



Katholieke Hogeschool Sint-Lieven  
Departement Sint - Niklaas  
Afstudeerrichting Bachelor in de  
Verpleegkunde  
Optie Ziekenhuis

# Fixatie van patiënten in de zorgsector

Eindwerk aangeboden tot het behalen van het diploma van Bachelor in de  
Verpleegkunde

Aline Meuser

Academiejaar 2007 – 2008





Katholieke Hogeschool Sint-Lieven  
Departement Sint - Niklaas  
Afstudeerrichting Bachelor in de  
Verpleegkunde  
Optie Ziekenhuis

# Fixatie van patiënten in de zorgsector

Eindwerk aangeboden tot het behalen van het diploma van Bachelor in de  
Verpleegkunde

Aline Meuser

Mevrouw Krista Heeren

Academiejaar 2007 – 2008

## Woord vooraf

Dit eindwerk werd geschreven voor het behalen van het diploma van Bachelor in de Verpleegkunde.

Ik koos dit onderwerp reeds in mijn eerste jaar verpleegkunde. Er werden regelmatig patiënten gefixeerd maar ik merkte dat de verpleegkundigen er niet zo veel over wisten. Ze fixeerden ieder op zijn eigen manier. Maar de meesten, net als ik misten een goede basis en handelden vrij onzeker.

Toen ik vakantiewerk deed in het ziekenhuis vroeg een man aan mij in gebarentaal waarom hij een Zweedse band droeg en niet uit de zetel kon. Dit was voor mij de doorslag om over dit thema iets te doen.

Graag wilde ik een aantal mensen bedanken voor hun steun en medewerking. Zij het nu mentale steun, dan wel daadwerkelijke hulp en medewerking. In het bijzonder:

Mevrouw S. Goethals en mevrouw K. Heeren mijn eindwerk begeleidsters en mevrouw E. Steeman mijn eindwerk mentor voor de professionele begeleiding en het advies dat jullie voor me hadden.

Mevrouw V. De Cock en mijnheer E. Plaetinck voor de literaire bijstand en hun visie rond fixatie.

Dank aan Annelies, Marieke, Ellen en Sam om er steeds te zijn wanneer ik jullie nodig had.

Dank aan m'n ouders voor de steun, de aanmoediging, het nalezen van dit werk en de kans die ze me gaven om verder te studeren.

Woord vooraf	
Inhoudsopgave	
Inleiding	

## Literatuurstudie

Inleiding.....	1
1. Basisbegrippen.....	1
1.1. Wat is fixeren?.....	1
1.2. Prevalentie fixatie.....	2
1.3. Wanneer mag men fixeren? Wat zegt de wet?.....	3
1.4. Indicaties voor fixatie?.....	4
1.4.1. Patiëntgebonden indicaties.....	4
1.4.1.1. Veiligheid van de patiënt verzekeren.....	4
1.4.1.2. Een bepaald gedrag controleren.....	4
1.4.2. Indicaties die verband houden met de behandeling en de zorg van de patiënt.....	5
1.4.3. Omgevingsgebonden indicaties.....	5
1.4.3.1. vanuit de groep.....	5
1.4.3.2. vanuit het personeel.....	5
1.4.3.3. vanuit de organisatie.....	6
1.5. Mythen en feiten rond fixatie.....	6
1.5.1. Mythe 1.....	6
1.5.2. Mythe 2.....	7
1.5.3. Mythe 3.....	7
1.5.4. Mythe 4.....	8
1.5.5. Mythe 5.....	8
1.6. Fixatie vereist een ethische afweging.....	8
1.6.1 Het is belangrijk om de waardigheid van de patiënt als persoon te respecteren.....	9

1.6.2 Ook dient men de autonomie en verantwoordelijkheid van de patiënt te respecteren.....	10
1.6.3 De hulpverleners dienen het integrale welzijn van de bewoner te bevorderen.....	10
1.6.4 Men dient zoveel mogelijk de zelfredzaamheid van de patiënt te bevorderen.....	11
1.7. Afwegen van voor- en nadelen.....	11
1.8. Betekenis voor en beleving van fixatie.....	11
1.8.1. Voor de patiënt.....	11
1.8.1.1. lichamenlijk.....	11
1.8.1.2. sociaal.....	12
1.8.1.3. psychologisch.....	12
1.8.1.4. religieus / ethisch.....	13
1.8.2. Voor de familie.....	13
1.8.3. Voor de verpleegkundige.....	14
1.8.4. Voor de instelling.....	14
1.9. Alternatieven.....	14
1.9.1. Geïndividualiseerde zorg.....	15
1.9.2. Medisch-verpleegkundige opvolging van de patiënt.....	16
1.9.3. Omgevingsfactoren.....	17
1.9.4. Materialen die het gebruik van vrijheidbeperkende maatregelen reduceren of onnodig maken.....	17
2. Basisprincipes.....	17
2.1 Urgente situaties.....	18
2.2 Niet-urgente situaties.....	19
3. Fixatiematerialen.....	20
3.1 Soorten.....	20
3.1.1 Manuele fixatie.....	20
3.1.2 Fixatie door middel van toestellen of voorwerpen.....	20

3.1.3 Chemische fixatie.....	21
3.1.4 Fixatie door omgevingsveranderingen.....	22
3.2 Hoe juist gebruiken, aandachtspunten.....	22
3.3 Het beste fixatiemiddel?.....	24
4. Conclusie.....	25
Cd-rom.....	26

## Literatuurlijst

## Inleiding

Fysieke fixatie is een vrijheidbeperkende maatregel waarmee je mogelijks inbreuk doet op de rechten van de patiënt. Het wetboek spreekt zich niet éénduidig uit over het gebruik van fixatiemiddelen. Fixatie is wel een B1-handeling en mag zonder toestemming van een arts worden uitgevoerd. Deze regel geldt in niet-urgente situaties. De verantwoordelijkheid ligt dan bij de verpleegkundige. Bij de verpleegkundigen leeft vaak een dualiteit. Enerzijds wil men de patiënt beschermen tegen zichzelf en fixatie toepassen. Anderzijds wil men hem zijn vrijheid niet beperken. Daarom is het beter om interdisciplinair te beslissen over fixatie. Hoger beschreven problematiek leidt vaak tot ethische dilemma's.

