaar dat een bewoner erover klimt en van een grotere hoogte valt met dus groter letsel tot gevolg. Daarnaast zorgt het ook voor meer vrijheidsbeperking. (Vilans, 2020)

Een andere mogelijkheid is de **bedbox**. Deze vergroot het veiligheidsgevoel door een hogere omranding rond het bed te voorzien. Deze omranding kan gewoon een extra hoge rand zijn of er kan materiaal rond zijn gebracht zoals plexiglas of deuren, enz. Eventueel zelfs met een dak. Het is echter niet geschikt voor zeer actieve bewoners en kan ook een gevoel van vrijheidsbeperking geven. Een vorm van de bedbox die ook bescherming biedt bij vallen zijn **tentbedden**. (Vilans, 2020) Deze zouden een beter alternatief vormen voor bedhekken.

Een ander alternatief is een **bedbeugel of gedeeltelijk bedhek**. Deze kunnen worden gebruikt voor de preventie van vallen of voor het vergroten van steun bij het in en uit bed komen. Het blijft wel een redelijk vrijheidsbeperkende maatregel maar is een minder erge vorm dan volledige bedhekken. (Vilans, 2020)

Door **bepolstering** van delen van het bed, bijvoorbeeld de bedhekken of de rand van het bed kan men voorkomen dat er letsels ontstaan of dat de bewoner bekneld raakt tussen het bedhekken. Het vermindert hierbij dwangmatige handelingen of automutilatie. (Vilans, 2020)

4.1.5 In de zetel of (rol)stoel

De andere twee plaatsen waar fysieke fixatie voorkomt is in de zetel of (rol)stoel. (Robins et al., 2021) Een **aangepaste stoel** kan meer comfort en stabiliteit bieden voor de zorgvrager. Hierdoor kan bijvoorbeeld het gebruik van gordels voor rompstabiliteit vermeden worden. Een speciale vorm is de gliderchair die naar voor en naar achter beweegt op rails. Door het gevoel van bewegen zal de bewoner minder loopdrang vertonen en zich kalmer voelen. (Vilans, 2020)

Opsta-alarmeringen kunnen ook in de rolstoel gebruikt worden en melden wanneer de bewoner recht staat en binnen een bepaalde tijd niet terug gaat zitten. Het verhoogt het toezicht ter preventie van vallen. (Vilans, 2020)

Een **zitzak of ballenstoel** kan ingezet worden voor ontspanning en een geborgen gevoel. In kader van valpreventie is het niet aangeraden. Doordat de zitzak meestal laag tegen de grond is, is het moeilijk om er zelfstandig uit recht te komen wat het valrisico en de vrijheidsbeperking verhoogt. (Vilans, 2020)

Op de rolstoel kan in plaats van een voorzettafel of werkblad, gebruik worden gemaakt van een **half rolstoelblad** om de bewegingsvrijheid te vergroten. (Vilans, 2020)

4.1.6 Veiligheid bij bewoners met een cognitieve beperking

Naast bovenstaande alternatieven zijn er ook alternatieven die specifiek hulp bieden bij doolgedrag. Bijvoorbeeld:

- Een halve deur
- Leef- of loopcirkels
- Oriëntatieverlichting
- Open binnendeuren

- GPS
- Belevings-gang/tuin

Binnen het bestek van deze bachelorproef is het niet haalbaar om al deze alternatieven ten gronde te bespreken.

4.2 Technologie als alternatief voor fixatie?

In de toekomst zal technologie steeds meer een rol spelen in de zorg. Zo zijn er als alternatieven voor VBM, toezichthoudende technologieën zoals bed- en opsta-alarmering, deursignalering, akoestische bewaking, GPS-tracking, etc. De bed-en opsta-alarmeringen kunnen bijvoorbeeld detecteren wanneer iemand het bed verlaat of in welke tijdsspanne hij/zij terugkeert om na te gaan of iemand is gevallen.

Net zoals andere alternatieven moet dit soort technologie bij elke situatie individueel worden afgewogen om een juiste keuze te maken. (Lampo et al., n.d.)

Volgens Abraham et al. zouden druksensoren in bed of in stoelen echter weinig tot geen effect hebben op het gebruik van fysieke fixatie in het kader van valpreventie. Deze conclusie moet echter kritisch benaderd worden omwille van de kleine hoeveelheid onderzoeken. (Abraham et al., 2022)

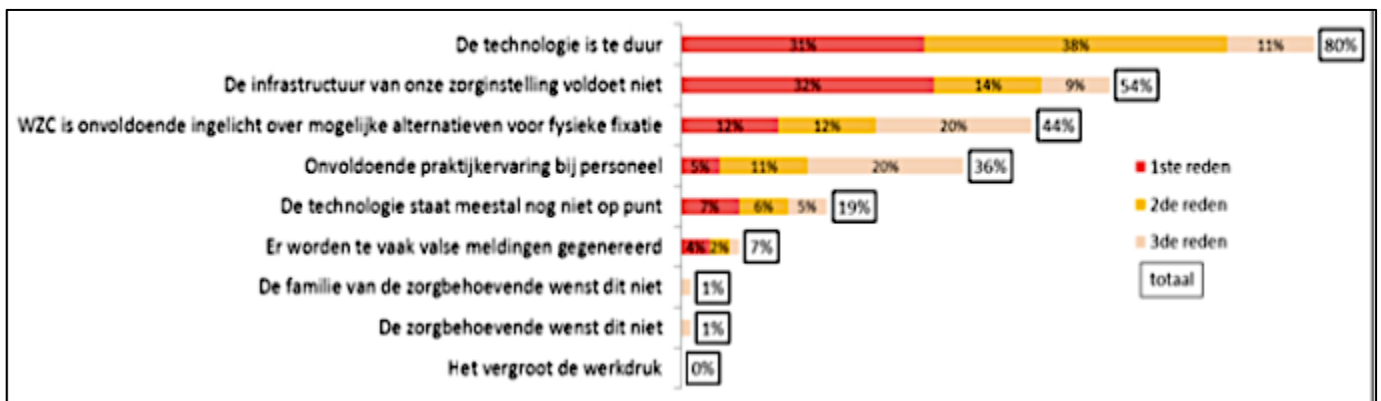
Onderstaande tabel geeft een kort overzicht van mogelijke bed- en opsta alarmeringen. (Lampo et al., 2016)

Tabel 4: Voorbeelden van bed- en opsta- alarmeringen gebaseerd op (Lampo et al., 2016)

	Indicatie	Hoe?
movinsense	Decubituspreventie/alarmering bij recht opzitten in bed.	Meet elke beweging die ZV maakt.
Druksensor in matras (IQ-mat) Of EMfit Of CareMat	Geeft alarm wanneer persoon bed verlaat.	
SecNurse	Geeft alarm wanneer persoon bed verlaat.	Camera zonder het maken van videobeelden (privacy)

Bij toepassing van dergelijke technologieën zijn er echter enkele ethische vragen die naar boven kunnen komen. Zo is er bijvoorbeeld het ethisch dilemma of de technologie de privacy van de bewoner al dan niet schendt. Met sommige technologieën kan je namelijk elke stap die de bewoner zet, volgen. (Lampo et al., 2016)

Ook zijn er een aantal nadelen aan gekoppeld. Zo kan het zijn dat de technologie faalt, heeft het vaak, zoals vele andere alternatieven, een hoge kostprijs of is het moeilijk om te implementeren in de zorginstelling doordat de infrastructuur dit niet toelaat. (Lampo et al., 2016)



Figuur 8: Waarom slimme technologie niet wordt toegepast in WZC volgens beleidsmedewerkers (Lampo et al., 2016)

4.3 Prototype

Het doel van het prototype is om de stap naar fixatiearme zorg te borgen door het laagdrempelig te maken en de kennis over de alternatieven en het belang ervan te vergroten bij de verpleegkundigen binnen het WZC.

De prototypes focussen zich op het vergroten van de kennis over alternatieven en de kennis over vrijheidsbeperkende maatregelen. De bundel van Vilans met alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen is redelijk groot en vergt enige inzet om door te nemen. (Vilans, 2020) Dit geldt ook voor de procedure voor vrijheidsbeperkende maatregelen van het betrokken WZC. (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2018)

Na onderzoek zijn er drie voorstellen die naar voor komen om dit probleem aan te pakken.

- 1) Met de bekomen info in de literatuurstudie wordt er getracht een tabel op te maken om een snel overzicht te geven waar welk alternatief kan worden toegepast.
- 2) Educatie in de vorm van een bijscholing.
- 3) Kaartjes met weetjes op in het kader van vrijheidsbeperkende maatregelen verspreiden over de afdeling. Bijvoorbeeld in de vorm van een deurhanger.

Willems et al. vond in zijn onderzoek een aantal barrières tegen de preventie van en vermindering van onvrijwillige zorg in woonzorgcentra. (2023)

De barrières die bij de meeste zorgverleners naar voor komen zijn van meest naar minst: tijdsgebrek, onvoldoende kennis rond preventieve maatregelen en dat de onvrijwillige zorg door andere collega's, mantelzorger of familie als noodzakelijk wordt gezien voor de veiligheid van de bewoner of omgeving. Daarnaast is het niet altijd duidelijk welke verantwoordelijkheid een mantelzorger en andere zorgverleners hebben in de preventie en reductie van onvrijwillige zorg. (Willems et al., 2023)

Bij de opmaak van het prototype wordt er rekening gehouden met deze barrières. Zo wordt er met de overzichtstabel getracht om het kennistekort en het tijdsgebrek aan te pakken. Door een snel overzicht moet men minder lang op zoek naar een gepast alternatief en door een olijsting van de alternatieven is het tevens duidelijk voor de zorgverlener welke methodes hij/zij kan gebruiken in plaats van VBM.

Met de educatie wordt er ingespeeld op het kennistekort en de bewustmaking rond het gebruik van VBM en de negatieve gevolgen ervan.