Fysieke fixatie wordt zowel in de acute als in de chronische zorg vaak toegepast. De prevalentie cijfers variëren tussen de 20 en 75%. Dit komt onder meer doordat er verschillen zijn in land, setting en methode. Ook de patiënten populatie varieert, evenals de definitie die aan fysieke fixatie wordt gegeven.

Het fixeren van patiënten wordt om uiteenlopende redenen uitgevoerd. Men vindt in de literatuur zowel patiënt- als omgevingsgebonden redenen. De veiligheid van de patiënt garanderen kan als hoofdreden worden beschouwd.

Er bestaan verscheidene mythes over fixatie. Met behulp van deze mythes kan men de aandacht trekken van verpleegkundigen op hun handelen en het gebruik van fixatiemateriaal. De verschillende voor- en nadelen van fixatie kan je ook wel vertalen in de gevolgen van fixatie. Fixatie heeft effect op je hele menszijn. Ook de verpleging, familie en de instelling kunnen de positieve of negatieve gevolgen ervaren.

Omwille van alle risico's en gevaren die aan fixatie verbonden zijn, is het belangrijk dat fixatie enkel mag toegepast worden nadat alle mogelijke alternatieven zijn overwogen. Men dient steeds de minst beperkende fixatiemethode te gebruiken.

Wanneer men een vrijheidbeperkende maatregel toepast is het belangrijk om hierbij bepaalde zaken continue te controleren en er aandacht aan te besteden. Er bestaan verscheidene soorten fixatiemateriaal maar bestaat er ook het meest ideale fixatiemiddel?



Men zal in hoofdstuk twee aan de hand van de literatuurstudie een cd-rom maken zodat verpleegkundigen op een eenvoudig manier aan zelfstudie kunnen doen. Hierin zal men de basisprincipes om goed te kunnen fixeren uitschrijven. Deze cd-rom wordt geïllustreerd met het nodige foto- en filmmateriaal. Het is belangrijk dat verpleegkundigen beter worden opgeleid en deze kennis onderhouden. Daardoor kan men tot 23% van de fixatiemaatregelen reduceren.

## Inleiding

Dit hoofdstuk wordt aangevat met uitleg over de basisbegrippen. Wat omvat fixeren en wat zegt de Belgische wet over fixatie. Vervolgens worden de redenen en de gevolgen van fixeren beschreven. Tenslotte wordt nagegaan of er alternatieven bestaan voor fixatie.

In het tweede deel van deze literatuurstudie worden de basisprincipes omschreven.

In het laatste deel worden verschillende fixatiematerialen overlopen. Hoe deze juist te gebruiken en de aandachtspunten. Tot slot wordt het beste fixatiemiddel besproken. We eindigen met een algemeen besluit.

De literatuurstudie bevat informatie van verschillende literatuurstudies waaronder deze van An Van Wesenbeeck (2001), Lien Lecluyse (2007) en Valerie Adrianssens (2007).

Literatuur werd gevonden via verschillende kanalen; namelijk Pubmed, Scholar Google, Science Direct, Medline.

De artikels werden gevonden in de bibliotheek van Kaho Sint-Lieven te Sint-Niklaas.

## 1. Basisbegrippen

### 1.1. Wat is fixeren?

Er zijn verschillende vormen van fixatie gaande van chemische fixatie tot fysieke fixatie.

Er zijn talrijke definities van fixeren. Deze gaan van algemeen tot specifiek. (H. Valcke 2006, L. Lecluyse 2007)

J.P.H. Hamers et al. (2001), J. Hamers (2005) houden de definitie eerder algemeen: “Het op enigerlei wijze beperken van de patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden.”

Een specifiekere definitie is: “Elke handelingsmethode, materiaal of uitrusting aan of in de buurt van een lichaam van de patiënt die deze niet eenvoudig kan verwijderen en die de vrijheid van bewegen of de normale toegang tot het lichaam beperkt.” (J.P. Praet 2002, C. Gastmans 2005, H. Valcke 2006)

## 1.2. Prevalentie fixatie

J.P.H. Hamers et al.(2001) hebben het over een prevalentie variërend van 21 tot 85%.

Volgens een Zweedse studie wordt er het meest in rusthuizen en psychogeriatrische afdelingen gefixeerd namelijk 24%. Men vermeldt hier wel niet of fixatie met onrusthekkens wordt meegerekend. (S. Karlsson, G. Bucht, S. Eriksson, P.O. Sandman 1996). Dit is in vergelijking met Vlaamse RVT's (of woon- en zorgcentra) heel wat minder, zij fixeren namelijk 62,2% van de bewoners. Ook hier vermeldt men niet of fixatie met onrusthekkens wordt meegerekend. (N. Van Den Noortgate 2005).

T. Talloen 2003 geciteerd in K. Milisen 2005 onderzocht de prevalentie van fysieke fixatie in Vlaamse rusthuizen. Men kwam tot de conclusie dat er 66,6% van de bewoners werden gefixeerd (n = 154). In de Vlaamse ziekenhuizen wordt 63,1% van de patiënten gefixeerd (n = 41). Hiermee bedoelt men iedere vorm van fysieke fixatie (Lodewijckx 2004 geciteerd in K. Milisen 2005).

Over het algemeen worden er meer vrouwen dan mannen gefixeerd (84.9/15.1%). Hun leeftijd varieert tussen de 79 – 89 jaar (N. Van Den Noortgate 2005).

Uit onderzoek bij voornamelijk mensen met dementie in de Vlaamse ouderenvoorzieningen blijkt dat de aanwezigheid van vrijheidbeperkende maatregelen varieert van 76 tot 85,5%. Dit omvat dan alle mogelijke soorten vrijheidbeperkende middelen. Wanneer men de onrusthekkens en geriatrische stoel achterwege laat bekomt men een veel lager percentage nl. van 45.5 tot 49% (C. Gastmans, 2005).

Men kan stellen dat de prevalentie van fixatie tussen de 20% en 75% ligt. De meeste cijfers liggen dicht bij elkaar. De cijfers zijn moeilijk onderling te vergelijken. Dit komt doordat er verschillen zijn per land, per setting en per methode die werd gebruikt en of iedere vorm van fysieke fixatie wordt meegerekend. Ook de leeftijd en de cognitieve status van patiënten variëren (T. Talloen, 2003 geciteerd in K. Milisen, 2005, A.M. Dielis-van Houts et al., 2003).

### 1.3. Wanneer mag men fixeren? Wat zegt de wet?

Wanneer men iemand fixeert moet dit op een verantwoorde manier gebeuren en moet deze zo snel mogelijk worden opgeheven. De indicatie voor fixatie wordt minstens één maal per dienst geëvalueerd (C. Gastmans 2005).

Een specifieke wetgeving voor fixatie bestaat niet. Er wordt wel nagegaan of de hulpverlener in de gegeven omstandigheden heeft gehandeld als een normaal zorgvuldig hulpverlener. Hiervoor wordt beroep gedaan op de notities in het verpleegkundig en medisch dossier (A. Van Wesenbeeck 2001).

Fixeren is een B1 technisch verpleegkundige handeling die door een verpleegkundige autonoom kan worden uitgevoerd, indien de fixatie tot doel heeft lichamelijke letsels te voorkomen (KB 7 oktober 2002).

Volgens de wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002) “heeft de patiënt het recht geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar” (L. Lecluyse 2007). Indien dit recht geschonden wordt, kan dit beschouwd worden als een inbreuk op de lichamelijke integriteit van de patiënt of ‘opzettelijk toebrengen van slagen en verwondingen’ volgens het strafwetboek. Indien de patiënt niet meer in staat is om autonoom te beslissen (wilsonbekwaam), kan een vertegenwoordiger en/of familie ingeschakeld worden (P. Hylebos 2007, L. Lecluyse 2007).

Wanneer er zich andere situaties voordoen (niet acute situaties) zoals onrust en wegloupedrag van een patiënt dient er steeds een multidisciplinair overleg plaats te vinden. Er dient dus een goedkeuring te zijn van de arts en de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger. Dit staat niet in de wetgeving maar wordt in verschillende instellingen aangenomen (R. Veekman 2002, Gastmans et al., 2004 geciteerd in L. Lecluyse 2007).

## 1.4. Indicaties voor fixatie?

De indicaties om over te gaan tot fixatie kan je opdelen: het zijn patiëntgebonden indicaties, indicaties die verband houden met de behandeling en de zorg van de patiënt en omgevingsgebonden indicaties. Het is vaak een combinatie van verschillende indicaties om over te gaan tot fixatie. De hoofdindicatie blijft wel het garanderen van de veiligheid van de patiënt en zijn omgeving. (P. Werner 2002, R. Veekhoven 2002, L. Lecluyse 2007) Deze indicaties worden multidisciplinair besproken (zie 2).

### 1.4.1. Patiëntgebonden indicaties

Men kan fixeren uit twee overwegingen: veiligheid en om een bepaald gedrag te controleren. (C. Frank 1996, R. Veekhoven 2002, A.M. Dielis-van Houts et al., 2003, C. Gastmans 2005, A. Van Wesenbeeck, et al. 2006, H. Valcke 2006, L. Lecluyse 2007).

#### *1.4.1.1 Veiligheid van de patiënt verzekeren*

Patiënten worden vaak in hun vrijheid beperkt omdat men bang is dat deze patiënt gaat vallen. Men wil dus o.a. voorkomen dat de patiënt in een onveilige situatie terecht komt. Ook wil men voorkomen dat de patiënt met gevaarlijke voorwerpen in contact komt.

#### *1.4.1.2 Een bepaald gedrag controleren*

Men fixeert patiënten omdat ze onrustig zijn, storend gedrag vertonen. Ook impulsief gedrag, verwardheid, ronddwalen ,... zijn indicaties om patiënten te fixeren. Patiënten met dementie worden dus regelmatig gefixeerd omdat ze meerdere van deze gedragingen vertonen.

### 1.4.2. Indicaties die verband houden met de behandeling en de zorg van de patiënt

Het is belangrijk dat de patiënt kan behandeld worden. Men fixeert vaak patiënten om te vermijden dat ze hun infusiekatheters uittrekken. Ook ter bescherming van blaas- en maagsondes, verbanden, een endotracheale tube, voedingssonde en dergelijke meer.