De deurhangers zijn naast het informeren van collega's op de werkvloer ook nuttig voor het informeren van familieleden en mantelzorgers die nog regelmatig langskomen op de afdeling.

Ten slotte komt het prototype ook tegemoet aan de vraagstelling. Zo heeft het prototype als doel de fixatiearme zorg te verbeteren en te borgen binnen het WZC. Met de overzichtstabel, de educatie en de deurhangers worden de verpleegkundigen ook attenter gemaakt op vormen van fixatie en hoe ze deze kunnen vermijden door een aanrijking van alternatieven.

4.3.1 Tabel alternatieven t.o.v. indicatie en fysieke fixatie

In het eerste prototype ligt de focus op het overzichtelijk maken van de alternatieven zodat een zorgverlener sneller een zicht heeft op welke alternatieven in een bepaalde situatie kunnen toegepast worden. De tabel met alternatieven staat voor de tabel met fixatie zodat dit het eerste is dat men ziet. De opmaak van de tabel op de volgende pagina werd gebaseerd op de handleiding van het betrokken WZC, de alternatievenbundel en resultaten gevonden tijdens de literatuurstudie.

Tabel 5: Overzichtstabel alternatieven

Indicatie	Alternatief	Fixatie
Valrisico bij opstaan uit bed of bij opstaan uit (rol)stoel/zetel	- Uitgangspunt vrijwillige zorg (zie vrijwillige zorg) - Verminderen valrisicoverhogende factoren volgens richtlijn valpreventie of interne procedure. - Bedbeugel/gedeeltelijk bedhekken - Bepolstering kamer/bed - Bedbox - Hoog-laag bed + valmat - Verhoogd toezicht met: - Akoestische bewaking - Nietsziende sensoren - Verlaten kamer melding - Bed- en opsta alarmering - Camera met of zonder beeld - Bewegingsmelder - Nachtverlichting - Loophulpmiddel - Loopstoel - Heupbeschermer/beschermhelm - Blijven bewegen	Bed: - Bedhekken - (Verpleegdeken/trippelhoes/slaapzak) - 3-puntsfixatie/ bekkengordel met enkelband. (rol)stoel/zetel - Gekantelde zetel - Voorzettafel - Gordel - Zitbroek/ driehoeklendengordel
Dolen	- Uitgangspunt vrijwillige zorg ▪ Nagaan honger, pijn, etc. - Nachtlucht - Verhoogd toezicht (bv. Kamer dicht bij verpleegstation, GPS, bewegingsmelders (o.a. akoestische bewaking, camera/sensoren), etc.) - Aanpassen fysieke ruimte. Bv. aanbrengen kleuren op vloer (stoplijn). - Half rolstoelblad	- Remmen op rolstoel - Gekantelde zetel - Voorzettafel - Gordel - Zitbroek/driehoeklendengordel - (Verpleegdeken/trippelhoes/slaapzak)
Onrust/ Probleemgedrag	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Ontspanning: ➤ Ballenstoel ➤ Verzwaarde dekens ➤ Muziekkussen ➤ Slaaphulpmiddelen ➤ Maaltijdrituelen - Dagritme verbeteren door speciaal licht of lichtwekker die zonsopgang nabootst - Verbeteren oriëntatie: straatnamen, enz. - Automatische nachtverlichting	- Bedhekken - 3-puntsfixatie/ bekkengordel met enkelband - Enkel-/ polsbanden
Auto-mutilleren	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Krabhandschoenen - Verpleegpyjama/body - Signaleringsplan - Ontspanning - Bepolstering	- Polsbanden - Krabhandschoenen - Verpleegpyjama/body - In bed: 5-puntsfixatie (enkel bij acute en ernstige agressie)
Veiligheid op toilet	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Verhoogd toezicht	- Gordel + remmen tillift - Toiletgordel
Positioneren in zetel/stoel	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Aangepaste stoel (bv. gliderchair) - Ballenstoel - Antislip kussen	- gekantelde zetel - fixatievest/schoudergordel - abductiekussen/benengordel

Op de achterkant van het blad komt een korte uitleg over wat vrijwillige zorg inhoudt. Deze info wordt bewust niet in bovenstaande tabel gegeven zodat deze tabel overzichtelijk blijft.

Voor het WZC wordt de overzichtstabel gereduceerd tot de alternatieven die aanwezig zijn op de dienst. In deze versie worden ook foto's geïmplementeerd en wordt de plek aangeduid waar je het alternatief binnen het WZC kan terugvinden.

Tabel 6: Overzichtstabel vrijwillige zorg

Uitgangspunt vrijwillige zorg	
•	Kijk naar de bewoner vanuit zijn levensloop, gewoontes en behoeftes. (kan het gedrag hier uit voortkomen? Wat is de betekenis/oorzaak van het gedrag?)
•	Breng het gedrag van de bewoner in kaart met het signaleringsplan en de leefstijlmonitoring (in welke situatie komt het gedrag naar boven/zijn er veranderingen?).
•	Pas de ABC-methode of de kleurenobservatieschaal toe.
•	Ga uit van persoonsgerichte zorg.
•	Probeer weerstand te voorkomen door meer toe te laten en je eigen waarden op de achtergrond te zetten.
•	Bied een vaste structuur in de activiteiten en dagindeling.
•	Zorg voor maaltijdrituelen.
•	Communiceer helder met de bewoner. Gebruik communicatietechnieken of eventueel pictogrammen.
•	Voer regelmatig conversaties met de bewoner.
•	controleer lichamelijke problemen door een medisch onderzoek te laten uitvoeren. (bv. nagaan UWI bij delier, valincidenten, Jeuk/pijn bij onrust/agressie, medicatie?)
•	Probeer in het kader van valpreventie niet te fixeren maar in te spelen op valrisicofactoren en preventiemiddelen aangeboden door www.valpreventie.be of de interne procedure.
•	Bespreek factoren die het risico op VBM vergroten tijdens een ZAO of MDO.
•	Pas de fysieke ruimte aan. Voorbeelden: voorzie voldoende oriëntatie in de ruimte door bv. straatnamen/kleuren, een prikkelarme ruimte, aromatherapie, een lavalamp, een klok, etc.
•	Voorzie verhoogd toezicht bij bewoners met moeilijk hanteerbaar gedrag.

Onder de tabel over vrijwillige zorg wordt er verwezen naar de interne procedure over valpreventie binnen het WZC. Hiermee wordt benadrukt dat het belangrijk is om bij valpreventie eerst te gaan kijken of er andere factoren zijn die men kan beïnvloeden om vallen te voorkomen. Voor de opmaak van een valpreventieprocedure wordt verwezen naar de richtlijn over valpreventie in woonzorgcentra van Adriaenssens et. al, die terug te vinden is op de website van het expertisecentrum val- en fractuurpreventie Vlaanderen. (2012)

Tabel 7: valpreventie gebaseerd op procedure van het betrokken WZC (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2020) en (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, n.d.)

Valpreventie? Hoe?
• <u>Risicofactoren evalueren:</u> stoornissen in mobiliteit en cognitie, valangst en valgeschiedenis, pijn, risicovolle leefomgeving of gedrag, urinaire incontinentie, verminderd zicht, polyfarmacie, risicovol schoeisel, laag vitamine D-gehalte. • <u>Preventieve maatregelen:</u> • Loopweg vrijmaken (geen losliggende tapijten, etc.) • Verlichten loopweg tijdens de nacht. • Aangepast schoeisel (geen sokken/blote voeten, teenslippers of antislipkousen) & inschakelen pedicure/podoloog voor aanpak van eventuele voetproblematiek. • Deelname aan oefenprogramma's voor de verbetering van het evenwicht • Blijf bewegen! • Gepast loophulpmiddel voorzien. • Vermijd het gebruik van slaapmedicatie en kalmerende middelen die het valrisico verhogen. • Vermijd breuken door de inname van calcium & vitamine D-rijk voedsel (melk, peulvruchten, vis, eieren, ...). Vraag eventueel aan de huisarts een supplement bij een tekort. • Controle bij oogarts. • Gebruik geen bedhekken of rolkussen bij nog mobiele bewoners waarbij er risico is dat ze uit bed gaan tijdens de nacht. • <u>De valpreventieprocedure van het WZC is terug te vinden in het kwaliteitshandboek onder de V van valpreventie.</u>

Door alles op één pagina aan te bieden wordt één van de tien barrières voor de implementatie van evidence based practise (EBP), gevonden door Vermeulen & Tiemens, voorkomen. In dit geval gaat het over de barrière waarbij de relevante literatuur niet beschikbaar is op één plaats. (Vermeulen & Tiemens, 2015)

4.3.2 Educatie

Volgens Möhler et al. zou eenvoudige educatie mogelijks weinig tot geen effect hebben maar toont het ook geen negatieve gevolgen. (Möhler et al., 2023) In de literatuur wordt er daarentegen veel focus gelegd op de zoektocht naar alternatieven en educatie om de incidentie van VBM te verminderen. Zo zou educatie volgens de meeste onderzoeken toch een positief effect hebben op de vermindering van VBM (Pivodic et al., 2020) Een onderzoek in Turkije toont zo aan dat educatie een positieve invloed heeft op het verminderen van vrijheidsbeperkende maatregelen. (Doedens, 2019) Uit andere onderzoeken blijkt eveneens dat het verstrekken van opleiding aan het personeel een cruciale rol speelt bij het verminderen van het gebruik van fixatie. (Cho & Min, 2024)

Omwille van deze reden wordt er naast de overzichtstabel ook een vormingsprogramma aangeboden aan de verpleegkundigen en later ook aan zorgkundigen binnen het woonzorgcentrum. Het doel van deze vorming is zowel de kennis bij de verpleegkundigen te vergroten alsook om de overzichtstabel te kunnen integreren in de dagelijkse werking op de afdeling.