Men fixeert ook patiënten opdat ze in een goede positie blijven zitten vb. ter preventie van druk- en schuifletsels.

### 1.4.3. Omgevingsgebonden indicaties

Bij de omgevingsgebonden indicaties staat het welzijn van de anderen centraal.

#### *1.4.3.1. Vanuit de groep*

Wanneer de patiënten vaak in een groep vertoeven bijvoorbeeld op een RVT of een woon- en zorgcentrum fixeert men soms patiënten om de rust en de vrede te bewaren. Ook wil men de andere patiënten hun veiligheid verzekeren. Sommige patiënten vertonen steelgedrag, maken dingen kapot,... dit kunnen mogelijke indicaties zijn.

#### *1.4.3.2. Vanuit het personeel*

De verpleegkundigen fixeren regelmatig uit comfort. De verpleegkundigen werken met een routine en een bepaalde structuur. Wanneer deze structuur in gevaar komt door bijvoorbeeld een gedesoriënteerde patiënt stijgt de kans op chaos. De verpleegkundigen willen deze structuur dus behouden met behulp van fixatie.

### 1.4.3.3. *Vanuit de organisatie*

Wanneer een patiënt zeer gedesoriënteerd is en een verhoogd valrisico heeft komt al vaak een ander argument boven. De verpleegkundigen kunnen niet het nodige toezicht geven aan deze patiënt doordat er te weinig personeel op de afdeling is. Ook heerst er een cultuur in de instelling dat fixatie algemeen aanvaard is. Deze algemene attitude wordt vooral bepaald door de ervaring en kwalificatie van het verpleegkundig personeel.

(C. Frank 1996, D. Evans, M. FitzGerald 2002, J.P. Praet 2002, R. Veekhoven 2002, A.M. Dielis-van Houts, B.H.G.M. Lendemeijer, J.P.H. Hamers 2003, Visietekst vvi 2004, C. Gastmans 2005, L. Lecluyse 2007)

## 1.5. Mythen en feiten rond fixatie

Uit voorgaande blijkt dat fixatie doorgaans wordt gebruikt ter beveiliging van de patiënt of zijn omgeving. Dat creëert echter een vals gevoel van veiligheid en een verhoogt integendeel het gevaar. Het is echter niet altijd gemakkelijk om verpleegkundigen hiervan te overtuigen. Met behulp van de volgende mythen rond fixatie kan je het best de aandacht van verpleegkundigen krijgen rond het gebruik van fixatiematerialen (W.T. Chien 1999).

L.K. Evans en N.E. Strumpf onderzochten naast de mythes het wetenschappelijk onderbouwde. (Strumpf, Robinson, Wagner & Evans 1998 geciteerd in A. Van Wesenbeeck 2001)

### 1.5.1. Mythe 1

“Om te voorkomen dat oudere patiënten (> kans) vallen en ernstige letsels oplopen, is het nodig hen met dwangmiddelen te fixeren.” → veiligheid

M.E. Tinetti et al., 1992 heeft onderzocht hoe het valrisico evolueert wanneer men personen fixeert. Men is tot besluit gekomen dat het valrisico even hoog blijft of zelfs stijgt. Wanneer men routinematig gebruik maakt van fixatiemateriaal zal het valrisico niet dalen (R. Gallinagh et al., 2002, Capezutie et al., 2007). Bijvoorbeeld bij het gebruik van bedhekken zal de kans op letsel stijgen, aangezien de patiënt dan van grotere hoogte valt.

Een beleid met veiligheid als eerste vereiste, leidt tot een vermindering van de mobiliteit van de patiënt. Er worden dus meer beperkingen opgelegd aan de patiënt dan nodig (C. Gastmans, L. Vanlaere 2006).

### 1.5.2. Mythe 2

“De morele verplichting om mensen tegen schade te beschermen vereist fixatie.”

Fixatiematerialen die gebruikt worden als beschermende maatregelen hebben geen gekende therapeutische voordelen. Rechtstreekse ernstige verwondingen ten gevolge van het gebruik van fixatiemateriaal komt zelden voor. Het zijn meestal kleine complicaties die moeilijk kunnen worden geëvalueerd. De complicaties die voorkomen zijn van lichamelijke en psychosociale aard (zie ook 1.8).

(M. Speechley, M. Tinetti 1991, A. Van Wesenbeeck 2001, C. Gastmans 2005, H. Valcke 2006, C. Gastmans, L. Vanlaere 2006)

### 1.5.3. Mythe 3

“Het stoort ouderen niet om in hun vrijheid beperkt te worden.”

Negatieve gevoelens zoals woede, angst, weerstand, ongemak, ontmoediging,... zijn vaak aanwezig bij de patiënt van wie de vrijheid wordt beperkt (C. Gastmans 2005). Patiënten worden soms agressiever doordat ze worden gefixeerd. M. Potegal et al., 2007 hebben dit aangetoond met een studie bij kleine kinderen rond agressie en fixatie. De kinderen werden agressiever wanneer ze werden gefixeerd. De uitslag van deze studie kan men veralgemenen naar andere patiënten bijvoorbeeld naar oudere patiënten.

Het is belangrijk dat verpleegkundige de patiënt en zijn familie duidelijk inlicht over de reden van de fixatie. Dit kan de patiënt reeds kalmeren en ook voor de familie kan dit een geruststelling zijn. Vaak wordt de invloed van de familie op de patiënt onderschat. Gerustgestelde familie heeft een positief effect op de patiënt zijn emotionele toestand en zijn genezingsproces. (A. Van Wesenbeeck 2001, H. Valcke 2006, C. Gastmans, L. Vanlaere 2006).