In woonzorgcentra geven zorgverleners aan dat er behoefte is aan educatie die diverse aspecten behandelt, zoals de definitie van fixatie, juridische overwegingen en educatie over alternatieven voor het toepassen van fixatie. (Cho & Min, 2024) Bij het voorzien van educatie is het ook belangrijk dat er aandacht is voor de attitude van de verpleegkundigen en dat er uitgelegd wordt dat VBM geen interventies zijn om de veiligheid mee te bevorderen of om meer medewerking van de bewoner te kunnen krijgen. (Raveesh et al., 2019)

De meest belovende methode voor de vermindering van fysieke fixatie is de multifactoriële methode. Hierbij ligt zowel de focus op het geven van educatie als op de aanpassing van de infrastructuur, het beleid of de aanwezigheid van materialen. Dit is te zien in de studie van Koczy et al.. In deze studie werd er educatie gegeven over de redenen voor de toepassing van VBM, de negatieve gevolgen, en alternatieven voor fixatie. Tegelijk werden er ook alternatieven zoals sensormatten, etc. aangereikt. Hierbij zag men een duidelijke vermindering in het gebruik van VBM zonder ernstige gevolgen. (Koczy et al., 2011)

Al deze aspecten werden in acht genomen om de bijscholing vorm te geven.

Elk deel van de bijscholing bedraagt één tot twee uur en kan na elkaar of op aparte dagen over een tijdsspanne worden ingepland.

In deel één wordt de theorie rond VBM opgefrist en wordt er een inleefmoment rond VBM georganiseerd.

In deel twee worden een aantal alternatieven voorgesteld en ook de overzichtstabel en het gebruik ervan wordt besproken.

In het derde deel word de focus gelegd op het omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag. Het omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag wordt niet besproken in deze bachelorproef maar is zeker een meerwaarde om mee te nemen in een eventuele bijscholing.

In het vierde en laatste deel worden de vragen die naar voor zijn gekomen tijdens deze en vorige delen, behandeld. Daarnaast worden in dit deel ook casussen behandeld om te oefenen op het toepassen van alternatieven.

Tabel 8: Voorbeeld indeling bijscholing

Bijscholing alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen	
Deel 1	Info over theorie VBM: ▪ Definitie fixatie (wat valt eronder?) ▪ Juridisch kader ▪ Redenen en gevolgen voor fysieke fixatie ▪ Cijfergegevens Inleefmoment fixatie: Tijdens het inleefmoment zien en voelen de verpleegkundigen en zorgkundigen hoe het is om gefixeerd te worden. 1) Iedere persoon krijgt een opdracht: - Dorst hebben en willen drinken - Willen lopen en rechtstaan - Naar het toilet willen gaan - Enz. 2) Tijdens deze opdrachten worden de participanten gefixeerd op verschillende manieren: - In een rolstoel met voorzettafel - In een bed met bedhekken - In een rolstoel met gordels - Enz. 3) Gedurende de opdracht mogen de participanten de VBM niet verwijderen.
Deel 2	Voorstelling alternatieven en uitleg over overzichtstabel
Deel 3	Hoe omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag.
Deel 4	Vragen? + toepassing op casussen.

4.3.3 Deurhangers

Bij de invoering van de Wet Zorg En Dwang in Nederland werden, om de zorgverleners te sensibiliseren, gesprekskaarten in de vorm van deurhangers gemaakt die aan de klinken van de bewoners werden gehangen. Deze deurhangers bevatten info over de wet, ethische dilemma's, stellingen, voorbeelden, enz. (Zorgbelang Inclusief, n.d.)

Het doel was om met de deurhangers bewustwording te creëren en het gesprek open te trekken over de Wet Zorg En Dwang. De deurhangers zorgden voor een laagdrempeliger contact over de wet tussen zorgverleners, de bewoners, de familie of/en wettelijke vertegenwoordigers. (Zorgbelang Inclusief, n.d.)

Met de deurhangers wordt er in deze bachelorproef getracht om na de bijscholing over fysieke fixatie het onderwerp levendig te houden op de afdeling. In recente studies wordt namelijk aangekaart dat een langdurige educatie effectiever is voor de vermindering van VBM. (Liang & Huang, 2023) In de praktijk is het niet altijd even haalbaar om tijd vrij te maken voor een langdurige educatie. Daarom wordt er getracht met de deurhangers de educatie verder te zetten.

In de toekomst kan er ook gericht gekeken worden hoe deze deurhangers de drempel verlagen bij de familie. Dit ligt buiten de focus van deze bachelorproef. In deze bachelorproef wordt voornamelijk de focus gelegd op de verpleegkundigen.

Op de ene zijde van de deurhanger wordt een stelling aangeboden, die ontkracht of bekrachtigd wordt door het antwoord op de andere zijde.



Figuur 9: Voorbeeld van een deurhanger

Een potentieel probleem kan gevonden worden op beschermde afdelingen waar bewoners met een cognitieve beperking deze deurhangers mogelijk zullen meenemen. Op deze afdelingen kan getracht worden om te werken met posters in plaats van met een deurhanger.

4.4 Plan

4.4.1 GPS-model

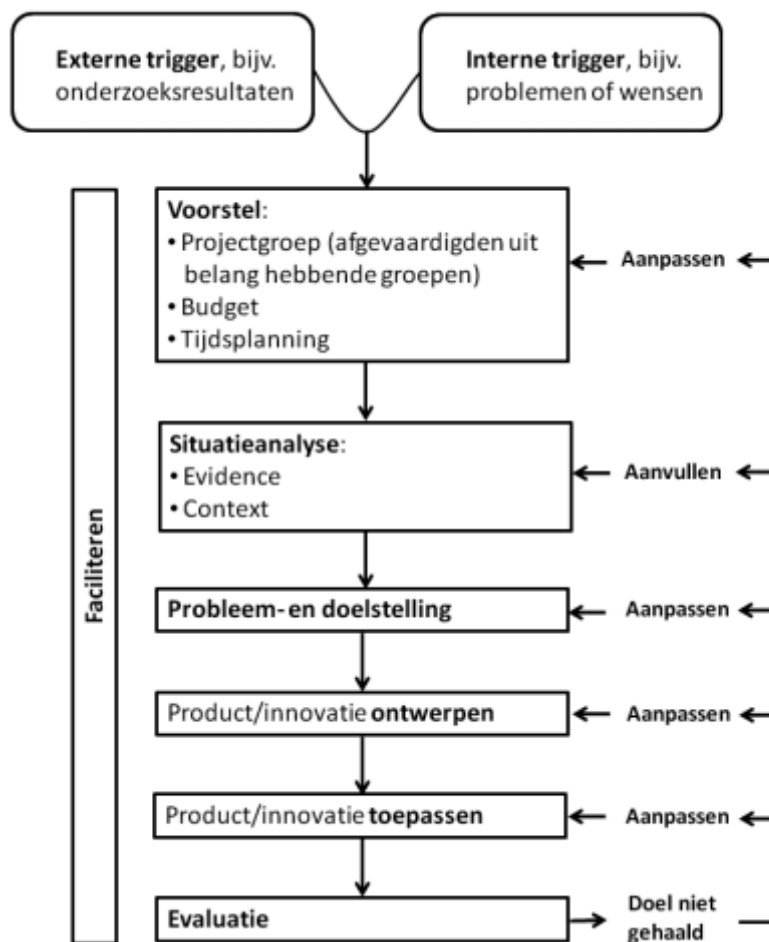
Bij implementatie van EBP moet het plan gebaseerd zijn op vijf bouwstenen: visie, vaardigheden, drijfveren, middelen en een plan van aanpak. Bij het ontbreken van een bouwsteen ontstaan er problemen en verloopt het implementatieproces minder goed.

Voor de implementatie van het prototype wordt daarom het GPS-model gebruikt, ook wel het Grol & Wensing, parihs, Synthese-model (GPS) genoemd.

Het model is een combinatie van de modellen van Grol & Wensing en Parihs waardoor het helemaal beantwoordt aan de bouwstenen die nodig zijn om het implementatieproces goed te laten verlopen. (Vermeulen & Tiemens, 2015)

Door het gebruik van het GPS-model zal de implementatie vlotter verlopen.

Onderstaande figuur en tabel geven het verloop weer.



Figuur 10: GPS-model (Vermeulen & Tiemens, 2015)

Tabel 9: Uitwerking GPS-model

GPS-model	Implementatie
Externe trigger	Onderzoek toont aan dat er veel negatieve gevolgen zijn gekoppeld aan het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Er zijn ook veel redenen waarom het wordt toegepast.
interne trigger	Als verpleegkundige met interesse in ouderenzorg wil ik zorgen voor kwaliteit van zorg en een waardig leven voor de oudere zorgvrager.
Voorstel	Inzetten op informeren, sensibiliseren en handvaten aanreiken aan de verpleegkundigen en later ook aan de zorgkundigen door een implementatie van een overzichtstabel met alternatieven, educatie en deurhangers.
Situatieanalyse	Er zijn veel alternatieven beschikbaar maar het is moeilijk om een overzicht te behouden. Een overzichtstabel en educatie kunnen helpen om alternatieven toegankelijker te maken.
Probleem- en doelstelling	In Vlaanderen daalde de prevalentie de laatste jaren maar er blijft een zeker percentage bestaan vooral tijdens de nacht worden VBM toegepast. In de meeste gevallen gaat dit over bedhekken. Er zijn echter veel negatieve gevolgen aan gekoppeld waardoor er meer moet gekeken worden naar alternatieven die minder ernstige of geen gevolgen hebben.
product/innovatie ontwerpen	Overzichtstabel met alternatieven, educatie en deurhangers.
product/innovatie toepassen	Een A4 geplastificeerd op elke afdeling in de verpleegpost met de overzichtstabellen op. Info wordt geven over de overzichtstabel via een bijscholing voor de verpleegkundigen. Om het onderwerp levendig te houden onder de zorgverleners wordt het gesprek getriggerd via deurhangers.
Evaluatie	Na de implementatie van de overzichtstabel nagaan of dit het gebruik van alternatieven verbetert door middel van een vragenlijst (zie bijlage 3). Via een vragenlijst wordt ook nagegaan of de educatie en de deurhangers een meerwaarde vormen. Daarnaast ook een pre- en post-meting om de kennis van de zorgverleners na te gaan. De vragenlijst voor deze meting is terug te vinden in bijlage 2.