#### 1.5.4. Mythe 4

“Er moet gefixeerd worden omdat er onvoldoende personeel op de afdeling is.”

Het afschaffen of beperken van het gebruik van fixatiemateriaal in de zorg is reeds in vele ziekenhuizen en instellingen geslaagd zonder een toename van het aantal personeelsleden.

Verminderen van vrijheidbeperkende maatregelen heeft tot gevolg dat de mobiliteit en functionele bekwaamheden van de patiënt verbeteren. Dit zorgt ervoor dat de patiënt meer aan zelfzorg kan doen en de nood aan verpleegkundige hulp vermindert. (A. Van Wesenbeeck 2001, R. Gallinagh et al., 2002, H. Valcke 2006, C. Gastmans, L. Vanlaere 2006, D.J. Hellerstein et al., 2007)

#### 1.5.5. Mythe 5

“Er bestaan geen andere interventies dan gebruik van fixatiemateriaal om tegemoet te komen aan de noden van de patiënten.” (C. Gastmans, L. Vanlaere 2006)

Er bestaan meerdere alternatieven om het gebruik van vrijheidbeperkende maatregelen uit te stellen of te voorkomen. Dit wordt besproken in 1.9.

### 1.6. Fixatie vereist een ethische afweging (Visietekst vvi 2004, T. Defloor 2006)

Wanneer men een persoon wil fixeren moet men ook denken aan het menselijke aspect. Men doorloopt een drietal fasen alvorens men een weloverwogen besluit neemt.

Men kijkt eerst en vooral naar de stand van zaken vanuit het perspectief van de zorg. Dus meer technisch gericht.

Men dient ook aandacht te hebben voor de beleving van de vrijheidsbeperkende maatregel door de patiënt, familie en hulpverlener (zie 1.8).

En als laatste maar niet onbelangrijkste dient men een ethische afweging te doen van waarden en normen. In deze paragraaf gaan we wat dieper in op dit laatste.

Ethiek kan omschreven worden als het nadenken over menselijk handelen in het perspectief van menswaardigheid. Onder menswaardigheid verstaan we met *respect*, *dienstvaardigheid* en *zorgvuldigheid*. Deze waarden kunnen worden nagestreefd met behulp van een aantal concrete richtlijnen voor het handelen.

#### 1.6.1 Het is belangrijk om de waardigheid van de patiënt als persoon te respecteren.

Dus de beleving als persoon wordt in de eerste plaats bereikt door het zelf mogen en kunnen doen. Wat de patiënt wil op fysiek en psychisch vlak, het niet afhankelijk zijn van iemand, door niemand gedwongen worden tot wat dan ook. M.a.w. respecteren van de patiënt zijn vrijheid als persoon.

#### 1.6.2 Ook dient men de autonomie en verantwoordelijkheid van de patiënt te respecteren.

De patiënt en familie dienen geïnformeerd te worden over de verschillende keuzemogelijkheden. De patiënt of zijn vertegenwoordiger (indien de patiënt wilsonbekwaam is) dient steeds de toestemming te geven om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Dit noemt men de Informed Consent, letterlijk vertaald de geïnformeerde toestemming. Deze heeft als doel de vrije wil en keuzemogelijkheid van de patiënt te beschermen. De toestemming voor interventies en handelingen zouden moeten gebaseerd zijn op de belangrijkheid en grootte van de risico's die geassocieerd worden met de voorgestelde behandeling. Omdat de risico's, geassocieerd met fixatie, groot zijn, is het verkrijgen van een toestemming hiervoor essentieel. Het toestemmen voor fixatie is nodig omdat men moeilijk kan aantonen dat fixatie een effectieve maatregel is.

De zorg voor de autonomie dient zoveel mogelijk te worden gerespecteerd.

In sommige situaties zijn bepaalde vrijheidsbeperkende handelingen gerechtvaardigd. Wanneer de patiënt in gevaar is, ook preventief, of wanneer het gedrag van de patiënt schade kan berokkenen aan hemzelf of anderen, zijn 'paternalistische' acties toegelaten, soms zelfs noodzakelijk. Het is ethisch verantwoord tussen beide te komen en de autonomie van de patiënt te limiteren, wanneer potentieel gevaar dreigt voor de patiënt of voor anderen.

Maar dan nog moet gekozen worden voor de minst restrictieve manier en de minst beperkende fixatiemaatregel en zodra het directe gevaar is geweken, moeten andere alternatieven om de patiënt veilig te stellen, worden ondernomen.

### 1.6.3 De hulpverleners dienen het integrale welzijn van de patiënt te bevorderen.

Met het integrale welzijn bedoelt men de waarde van de lichamelijke integriteit (veiligheid) en het respect voor het psychosociaal welbevinden. Men dient dus rekening te houden met de relationele, psychische en morele dimensies van de patiënt zijn welzijn.

### 1.6.4 Men dient zoveel mogelijk de zelfredzaamheid van de patiënt te bevorderen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen dienen slechts uitzonderlijk te worden overwogen. Dus fixatie kan enkel indien het gestelde gedrag van de patiënt ernstig gevaar inhoudt voor de patiënt zelf of voor anderen en wanneer alle alternatieven tot het vermijden van fixatie faalden (zie 1.9). Fixatie zorgt voor een ondermijning van de zelfredzaamheid en een stijging van de afhankelijkheid van andere personen.

## 1.7. Afwegen van voor- en nadelen

Er zijn verscheidene voor- en nadelen om over te gaan tot fixatie van een persoon. Het is daarom belangrijk een goede afweging te doen en dan pas een besluit te nemen.

*Enkele voordelen zijn:*

- (1) Valpreventie, nochtans trekt men dit in twijfel omdat door de verminderde mobiliteit de oudere verlies heeft aan evenwicht en spiermassa en daardoor nog een groter valrisico heeft (J.P. Praet 2002).
- (2) Fixatie geeft een (vals) gevoel van zekerheid en veiligheid voor de verpleegkundige (R. Veekhoven 2002).

(3) Het geeft een gevoel van veiligheid en stabiliteit voor de patiënt,... (C. Gastmans 2005)

De voordelen kunnen zowel op lichamelijk, psychisch als op sociaal vlak liggen. (Visietekst vvi 2004)

*Enkele nadelen zijn:*

(1) Klachten van patiënt en familie met eventuele juridische gevolgen (K. Milisen 2005)

(2) Het raakt de patiënt in zijn gehele persoon, zie verder de gevolgen van fixatie bij de patiënt (zie 1.8).

(3) Er is weinig bewijs gevonden in de literatuur dat de indicaties (zie 1.4) worden verholpen door middel van fixatie. (A.M. Dielis-van Houts, B.H.G.M. Lendemeijer, J.P.H. Hamers 2003)

Deze lijst met de voor- en nadelen is niet volledig. Je kan deze vervolledigen met behulp van de inhoud van punt 1.8.

## 1.8. Betekenis voor en beleving van fixatie

Fixeren van patiënten kan ernstige gevolgen hebben voor alle betrokkenen (Visietekst vvi 2004).

### 1.8.1. Voor de patiënt

*1.8.1.1. Lichamelijk* (L.C. Burton, P.S. German, B.W. Rovner, L.J. Brant, R.D. Clark 1992, E. Hem 2001, J.P. Praet 2002, Visietekst vvi 2004, K. Milisen 2005, C. Gastmans 2005, Richtlijnen fixatie MM 2006)

- Kans op ernstige huidletsels en eventuele breuken als de persoon probeert de fixatie ongedaan te maken.
- Kans op decubitus
- Nosocomiale infecties zoals luchtweginfecties, urineweginfecties
- Cardiale stress
- Verlies van spiermassa met als gevolg verlies van mobiliteit, stabiliteit (evenwicht) en coördinatie en daardoor een verhoogd risico op vallen.

- Nadien problemen om ADL terug op te nemen
- Dehydratatie, oedemen
- Incontinentie en constipatie
- Kans op overlijden (soms ontstaan door neurohormonale stress)
- Vermindering van de immuniteit
- Kans op trombose
- Spieratrofie

*1.8.1.2. Sociaal* (J.P. Praet 2002, R. Veekhoven 2002, C. Gastmans 2005, T. Defloor 2006, H. Valcke 2006, L. Lecluyse 2007)

- Sociale isolatie
- Vereenzaming
- Afhankelijkheid
- Verlies van cognitieve functies
- Desoriëntatie
- De vertrouwensrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt wordt op de proef gesteld. Deze vertrouwensrelatie is zeer belangrijk in het verpleegkundig proces. Deze relatie is gebaseerd op het vertrouwen en de hoop van de patiënt dat de verpleegkundige op een competente wijze voor hem zorgt.  
Het gebrek aan respect en aandacht voor de noden en gevoelens van de gefixeerde patiënt kunnen deze relatie en dit vertrouwen ernstig beschadigen.  
Ook voor familie en aanverwanten is deze relatie belangrijk.

*1.8.1.3. Psychologisch* (L.C. Burton, P.S. German et al., 1992, G. Bonner et al., 2002 R. Veekhoven 2002, J.P. Praet 2002, Visietekst vvi 2004, C. Gastmans 2005, L. Lecluyse 2007)

- Gevoel van veiligheid en stabiliteit
- Gevoel van waardering voor de geboden hulp

- Gevoelens van schaamte, minderwaardigheid, identiteitsverlies, angst, agressie, verwardheid, afhankelijkheid, depressie
- Gevoelens van gevangenschap en beperking van autonomie
- Onverschilligheid, apathie
- Verlies cognitieve functies

*1.8.1.4. Religieus / ethisch* (H. Valcke 2006).

- Als hulpverlener moet je de vrijheid van de oudere op het hoogste niveau plaatsen. Dit is essentieel, prioritair om een goede hulpverlening te kunnen bieden. Deze vrijheid wordt ingeperkt met behulp van fixatie.
- Men handelt onmenswaardig wanneer men een persoon fixeert zonder alle mogelijke alternatieven te hebben overlopen.

Zie ook 1.6

1.8.2. Voor de familie (Visietekst vvi 2004, C. Gastmans 2005, C. Gastmans & K. Milisen 2006, T. Defloor 2006)

- Besef van eindigheid en beperktheid verbonden met leven en dood (“Toen ik de vrijheidsbeperking zag, verloor ik elke hoop voor mijn vader”)
  - Gevoel van controle
  - Ontkenning (vb “zolang ik het niet zie”) en kwaadheid bij familie
  - Ontluistering van de patiënt (vb “door de vrijheidsbeperking lijkt het alsof hij niet meer over zijn geestelijke vermogens beschikt”)
  - Schending van de vertrouwensrelatie patiënt en hulpverlener
- ➔ De patiënt en zijn geliefden hebben nood aan emotionele ondersteuning.