4.4.2 Micro-niveau

Initieel wordt het prototype toegepast in het betrokken WZC.

Op microniveau wordt er vooral gekeken naar de kennisvergroting en sensibilisering bij de verpleegkundigen zelf en later ook eventueel bij zorgkundigen. Om een beeld te krijgen over de mate van het verbeteren van de kennis van VBM en alternatieven, wordt er voorafgaand aan de implementatie van de overzichtstabel, de bijscholing en de deurhangers, een kennistest afgenomen. Er wordt met een vragenlijst gepeild naar de kennis die verpleegkundigen op de werkvloer hebben over de gevolgen van en redenen voor het toepassen van VBM.

Er wordt daarnaast ook gepeild naar hoeveel ze denken dat de toepassing van VBM voorkomt, en welke alternatieven ze kennen, etc. (pre-meting). De pre-meting (bijlage 2) wordt digitaal uitgevoerd bij alle verpleegkundigen binnen het WZC.

De kennistest gebeurt volledig anoniem maar de zorgverlener vult wel zijn functie binnen het team in (gaande van verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen tot in een latere fase eventueel zorgkundigen).

Met de kennistest zal al dan niet de nood voor een uitgebreide bijscholing duidelijk blijken. Hierdoor kan men ook de intrinsieke motivatie verhogen om de kennis te vergroten bij de zorgverleners en hen de visie meer eigen maken.

Na de kennistest zal de bijscholing plaatsvinden. Alle verpleegkundigen binnen het WZC worden hierbij betrokken. Aangezien zorgkundigen in opdracht van een verpleegkundige VBM mogen toepassen, is het noodzakelijk dat ook zij in een latere fase betrokken worden in deze opleiding. Zo kunnen ze samen met de verpleegkundige mee nadenken over de toepassing van VBM. De verpleegkundige blijft, aangezien het een B1-handeling is, wel degene die een vrijheidsbeperkende maatregel zo nodig opstart. Het gebruik van de meeste alternatieven valt niet onder de verpleegkundige handelingen en kunnen dus ook opgestart worden door zorgkundigen.

In een post-meting een week na de bijscholing wordt dezelfde test als bij de pre-meting gebruikt. Hiermee wordt nagegaan of de kennis vergroot is.

Na de bijscholing worden er deurhangers toegepast op de afdeling om het topic levendig te houden. Op basis van de post-meting kan worden nagegaan welke informatie op de deurhangers moet voorzien worden.

De VIP (referentie persoon voor VBM op de afdeling) binnen het betrokken WZC, neemt ook deel aan deze opleiding en kennistest. Daarnaast zorgt de VIP voor een goede implementatie van de overzichtstabel, door het gebruik ervan te bevorderen op de afdeling.

Na een aantal maanden volgt een nieuwe meting (bijlage 3). In deze meting wordt nagegaan hoe de zorgverleners de tabel, de educatie en de deurhangers als effectief ervaren. Tijdens een bijeenkomst tussen de VIP's wordt nagegaan wat ze vinden van de tabel en waar verbeteringen nodig zijn om het gebruik ervan te verbeteren.

Tijdens de halfjaarlijks meting voor de prevalentie van VBM binnen het WZC, worden de cijfergegevens verzameld volgens het meetprotocol van het Vlaams instituut voor kwaliteit van zorg. Op de bijeenkomst met de VIP worden deze cijfers meegedeeld. De VIP koppelt de vooruitgang terug aan de afdeling via een verslag.

Na een jaar wordt er een nieuwe post-meting (bijlage 2) gedaan om de kennis bij verpleegkundigen na te gaan. Eventueel kan een nieuwe bijscholing gegeven worden.

4.4.3 Meso-niveau

Op Meso-niveau wordt de focus gelegd op de leidinggevende. Deze houdt de controle over de zorgverleners en kijkt of de verpleegkundigen hun werk goed doen.

Zowel de hoofdverpleegkundige als de VIP staan in voor de goede implementatie van de overzichtstabel op de afdeling zelf. Ze passen de principes van clinical leadership (4.4.5) toe tijdens de implementatie.

De referent vrijheidsbeperkende maatregelen binnen het WZC coördineert de bijscholing en regelt de meetings om beperkingen van de implementatie te bespreken.

De administratie en directie van het WZC kan bij de implementatie ook een rol spelen. Vooral in de aankoop en het ter beschikking stellen van alternatieven. Daarnaast kunnen ze ook zorgen voor een overkoepelende visie rond het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

In het betrokken WZC is er al een visietekst rond VBM opgemaakt. (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2023) Voor een goede implementatie is het noodzakelijk dat iedereen dezelfde visie heeft.

Ten slotte kunnen ze tijd vrijmaken voor het personeel om de opleiding te kunnen volgen. Geen tijd hebben is namelijk een barrière voor de implementatie. (Vermeulen & Tiemens, 2015)

In het WZC vindt elke zes maanden een MDO plaats. Tijdens deze momenten is het aangeraden om de risicofactoren voor VBM bij de bewoner te bespreken. De overzichtstabel kan dan bovengehaald worden om de opties te overlopen.

Het multidisciplinair team kan in de toekomst ook mee betrokken worden in het gebruik van het prototype en de bijscholing.

Wanneer de overzichtstabel, educatie en de deurhangers een positief effect hebben op de vermindering van VBM wordt er op Meso-niveau gekeken of het kan worden toegepast in de andere woonzorgcentra van de betrokken zorggroep.

4.4.4 Macro-niveau

Initieel wordt het prototype toegepast in het betrokken WZC. In een latere fase kan het prototype veralgemeend worden voor gebruik in andere woonzorgcentra over heel Vlaanderen. De overzichtstabel is zo opgemaakt dat de alternatieven die niet beschikbaar zijn binnen het WZC kunnen geschrapt worden. Zo kan ieder WZC een overzichtstabel op maat maken.

Op macroniveau wordt er daarnaast ook gekeken naar wat de maatschappij kan betekenen bij de vermindering van VBM. Een eerste aandachtspunt is dat er in België geen wetgevend kader is die het gebruik van VBM reguleert. Er wordt enkel advies gegeven via het woonzorgdecreet.

Om blijvende veranderingen te borgen moet er een overheidsbeleid gevormd worden. (Abraham et al., 2019) Een beleidswijziging op staats-/autoriteits-/dienstniveau om het gebruik van vrijheidsbeperking te verminderen, zorgt voor betrokkenheid bij en steun voor de inspanningen en resulteert meestal in acties. (Raveesh et al., 2019)

Op macroniveau moet er dus gekeken worden naar de opmaak van een sterker regulerend kader waarin de toepassing van VBM wordt geregeld. De Wet Zorg-en dwang uit Nederland kan hier als voorbeeld dienen.

Ook bestaat er geen duidelijke richtlijn die kan gebruikt worden in woonzorgcentra. Een richtlijn kan opgemaakt worden op basis van bestaande informatie over VBM en mogelijke alternatieven. In deze richtlijn kan de overzichtstabel worden opgenomen wanneer deze effectief blijkt te zijn. Andere WZC in Vlaanderen kunnen deze richtlijn en tabel dan toepassen. In de richtlijn kan tevens info gegeven worden over hoe er best een bijscholing plaatsvindt, welke aspecten men moet opnemen in de presentatie, etc.

Eventueel kan er een overkoepelend bijscholingsmoment worden georganiseerd door de overheid of kan er meer worden gefocust op het gebruik van alternatieven voor VBM bij de opleiding van de studenten verpleegkunde.

Tijdens de week van de valpreventie kan aangehaald worden dat VBM niet aangeraden is voor de preventie van valincidenten.

Volgens het onderzoek van Willems et al. is het voor sommigen nog onduidelijk hoe ze zich moeten gedragen volgens de Nederlandse wet rond onvrijwillige zorg (Wet zorg & dwang). (Willems et al., 2023)

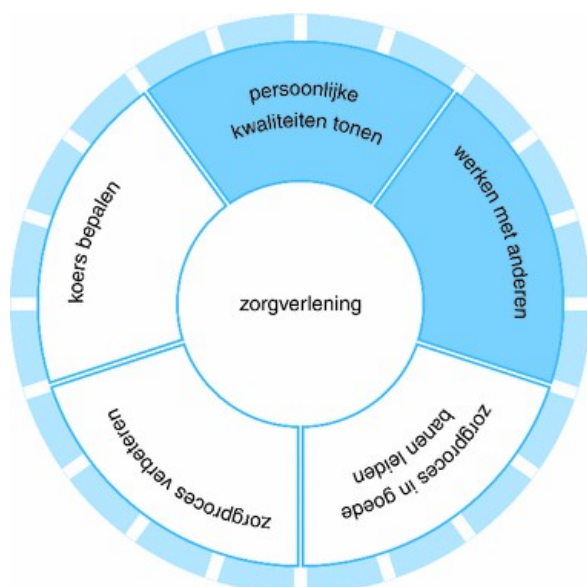
Bij de implementatie van een nieuwe wet of richtlijn moet dus educatie rond de wet in acht worden genomen.