1.8.3. Voor de verpleegkundige (G. Bonner et al., 2002, Visietekst vvi 2004, Richtlijnen fixatie MM 2006, C. Gastmans 2005, C. Gastmans & K. Milisen 2006)

- Controlefunctie eventueel met gebruik van kinderlijke taal (infantilisering)
- Extra aandacht besteden aan de patiënt qua hydratatie, eliminatie, comfort en sociale interactie
- Gevoelens van frustratie, ambivalentie, schuld die mogelijk innerlijke conflicten doen ontstaan.
- Fixatie geeft een vals gevoel van zekerheid voor de verpleegkundige dat ze aan juridische vervolging kan ontsnappen.

1.8.4. Voor de instelling (D. Evans, J. Wood, L. Lambert 2003)

- Langere hospitalisatieduur

## 1.9 Alternatieven

De alternatieven zijn meestal niet goed gekend door de verpleegkundigen. Dit maakt dat er meestal te snel naar fixatiemateriaal wordt gegrepen (C. Gastmans & K. Milissen 2006). De kennis van het gebruik van fixerende middelen moet dus verbeterd worden. Wanneer de verpleegkundigen een zes maand durende cursus zouden volgen kan dit het gebruik van vrijheidbeperkende maatregelen terugdringen met een gemiddelde van 23% (F.K. Ejaz et al. 1994, L.K. Evans et al., 1997, E.M. Sullivan-Marx et al., 1999, S.S. Curran 2007). Door de cursus gaat het zelfvertrouwen en zelfeffectiviteit van de verpleegkundigen stijgen in situaties waar patiënten agressief zijn (I. Needman, 2004). 20 tot 65% van de verpleegkundigen kon geen alternatieven bedenken (Lee et al., 1999, Strumpf et al., 1988 zoals geciteerd in L. Lecluyse 2007). Je kan vrijheidsbeperkende maatregelen terugdringen door een betekenis van het gestelde gedrag te zoeken.

Om alternatieven voor fixatie te zoeken is het belangrijk om eerst een grondige anamnese en observatie te doen van de patiënt. Bijvoorbeeld heeft de patiënt koorts, wordt het gestelde gedrag als een probleem ervaren, kan de patiënt zich moeilijk uitdrukken, wanneer zijn er heldere momenten, wat zijn de noden van de patiënt,... (Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer 2007)

Door het afwegen van de voor- en nadelen van alle mogelijkheden kan men tot juiste acties overgaan (H. Valcke 2006).

Men kan de alternatieven opdelen in vier groepen die elkaar soms overlappen.

### 1.9.1 Geïndividualiseerde zorg

Geïndividualiseerde zorg is zorg specifiek naar de individuele patiënt gericht. Men kan bijvoorbeeld zorgen dat de patiënt zich niet verveelt. Ook kan men een betekenis zoeken achter het gestelde gedrag. Individuele zorg is ondermeer luisterbereidheid tonen, je empathisch opstellen ten opzichte van de patiënt, erkennen van de patiënt, verbale communicatie uitoefenen en dergelijke meer (J. Vandenberghe 2005, L.V. Downey et al., 2007).

Volgens H.T. Kok et al. 2002 is het belangrijk om zo veel mogelijk preventief op te treden. Vroegtijdig ingrijpen kan dwangmaatregelen drastisch reduceren. L.M. Janelli et al. (2005) ontdekten dat patiënten rustiger werden wanneer ze naar hun favoriete muziek luisterden. De patiënten waren op dat moment niet gefixeerd. Gewone attente dagelijkse zorg en activiteiten kan fixatie uitstellen of zelfs vermijden (C. Gastmans, L. Vanlaere 2006).

Betrek familie en vrijwilligers om de patiënt te observeren en gezelschap te houden. Het is belangrijk dat de familie voldoende informatie krijgt omtrent fixatie en de verschillende methoden, 'Informed Consent' (zie 1.6.2) (G.W. Kanski et al., 1996, A. Van Wesenbeeck 2001, C. Gastmans, L. Vanlaere 2006). Bevraag de familie wat voor de patiënt rustgevend werkt. Ga de noden van de patiënt na en voorkom agitatie. (S. Lusic 2000, R. Veekhoven 2002, J.P. Praet 2002, Visietekst vvi 2004, K. Milisen 2005)



### 1.9.2 Medisch- verpleegkundige opvolging van de patiënt

Men kan de personen evalueren en behandelen volgens de risicofactoren voor valproblematiek. Dit houdt verschillende zaken in:

Eerst en vooral dient men de personen op te sporen met een verhoogd risico.

Dan zal men in samenwerking met de ergotherapeut het juist gebruik van hulpmiddelen zoals looprek, wandelstok,... aanleren. In samenwerking met de kinesitherapeut zal men oefeningen ter bevordering van het evenwicht (Thai Chi) en krachtoefeningen doen. De mobiliteit en het evenwicht van de persoon moet regelmatig gecontroleerd worden. Dit zijn specifieke handelingen om vallen te voorkomen.

Ook het zicht, orthostatische hypotensie, incontinentie, medicatie inname, pijn, dagnachtritme,... dienen regelmatig geëvalueerd te worden.

Het organiseren van een toiletbezoek kan een mogelijk alternatief zijn.

Men kan een positief effect bereiken wanneer men de autonomie van de patiënt respecteert. Laat de patiënt zichzelf wassen of helemaal of gedeeltelijk... (Visietekst vvi 2004, K. Milisen 2005, C. Gastmans & K. Milisen 2006, E. Steeman 2007, L. Lecluyse 2007).