4.4.5 Clinical leadership

Bij de implementatie van het prototype is leiderschap van cruciaal belang. Educatie wordt hierbij het best gegeven door een gespecialiseerde verpleegkundige of een hoofdverpleegkundige. (Liang & Huang, 2023)

Clinical leadership geeft betere patiëntenuitkomsten en een betere werkomgeving. De verpleegkundige wordt steeds belangrijker bij de implementatie van EBP, doordat deze steeds meer en meer een leidende rol inneemt samen met de hoofdverpleegkundige en de VIP vrijheidsbepalende maatregelen. (Adriaansen & Peters, 2018)

Het maakt hen de perfecte leiders voor de implementatie van het prototype doordat ze niet alleen in nauw contact staan met de bewoners, maar ook gericht zijn op het leveren van kwaliteitsvolle zorg. Daarnaast kunnen ze ook de noodzaak inzien tot verbetering en dit signaleren. Vakinhoudelijke expertise is hierbij het uitgangspunt voor het verpleegkundig leiderschap. (Adriaansen & Peters, 2018)



Figuur 11: De vijf domeinen van het Clinical Leadership Competency Framework (Adriaansen & Peters, 2018)

De vijf domeinen uit bovenstaande figuur geven het framework mee waar verpleegkundigen op moeten letten voor de ontwikkeling van het leiderschap:

- 1) Persoonlijke kwaliteiten tonen: ontwikkeling van zelfinzicht waarbij er een continue persoonlijke ontwikkeling is.

- 2) Werken met anderen: ontwikkel een netwerk en bouw relaties op. Stimuleer anderen en werk samen.
- 3) Zorgprocessen in goede banen leiden: maak een planning, organiseer het verloop van de uitvoering (financieel, medewerkers, ...)
- 4) Verbetering van zorgprocessen: evalueer de zorg, kritisch kijkend naar de veiligheid van de patiënt en mogelijke verbeteringen.
- 5) Koers bepalen: pas de kennis toe, evalueer en neem beslissingen.

(Adriaansen & Peters, 2018)

De uitwerking van het GPS-model (tabel 9) is een hulpmiddel dat kan gebruikt worden om het clinical leadership te vertalen naar de implementatie van het prototype.

4.4.6 Mogelijke problemen bij toepassing van het prototype

Elke verandering gaat gepaard met uitdagingen en obstakels. Er zijn dan ook een heel aantal situaties of problemen die zich kunnen voordoen die de implementatie van het prototype en dus het veranderingsproces kunnen belemmeren. Een deel van deze obstakels werd reeds besproken in de uitwerking van het prototype hierboven. Hieronder worden nog een aantal nog niet genoemde obstakels opgesomd.

Ten eerste moet voor een vlotte implementatie iedereen dezelfde visie hebben over het doel en moet er voldoende motivatie zijn om deze verandering tot stand te brengen. (Vermeulen & Tiemens, 2015)

Om dit tegen te gaan moet de visie van het WZC over VBM duidelijk zijn.

Het kan zijn dat sommige zorgverleners, vooral degenen die gewend zijn aan traditionele methoden zoals fixatie, weerstand bieden tegen het nieuwe protocol en het gebruik van de overzichtstabel.

Tijdens gesprekken in het werkveld is opgevallen dat een belangrijke reden voor het niet afbouwen van fixatie, de familie is. Bij de familie rust vaak de angst voor de gevolgen van het loslaten van de fixatie of bijvoorbeeld de financiële gevolgen van een val. Dit wordt ook aangehaald in het onderzoek van Willems et al.. (2013) In deze bachelorproef werd enkel de focus gelegd op de verpleegkundigen. In de toekomst is het aangeraden om een oplossing te bieden om de familie mee te nemen in het fixatiearm of fixatievrije verhaal. De deurhangers bieden hier mogelijk al een passend antwoord op.

Ten slotte kunnen de overzichtstabel en educatieve materialen, mogelijk te complex zijn voor sommige zorgverleners.

4.4.7 Sterktes bij de implementatie

Het prototype gaat uit van een multifactoriële aanpak door zowel een overzichtstabel, educatie en deurhangers aan te reiken. Met de overzichtstabel wordt de stap naar alternatieven kleiner en is men meer geneigd om hiertoe over te gaan. Via de bijscholing wordt de tabel uitgelegd zodat deze correct in de praktijk kan gebruikt worden. Tevens zal door de uitleg over VBM en hun gevolgen, de intrinsieke motivatie bij de zorgverleners aangewakkerd worden waardoor deze meer bereid zullen zijn om geen VBM toe te passen maar eerder te kiezen voor alternatieven.

Tijdens de implementatie worden ook regelmatig metingen gehouden om na te gaan of de kennis is vergroot en de hulpmiddelen zoals de tabel, educatie en deurhangers werken. Tevens worden er gesprekken gehouden met de referentiepersonen voor VBM op iedere afdeling. Zo kan er sneller geanticipeerd worden waar aanpassingen nodig zijn.

Er wordt daarnaast ook rekening gehouden met eventueel gekende barrières voor de implementatie van het prototype en de preventie en reductie van onvrijwillige zorg door actief op zoek te gaan naar oplossingen.

Discussie

Ten eerste zijn er een aantal beperkingen die voortkomen uit gebruikte bronnen. Zo zijn er een aantal bronnen gebruikt die VBM bespreken binnen het ziekenhuis en de thuiszorg. Hierbij is er dus een risico op heterogeniteit. (Abraham et al., 2022; Chou et al., 2020; Raveesh et al., 2019; Scheepmans et al., 2019; Sharifi et al., 2021) Er blijkt ook heterogeniteit aanwezig te zijn bij veel onderzoeken over educatie (Brugnolli et al., 2020)

Doordat de uniforme definitie over fysieke fixatie nog niet in elk onderzoek wordt gebruikt kan de prevalentie een vertekend beeld geven. (Robins et al., 2021) Ook kan het de vergelijkbaarheid en consistentie van de gevonden onderzoeken beïnvloeden, aangezien verschillende studies mogelijk verschillende criteria gebruiken voor het identificeren van fysieke fixatie. Het gebrek aan consistentie in prevalentiecijfers kan het moeilijk maken om trends te identificeren en effectieve interventies te ontwikkelen.

In de Belgische wetgeving is er geen definitie terug te vinden over wat valt onder VBM en fysieke fixatie. Terwijl het net belangrijk is om te weten wat er verstaan moet worden onder fysieke fixatie om het te kunnen vermijden. Er is dus een uniforme definitie nodig die federaal in gebruik kan worden genomen. (Cho & Min, 2024) Daarnaast is er ook een nood aan een richtlijn en wetgeving vanuit de overheid die specifiek is voor het promoten van alternatieven binnen woonzorgcentra. Voorlopig is er enkel een richtlijn en begrippenlijst voorzien binnen de GGZ.

Onderzoek toont namelijk aan dat door het toepassen van een richtlijn en een wet die fixatiearme zorg reguleert, de prevalentie van VBM daalt. (Pivodic et al., 2020) Het feit dat er geen specifieke wetgeving is die het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen regelt, kan leiden tot inconsistente praktijken en een gebrek aan duidelijke richtlijnen voor zorgverleners.

Wel is er een woonzorgdecreet dat hulp biedt aan woonzorgcentra bij de opmaak van een fixatiearm beleid. (Ruth Sierens & Tim Ogenhaffen, 2022)

In deze bachelorproef werd vooral gekeken naar de nadelige gevolgen en de redenen voor het gebruik van fysieke fixatie. Er werd hierbij getracht om de meest voorkomende alternatieven te bespreken om deze gevolgen te kunnen beperken.

In deze bachelorproef wordt met VBM dan ook verwezen naar fysieke fixatie.

Binnen deze bachelorproef was het niet haalbaar om ook andere vormen van VBM te bespreken zoals chemische fixatie. Dit vormt een onderwerp voor toekomstig onderzoek.

Er zijn een aantal alternatieven gevonden die het risico op VBM verminderen, maar dit betekent niet dat er in het werkveld waarschijnlijk nog meer alternatieven mogelijk zijn. In het bestek van deze bachelorproef was het niet mogelijk om rekening te houden met alle alternatieven.

In de alternatievenbundel wordt de effectiviteit van een alternatief niet besproken. Hierbij moet er dus kritisch worden bekeken of het alternatief werkt in het betrokken WZC en bij de individuele bewoner.

In deze bachelorproef werd de effectiviteit in het werkveld van de gevonden alternatieven en de toepassing van het prototype nog niet geëvalueerd.

De effectiviteit en haalbaarheid van alternatieve benaderingen kunnen sterk afhankelijk zijn van de specifieke context van het WZC, de behoeften van de bewoner en de beschikbare middelen. Wat in de ene setting goed werkt, kan in een andere setting

mogelijk minder effectief zijn. Het is daarom belangrijk om de aanbevelingen aan te passen aan de individuele situatie.

Ook niet alle alternatieven zijn zonder gevolgen. Zo zijn er alternatieven die nog steeds gedeeltelijk de bewoner beperken in zijn vrijheid zoals een bedbox, krabhandschoenen, etc. Daarnaast zijn er ook alternatieven die ethische vraagstukken oproepen zoals privacyoverwegingen bij de toepassing van zorgtechnologieën zoals sensoren of bed- en opsta-alarmen. Deze ethische overwegingen moeten zorgvuldig worden afgewogen bij het implementeren van de alternatieven. Er moet worden gezorgd voor passende maatregelen om de rechten en waardigheid van de zorgvragers te beschermen.

Hoewel technologie veelbelovend kan zijn als alternatief voor VBM, kunnen de kosten en de praktische haalbaarheid een belemmering vormen voor een brede implementatie in zorginstellingen. Het is belangrijk om de kosten-effectiviteit van technologische oplossingen te evalueren en rekening te houden met de benodigde infrastructuur en training bij de implementatie.

Uit onderzoek blijkt ook dat er invloed is van culturele en institutionele factoren bij het gebruik van fysieke fixatie. Verschillen in attitudes, praktijken en beleid tussen verschillende zorginstellingen en landen kunnen de interpretatie van onderzoeksresultaten bemoeilijken en de implementatie van beleidsmaatregelen beïnvloeden. Dit bemoeilijkt mogelijks de implementatie van het prototype naar andere WZC toe.

Ten slotte zijn er nog een aantal beperkingen in het prototype die de implementatie kunnen beïnvloeden. Zo kunnen de prototypes, zoals de overzichtstabel en educatieve materialen, mogelijks te complex zijn voor sommige zorgverleners om volledig te begrijpen en toe te passen. Zoals opgemerkt, kan de familie een belangrijke rol spelen bij het al dan niet accepteren van alternatieven voor fixatie. Het betrekken van families bij het educatieproces en het communiceren van de voordelen van fixatiearme zorg kan nuttig zijn. Dit kan ook een uitdaging vormen en moet in de toekomst onderzocht worden.

Hoewel het onderzoek zich richt op een initiële implementatie, is het belangrijk om te overwegen hoe de verandering op lange termijn zal worden geborgd. Continue ondersteuning, training en monitoring zijn nodig om ervoor te zorgen dat de nieuwe benaderingen duurzaam zijn.

Daarnaast moet men bij het gebruik van het prototype ook de generaliseerbaarheid nagaan. De overzichtstabel is deels gebaseerd op de procedure van het betrokken WZC. Het is belangrijk om na te gaan of de voorgestelde overzichtstabel ook van toepassing is op andere woonzorgcentra en om eventuele aanpassingen te overwegen voor verschillende contexten.

Tijdens de implementatie is het ook belangrijk om het prototype te evalueren en zo nodig aan te passen op basis van de gekregen feedback.

Conclusie

De gevonden informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen, met een focus op fysieke fixatie binnen woonzorgcentra, biedt een diepgaand inzicht in de praktijken, prevalentie, juridische kaders, redenen voor toepassing, en gevolgen van dergelijke maatregelen. Uit de verzamelde gegevens blijkt dat fysieke fixatie diverse oorzaken en gevolgen heeft, waarbij zowel patiënt- als niet-patiëntgerelateerde factoren een rol spelen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen en vooral bedhekken worden nog geregeld toegepast binnen woonzorgcentra. Dit terwijl het gebruik ervan afgeraden is in verschillende onderzoeken. De gevolgen kunnen namelijk groot zijn en geven dus ook de noodzaak aan voor de toepassing van alternatieven.

In de zoektocht naar alternatieven is het belang van een holistische benadering naar boven gekomen, waarbij de individuele behoeften van de zorgvrager centraal staan. Het gebruik van VBM moet als laatste optie worden beschouwd.

Het belangrijkste is om uit te gaan van vrijwillige zorg, waarbij de bewoner instemt met de gekregen zorg. Dit kan bereikt worden door verschillende laagdrempelige alternatieven zoals persoonsgerichte zorg, heldere communicatie, signaleringsplannen, medisch onderzoek, het bespreken van de bewoner tijdens een MDO en leefstijlmonitoring. De tabel over vrijwillige zorg (tabel 6) biedt hier een dieper inzicht in. Wanneer dit niet voldoende is, kan er overgestapt worden op andere wat meer vrijheidsbeperkende alternatieven, die de vrijheid van de bewoner toch nog deels respecteren.

Alternatieven voor VBM kunnen, net zoals fysieke fixatie op verschillende locaties toegepast worden, zoals in bed, in de zetel of rolstoel, overdag en 's nachts. Deze alternatieven variëren van aanpassingen in de fysieke omgeving tot technologische oplossingen zoals bed- en opsta-alarmeringssystemen.

Hoewel technologie een groeiende rol speelt in de zorg, moet de keuze voor technologische oplossingen altijd individueel worden afgewogen, rekening houdend met ethische overwegingen en mogelijke nadelen zoals kosten, implementatieproblemen en de privacy van de bewoner.

Het prototype voor de implementatie in het betrokken WZC omvat een multidimensionale aanpak om de stap naar alternatieven te vergemakkelijken en de kennis bij verpleegkundigen en later ook eventueel zorgkundigen, te vergroten.

Na grondig onderzoek zijn drie belangrijke strategieën ontwikkeld: een overzichtstabel met alternatieven t.o.v. redenen voor fixatie, educatie over VBM en alternatieven in de vorm van een bijscholing en de toepassing van deurhangers voorzien van stellingen.

Deze focussen zich zowel op het theoretisch kader rond VBM, het aanbieden van alternatieven op een laagdrempelige manier en het motiveren van de zorgverleners.

Met de overzichtstabel worden alternatieven aangeboden t.o.v. redenen voor fixatie. Dit verlaagt de stap naar alternatieven door alle informatie op één blad te geven wat het aanbod aan alternatieven overzichtelijk maakt en zo de stap ernaartoe waarborgt.

Met de educatie worden verschillende topics aangehaald die uit onderzoek belangrijk bleken te zijn in de vermindering van het gebruik van VBM. Deze topics gaan van het theoretisch kader rond VBM tot uitleg over alternatieven en het gebruik van de overzichtstabel.

Ten slotte wordt met de deurhangers het topic van fixatiearme/vrije zorg levendig gehouden en wordt de educatie zo op langere termijn geborgd.

De implementatie van dit prototype volgt het GPS-model (Grol & Wensing, Parihs, Synthese-model), waarbij externe en interne triggers worden gebruikt om de implementatie te sturen en te motiveren.

Initieel wordt het prototype op micro-niveau in gebruik genomen door de verpleegkundigen in het betrokken WZC.

Op meso-niveau begeleiden de hoofdverpleegkundigen, de VIP en de referent vrijheidsbeperkende maatregelen de implementatie van het prototype. Daarnaast wordt er ook gekeken naar de implementatie binnen andere WZC van de zorggroep.

Op macro-niveau kan het prototype geïmplementeerd in WZC over heel Vlaanderen.

Om de effectiviteit van de overzichtstabel, de educatie en de deurhangers na te gaan worden er bevragingen via vragenlijsten gedaan bij alle verpleegkundigen.

Sterktes van het prototype zijn onder meer de multifactoriële aanpak, regelmatige metingen voor evaluatie en de integratie van feedback van referentiepersonen voor vrijheidsbeperkende maatregelen op de afdelingen. Potentiële obstakels, zoals verschillende visies en weerstand bij familieleden van bewoners, worden erkend en vormen onderwerpen voor toekomstig onderzoek.

Ten slotte is na onderzoek ook gebleken dat duidelijkheid in het juridische luik van fysieke fixatie belangrijk is. Hierbij wordt er advies gegeven aan de overheid en andere overkoepelende instanties om een eenduidige wet en richtlijn te creëren die het gebruik van alternatieven in plaats van vrijheidsbeperkende maatregelen bevordert. Deze veranderingen op hoger niveau zijn nodig om de weg naar blijvende verandering in de fixatiearme of fixatievrije zorg te borgen.

Referentielijst

- ABCs-methode. (n.d.). Zorg Voor Beter.Nl. Retrieved February 12, 2024, from <https://www.zorgvoorbeter.nl/kennis-delen/tools/abcs-methode>
- Abraham, J., Hirt, J., Richter, C., Köpke, S., Meyer, G., & Möhler, R. (2022). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012476.pub2>
- Abraham, J., Kupfer, R., Behncke, A., Berger-Höger, B., Icks, A., Haastert, B., Meyer, G., Köpke, S., & Möhler, R. (2019). Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 27–34. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2019.03.017>
- Adriaansen, M., & Peters, J. (2018). Leiderschapontwikkeling van verpleegkundigen. In *Leiderschapontwikkeling van verpleegkundigen*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2127-8>
- Vilans. (2020). *Alternatievenbundel: Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg*.
- Ambrosi, E., Debiasi, M., Longhini, J., Giori, L., Saiani, L., Mezzalana, E., & Canzan, F. (2021). Variation of the Occurrence of Physical Restraint Use in the Long-Term Care: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol. 18, Page 11918, 18(22), 11918. <https://doi.org/10.3390/IJERPH182211918>
- Amnesty International. (n.d.). *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens* -. Retrieved May 18, 2024, from <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/universele-verklaring-van-de-rechten-van-de-mens-uvrm-volledige-tekst>
- Bellenger, E., Ibrahim, J. E., Bugeja, L., & Kennedy, B. (2017). Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age and Ageing*, 46(4), 688–693. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFW246>
- Bellenger, E. N., Ibrahim, J. E., Lovell, J. J., & Bugeja, L. (2017). The Nature and Extent of Physical Restraint–Related Deaths in Nursing Homes: A Systematic Review. <https://doi.org/10.1177/0898264317704541>, 30(7), 1042–1061. <https://doi.org/10.1177/0898264317704541>
- Departement Zorg. (2019, September 11). *Bewoners woonzorgcentra minder gefixeerd. Ook meer aandacht*. <https://zorg-en-gezondheid.be/nieuws/bewoners-woonzorgcentra-minder-gefixeerd-ook-meer-aandacht-voor-vroegtijdige-zorgplanning>
- Bleijlevens, M. H. C., Wagner, L. M., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2016). Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307–2310. <https://doi.org/10.1111/JGS.14435>
- Brugnolli, A., Canzan, F., Mortari, L., Saiani, L., Ambrosi, E., & Debiasi, M. (2020). The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1–27. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17186738>
- Cho, E., & Min, D. (2024). Use of physical restraints on older adults in South Korean nursing homes: a multicenter study. *Scientific Reports*, 14(1), 394. <https://doi.org/10.1038/S41598-023-50897-5>
- Chou, M. Y., Hsu, Y. H., Wang, Y. C., Chu, C. S., Liao, M. C., Liang, C. K., Chen, L. K., & Lin, Y. T. (2020). The Adverse Effects of Physical Restraint Use among

- Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(2), 160–165. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1306-7>
- Departement zorg. (n.d.). *Inleiding definities vrijheidsbeperkende maatregelen*. Zorg-En-Gezondheid.Be. Retrieved October 8, 2023, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Begrippenkader%20VBM.pdf>
- Doedens, P. (2019). Invloed educatie op praktijk vrijheidsbeperking. *TVZ - Verpleegkunde in Praktijk En Wetenschap*, 129(6), 50–51. <https://doi.org/10.1007/s41184-019-0120-3>
- Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. (n.d.). *Vallen voorkomen in een woonzorgcentrum*. Valpreventie.Be. Retrieved May 17, 2024, from <https://www.valpreventie.be/vallen-voorkomen-in-een-woonzorgcentrum>
- FOD Volksgezondheid. (2016, March 30). *Welke zijn de rechten van de patiënt?* <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/patientenrechten/welke-zijn-de-rechten-van-de-patient>
- Zorgbelang Inclusief. (n.d.). *Gesprekskaarten Wet zorg en dwang | Brochure | Informatiepunt dwang in de zorg*. 2020. Retrieved February 8, 2024, from <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/deurhangers-wzd>
- Government Department of Health, A. (n.d.). *Overview of restrictive practices*.
- Guvercin, C. H., Samur, M., & Gurkan, K. P. (2018). The Other Side of the Coin: Nurses' Views and Behavior on Physical Restraint-Cemal Huseyin Guvercin et al. *Acta Bioethica*, 24(2), 253–264.
- Hakverdioğlu Yönt, G., Kisa, S., & Princeton, D. M. (2023). Physical Restraint Use in Nursing Homes—Regional Variances and Ethical Considerations: A Scoping Review of Empirical Studies. *Healthcare*, 11(15). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE11152204>
- Zorggroep Zusters van Berlaar. (2018). *Handleiding Fysieke Fixatie*.
- Heeren, P., de Water, G. Van, De Paepe, L., Boonen, S., Vleugels, A., & Milisen, K. (2014). Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: A multicenter study. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(12), 48–54. <https://doi.org/10.3928/00989134-20140407-03>
- Huynh, D., Lee, O. N., An, P. M., Ens, T. A., & Mannion, C. A. (2021). Bedrails and Falls in Nursing Homes: A Systematic Review. *Clinical Nursing Research*, 30(1), 5–11. https://doi.org/10.1177/1054773820907805/SUPPL_FILE/APPENDIX_1.PDF
- Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Reißmann, U., Kurrle, S., & Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 333–339. <https://doi.org/10.1111/J.1532-5415.2010.03278.X>
- Kong, E. H., & Evans, L. K. (2012). Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian Nursing Research*, 6(4), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.10.007>
- K.B. 18 juni. (1990). Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts of een tandarts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen. *Belgisch Staatsblad*, 23232.

- Lampo, E., Degryse, B., Glorieux, F., Dessin LUCAS Leuven Virginie Carlassara, J. K., Lauwers, H., & Vermeulen, B. (2016). *Slimme technologie als alternatief voor fysieke fixatie: eindrapport*.
- Lee, D. C. A., Robins, L. M., Bell, J. S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., Griffiths, D., & Haines, T. P. (2021). Prevalence and variability in use of physical and chemical restraints in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103856. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2020.103856>
- Liang, S. H., & Huang, T. T. (2023). The optimal intervention for preventing physical restraints among older adults living in the nursing home: A systematic review. *Nursing Open*, 10(6), 3533. <https://doi.org/10.1002/NOP2.1632>
- Luykx, J. J., Tijdink, J. K., Vinkers, C. H., & de Witte, L. D. (2023). *Acute psychiatrie* (Tweede druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Milisen, K., Vlaeyen, E., Coussement, J., Leysens, G., Van der Elst, E., Boonen, S., Adriaenssens, J., Bautmans, I., Boone, A., Cambier, D., De Coninck, L., Delbaere, K., De Keyser, K., Descamps, J., Goemaere, S., Govaerts, F., Griep, L., Hamblok, T., Logist, R., ... Dejaeger, E. (2012). *Valpreventie in Woonzorgcentra*. www.uitgeverijacco.be
- Minguell, C., Gassó, A. M., Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán, E. L., & Arimany-Manso, J. (2024). Physical restraints in nursing homes: A qualitative study with multiple stakeholders. *Nursing Open*, 11(1). <https://doi.org/10.1002/NOP2.2078>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., Gøtzsche, P. C., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097>
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2023). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007546.PUB3/INFORMATION/EN>
- Pivodic, L., Smets, T., Gambassi, G., Kylänen, M., Pasman, H. R., Payne, S., Szczerbińska, K., Deliens, L., & Van den Block, L. (2020). Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 104. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103511>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints Clinical Best Practice Guidelines*. www.rnao.org/bestpractices
- Pu, H., Zhang, X., Luo, L., Yu, Q., Feng, X., Yan, L., & Zhang, Y. (2023). Use of physical restraints and its associated risk factors in the aged care facilities: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13–14), 3504–3515. <https://doi.org/10.1111/JOCN.16406>
- Raveesh, B., Gowda, G., & Gowda, M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 4), S693. https://doi.org/10.4103/PSYCHIATRY.INDIANJPSYCHIATRY_104_19
- Rijken, D. J., Milisen, K., Christiaens, A., D'hondt, D., Jacobs, W., & Van De Voorde, W. (2020). Death due to physical restraint in healthcare institutions. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 51(1), 1–19. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.01.02>
- Robins, L. M., Lee, D. C. A., Simon Bell, J., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., & Haines, T. P. (2021). Definition and Measurement of Physical and Chemical

- Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7).
<https://doi.org/10.3390/IJERPH18073639>
- Ruth Sierens, D., & Tim Opgenhaffen, en. (2022). Naar een juridisch conform fixatiebeleid in woonzorgcentra. *Belgisch Tijdschrift Voor Sociale Zekerheid*, 2, 219–249.
<https://publiek.departementwvg.be/Cobrha/Institutions/Search/Zorginspectie>.
- Scheepmans, K., Milisen, K., Vanbrabant, K., Paquay, L., Van Gansbeke, H., & Dierckx de Casterlé, B. (2019). Factors associated with use of restraints on older adults with home care: A secondary analysis of a cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 39–45.
<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2018.07.019>
- Hamers, J. (2017). The prevention and reduction of physical restraint use. In *Dementia in Nursing Homes* (pp. 219–228).
- Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., & Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Systematic Reviews*, 10(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/S13643-021-01676-8/TABLES/2>
- Steunpunt Welzijn Volksgezondheid & Gezin. (n.d.). *Publicaties*. Retrieved February 9, 2024, from
<https://www.steunpuntwvg.be/publicaties?&thema=&search=fixatie>
- Technische commissie voor verpleegkunde. (2019). Vragen en antwoorden 2010-2015 Update 2019. *Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid Van De Voedselketen En Leefmilieu*.
- Vermeulen, H., & Tiemens, B. (2015). Implementatie van evidence based practice. *Implementatie van Evidence Based Practice*. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-0824-8>
- Vlaams instituut kwaliteit van zorg. (2022). *Sectorrapport 2021*.
<https://zorgkwaliteit.be/woonzorgcentra>
- Vlaanderen. (n.d.). *Belgische Grondwet*. Retrieved May 18, 2024, from
<https://www.vlaanderen.be/inter/toolbox-toegankelijke-steden-en-gemeenten/algemeen-bestuur-dienstverlening-en-communicatie/belgische-grondwet>
- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (n.d.). *Vrijheid en fixatie*. Dementie.Be. Retrieved February 12, 2024, from
<https://www.dementie.be/themas/referentiekader/praktijktoepassingen/vrijheid-en-fixatie/>
- Ministerie van VWS. (2020). *Wet zorg en dwang (Wzd) | Informatiepunt dwang in de zorg*. <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>
- Willems, J., Passos, V. L., Hamers, J. P. H., & Bleijlevens, M. H. C. (2023). Professional caregivers' perceived barriers hindering the prevention and reduction of involuntary treatment among older persons receiving long-term care: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 7175–7192.
<https://doi.org/10.1111/JOCN.16796>
- Zorggroep Zusters van Berlaar. (2023). *Visie-fysieke fixatie*.
- Zorggroep Zusters van Berlaar. (2020). Valpreventie procedure. In *Valpreventie*.

Bijlagen

Bijlage 1: waar fysieke fixatie nu wordt toegepast in het betrokken WZC.

In bed	Krabhand-schoenen	Onrust-hekken + gebruik van	Verpleeg-deken/ trippelhoes/ slaapzak	Verpleeg-pyama/body	Fixatievest/ schouder-gordel	3-puntsfixatie/ bekkengordel met enkelband
Valrisico		X	X			X
Plukgedrag	X			X		
Automutilatie	X			X		
Agitatie			X		X	X
↑ veiligheidsgevoel		X				
Praktische hulp bij mobiliteit (bv. draaien)		X				
Dolen			X			
Niet rechtop mogen zitten					X	
ZV die neiging heeft om naar boven te schuiven op matras					X	

In rolstoel/zetel	Krabhand-schoenen	Remmen op rolstoel	Gekantelde zetel	Voorzet-tafel	Fixatievest/ schouder-gordel + buikgordel	Gordel	Zitbroek/ Δ lendengordel	Polsband(en)
Valrisico			X	X		X	X	
Plukgedrag	X							X
Automutilatie	X							X
Preventie naar voor glijden						X		
Praktisch				X				
Preventie weggrollen op oneffen vloer/ bij rechtstaan		X						
Steun voor verlamde arm				X				
Dolen			X	X		X	X	
Voorkomen weggrijden naar gevaarlijke plaats		X						
Preventie decubitus			X					
Neiging voorwaarts/zijwaarts vallen					X			

Andere	Kamerdeur op slot/ klink van deur halen	Chip/GPS
indicatie	Dolen 's nachts met gevaar voor zichzelf/anderen	Weglooptgedrag
Contra-indicatie	Bewoners met traumatische ervaring met opsluiting/ claustrofobie	Geen

Bron: eigen verwerking van (Zorggroep Zusters van Berlaar, 2018)

Vraag 3: Welke gevolgen van fysieke fixatie ken je?
Vraag 4: Over welke materie wil je nog meer info krijgen op de deurhangers?

Bijlage 3: Vragenlijst overzichtstabel & deurhangers

	Helemaal oneens	oneens	neutraal	Eens	Helemaal mee eens
Ik heb al gewerkt met de overzichtstabel					
De overzichtstabel is makkelijk in gebruik					
Door het gebruik van de tabel is het makkelijker om een alternatief te vinden					
Door de tabel opteer ik sneller een alternatief toe te passen					
De overzichtstabel is duidelijk en geeft een goed overzicht					
De deurhangers worden gebruikt					
De deurhangers bevatten goede stellingen					
De deurhangers dragen bij tot mijn kennis					

Bijlage 4: Deurhangers



Stelling:

Alternatieven voor
fixatie werken bij
iedereen hetzelfde en
er is geen zorg op
maat nodig.

Waar?
Niet waar?

Niet waar:

Voor een juiste beslissing
moet gekeken worden
naar het **levensverhaal**
van de bewoner. Hiermee
wordt nagegaan waar het
probleem uit voort komt
zodat er naar een gepast
alternatief gezocht kan
worden.

Het toepassen van
alternatieven is dus een
zorg op maat.

Definitie fysieke fixatie:

“Elke handeling of procedure die de vrije lichaamsbeweging van een persoon naar een positie van keuze en/of normale toegang tot zijn/haar lichaam voorkomt, door het gebruik van een methode, bevestigd aan of nabij het lichaam van een persoon, die hij/zij niet gemakkelijk kan controleren of verwijderen.”

Vormen fysieke fixatie:

- Bedhekken
- Geriatrische zetel
- Voorzettafel
- Verpleegdeken
- Trappelzak
- Remmen op rolstoel
- Vrijheidsbeperkende kledij zoals een body krabhandschoen of fixatievest
- Zweedse lendengordel
- pols- en enkelbanden

Stelling:

In het kader van valpreventie is het gebruik van *bed- of onrusthekken* aangewezen.

Waar?
Niet waar?

Niet waar, want:

Door het gebruik van bedhekken bij nog mobiele zorgvragers is er een risico dat de zorgvrager hier zal over klimmen met **nog grotere valincidenten en letsels tot gevolg**. Zorgvragers kunnen ook klem geraken tussen de bedhekken waardoor er verstikkingsgevaar is en gevaar voor blessures.

Stelling:

In het kader van
valpreventie zijn
er veel
alternatieven
beschikbaar.

Waar?
Niet waar?

Waar:

Alternatieven zijn:

- Verminder valrisico-verhogende factoren
- Bepolstering kamer/bed
- Hoog-laag bed + valmat
- Verhoogd toezicht met camera, sensoren, bed-en opsta alarmeringen, akoestische bewaking.
- Loophulpmiddel
- Nachtverlichting
- Loopstoel
- Heupbeschermers
- Beschermhelm
- Blijven bewegen!

Tip: maak gebruik van de overzichtstabel om een gepast alternatief te vinden. Doorloop hierbij eerst de alternatieven uit het “uitgangspunt vrijwillige zorg”.

Voordelen alternatieven:

- Geeft de bewoner meer vrijheid.
- Groot aanbod
- Zorgt voor minder negatieve gevolgen dan VBM zowel fysiek als mentaal.
- Zorgt voor een meer kwaliteitsvolle zorgverlening

Nadelen alternatieven:

- Vaak duurder dan VBM
- Groot aanbod waardoor soms onoverzichtelijk
- Vergt zorg op maat en is individueel af te toetsen.

Voordelen VBM:

- Overzichtelijker dan de alternatieven
- Makkelijk & snel toe te passen in acute situaties
- Vergt geen zorg op maat

Nadelen VBM:

- Veel negatieve gevolgen, zowel fysiek als mentaal
- Kan overlijden veroorzaken
- Geeft een vals gevoel van veiligheid

Bijlage 5: prototype overzichtstabel op papier

Overzichtstabel alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen

Indicatie	Alternatief	Fixatie
Valrisico bij opstaan uit bed of bij opstaan uit (rol)stoel/zetel	- Uitgangspunt vrijwillige zorg (zie vrijwillige zorg) - Verminderen valrisicoverhogende factoren volgens richtlijn valpreventie of interne procedure. - Bedbeugel/gedeeltelijk bedhekken - Bepolstering kamer/bed - Bedbox - Hoog-laag bed + valmat - Verhoogd toezicht met: - Akoestische bewaking - Nietsziende sensoren - Verlaten kamer melding - Bed- en opsta alarmering - Camera met of zonder beeld - Bewegingsmelder - Nachtverlichting - Loophulpmiddel - Loopstoel - Heupbeschermer/beschermhelm - Blijven bewegen	Bed: - Bedhekken - (Verpleegdeken/trippelhoes/slaapzak) - 3-puntsfixatie/ bekkengordel met enkelband. (rol)stoel/zetel - Gekantelde zetel - Voorzettafel - Gordel - Zitbroek/ driehoeklendengordel
Dolen	- Uitgangspunt vrijwillige zorg ▪ Nagaan honger, pijn, etc. - Nachtlucht - Verhoogd toezicht (bv. Kamer dicht bij verpleegstation, GPS, bewegingsmelders (o.a. akoestische bewaking, camera/sensoren), etc.) - Aanpassen fysieke ruimte. Bv. aanbrengen kleuren op vloer (stoplijn). - Half rolstoelblad	- Remmen op rolstoel - Gekantelde zetel - Voorzettafel - Gordel - Zitbroek/driehoeklendengordel - (Verpleegdeken/trippelhoes/slaapzak)
Onrust/ Probleem- gedrag	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Ontspanning: ➤ Ballenstoel ➤ Verzwaarde dekens ➤ Muziekkussen ➤ Slaaphulpmiddelen ➤ Maaltjedituelen - Dagritme verbeteren door speciaal licht of lichtwekker die zonsopgang nabootst - Verbeteren oriëntatie: straatnamen, enz. - Automatische nachtverlichting	- Bedhekken - 3-puntsfixatie/ bekkengordel met enkelband - Enkel-/ polsbanden
Auto-mutieren	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Krabhandschoenen - Verpleegpyjama/body - Signaleringsplan - Ontspanning - Bepolstering	- Polsbanden - Krabhandschoenen - Verpleegpyjama/body - In bed: 5-puntsfixatie (enkel bij acute en ernstige agressie)
Veiligheid op toilet	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Verhoogd toezicht	- Gordel + remmen tillift - Toiletgordel
Positioneren in zetel/stoel	- Uitgangspunt vrijwillige zorg - Aangepaste stoel (bv. gliderchair) - Ballenstoel - Antislip kussen	- gekantelde zetel - fixatievest/schoudergordel - abductiekussen/benkengordel

Uitgangspunt vrijwillige zorg

- Kijk naar de bewoner vanuit zijn levensloop, gewoontes en behoeftes. (kan het gedrag hier uit voortkomen? Wat is de betekenis/oorzaak van het gedrag?)
- Breng het gedrag van de bewoner in kaart met het signaleringsplan en de leefstijlmonitoring (in welke situatie komt het gedrag naar boven/zijn er veranderingen?).
- Pas de ABC-methode of de kleurenobservatieschaal toe.
- Ga uit van persoonsgerichte zorg.
- Probeer weerstand te voorkomen door meer toe te laten en je eigen waarden op de achtergrond te zetten.
- Bied een vaste structuur in de activiteiten en dagindeling.
- Zorg voor maaltijdrituelen.
- Communiceer helder met de bewoner. Gebruik communicatietechnieken of eventueel pictogrammen.
- Voer regelmatig conversaties met de bewoner.
- controleer lichamelijke problemen door een medisch onderzoek te laten uitvoeren. (bv. nagaan UWI bij delier, valincidenten, Jeuk/pijn bij onrust/agressie, medicatie?)
- Probeer in het kader van valpreventie niet te fixeren maar in te spelen op valrisicofactoren en preventiemiddelen aangeboden door www.valpreventie.be of de interne procedure.
- Bespreek factoren die het risico op VBM vergroten tijdens een ZAO of MDO.
- Pas de fysieke ruimte aan. Voorbeelden: voorzie voldoende oriëntatie in de ruimte door bv. straatnamen/kleuren, een prikkelarme ruimte, aromatherapie, een lavalamp, een klok, etc.
- Voorzie verhoogd toezicht bij bewoners met moeilijk hanteerbaar gedrag.

Valpreventie? Hoe?

- Risicofactoren evalueren: stoornissen in mobiliteit en cognitie, valangst en valgeschiedenis, pijn, risicovolle leefomgeving of gedrag, urinaire incontinentie, verminderd zicht, polyfarmacie, risicovol schoeisel, laag vitamine D-gehalte.
- Preventieve maatregelen:
 - Loopweg vrijmaken (geen losliggende tapijten, etc.)
 - Verlichten loopweg tijdens de nacht.
 - Aangepast schoeisel (geen sokken/blote voeten, teenslippers of antislipkousen) & inschakelen pedicure/podoloog voor aanpak van eventuele voetproblematiek.
 - Deelname aan oefenprogramma's voor de verbetering van het evenwicht
 - Blijf bewegen!
 - Gepast loophulpmiddel voorzien.
 - Vermijd het gebruik van slaapmedicatie en kalmerende middelen die het valrisico verhogen.
 - Vermijd breuken door de inname van calcium & vitamine D-rijk voedsel (melk, peulvruchten, vis, eieren, ...). Vraag eventueel aan de huisarts een supplement bij een tekort.
 - Controle bij oogarts.
- Gebruik geen bedhekken of rolkussen bij nog mobiele bewoners waarbij er risico is dat ze uit bed gaan tijdens de nacht.
- De valpreventieprocedure van het WZC is terug te vinden in het kwaliteitshandboek onder de V van valpreventie.