Het is ook belangrijk om de risicofactoren voor delier te evalueren en te behandelen. Deze risicofactoren zijn o.a. neurologisch (vb. CVA, Parkinson, hersentumoren,...); hart- en longaandoeningen (vb. hypotensie, hartinfarct, pneumonie,...); metabole stoornissen (vb. uremische encefalopathie, hyperkaliemie, hypernatriemie,...); medicatie inname (vb. diuretica, antidepressiva,...);... Je kan je wapenen tegen een delier door regelmatig jezelf voor te stellen, de patiënt te oriënteren in tijd en ruimte, vraag aan de familie voor iets vertrouwd op de kamer te plaatsen,...

Belangrijk is de oorzaak van het delier op te sporen en deze te behandelen. Men gebruikt vaak een combinatie van chemische fixatie en fysieke fixatie ter behandeling van een delier. Wanneer men medicatie gebruikt dien je steeds goed te controleren of het juiste voorschrift is gebruikt met de juiste hoeveelheden. Observeer de patiënt op eventuele bijwerkingen of synergetische effecten (T. Defloor 2006).

### 1.9.3 Omgevingsfactoren

Wanneer men de patiënten heroriënteert in tijd (m.b.v. klok, kalender), plaats en persoon zal deze meer gerustgesteld zijn. Geef de patiënt zijn prothesen die hij nodig heeft om normaal te kunnen functioneren zoals zijn bril, hoorapparaat. Vermijd lawaai, drukte en duisternis. Reduceer m.a.w. dus omgevingsstimuli (L. Lecluyse 2007). Ook het inrichten van een dwaalgang en activiteitsruimte kan de patiënten helpen.

### 1.9.4 Materialen die het gebruik van vrijheidbeperkende maatregelen reduceren of onnodig maken.

Men kan het bed in laagste stand plaatsen of eventueel een matras op de grond leggen. Met een verhoogd toezicht door familie of vrijwilligers kan men ook een positief effect bereiken. Het dragen van heupbeschermers, het gebruik van antislip materiaal zoals kousen, een tapijt, schokabsorberende vloerbekleding en dergelijke meer (Visietekst vvi 2004, C. Gastmans & K. Milisen 2006, E. Steeman 2007).

## 2 Basisprincipes

Het is de bedoeling om fixatie zoveel mogelijk te vermijden en steeds alle alternatieven te overlopen. Het is belangrijk de patiënt en familie goed te informeren over het waarom van de fixatie (Informed Consent zie 1.6.2) (E. Steeman 2007).

De beslissing om over te gaan tot fixatie van de patiënt gebeurt in team. Fixatie is een complex geheel op het fysieke, psychologische, emotionele, sociale en ethische vlak. Fixatie heeft een grote impact op de patiënt, zijn familie en de zorgverleners (zie 1.8). De beslissing tot fixatie is daarom een beslissing die niet door de verpleegkundige alleen genomen moet/mag worden. Ondanks het feit dat de verpleegkundige deze beslissing zelfstandig mag nemen is overleg essentieel.

Om tot een gefundeerde beslissing te komen, moet men beroep kunnen doen op de patiënt, zijn familie en een interdisciplinair team. Een inter/multidisciplinair team kan, afhankelijk van de patiënt die men voor zich heeft, bestaan uit: de geriater, fysisch therapeut, kinesitherapeut, verpleegkundige, ethicus, psycholoog, ergotherapeut, pediater, logopedist ...

Elk lid van het team is expert in zijn vakgebied en zal, na een grondige doorlichting van de patiënt, zijn visie meedelen in overleg met de andere zorgverleners die betrokken zijn in de zorg van die specifieke patiënt. Op deze manier worden de verschillende aspecten van fixatietherapie behandeld en komt men tot de best mogelijke aanpak voor elke individuele patiënt. (Martin et al. 2002, T. Defloor 2006, C. Gastmans, L. Vanlaere 2006, UZ Leuven werkgroep delirium 2006).

Wanneer men toch personen fixeert moet men de patiënt om de twee uur eens volledig losmaken (R. Veekhoven 2002, [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl) 2005). Steeds moet men de minst beperkende maatregel eerst uitproberen (Visietekst vvi 2004, C. Gastmans, L. Vanlaere 2006). Men dient een herziening van de indicatie te doen minimum om de 12u (E. Steeman 2007). Een gefixeerde patiënt moet steeds schriftelijk geëvalueerd worden en dit moet toegevoegd worden aan het patiëntendossier. Het comfort voor de patiënt moet maximaal worden nagestreefd (UZ Leuven werkgroep delirium 2006).

Men moet een onderscheid maken tussen urgente en niet-urgente situaties.

## 2.1. Urgente situaties

Een urgente situatie kan kortdurend zijn (herevaluatie binnen het uur (S. Lusic 2000)). Het is dan meestal aangewezen uit veiligheid voor de patiënt en zijn omgeving om deze te fixeren. De patiënt kan fysieke agressie vertonen en on(be)handelbaar zijn. Deze fixatie maakt het dus mogelijk de patiënt te behandelen. In verscheidene instellingen neemt men het standpunt in dat men enkel mag fixeren op voorschrift van de arts in urgente situaties. Maar fixatie blijft een toevertrouwde verpleegkundige handeling. Belangrijk is om urgente situaties te voorkomen en dus te anticiperen op het gedrag van de patiënt (Richtlijnen fixatie MM 2006). In acute, urgente situaties is het vaak onmogelijk om multidisciplinair overleg te doen. Men kan dan achteraf nog multidisciplinair beslissen of de fixatie zal worden voortgezet (Martin et al. 2002, T. Defloor 2006).

## 2.2. Niet-urgente situaties

Men mag in een niet-urgente situatie fixeren enkel als de veiligheid op geen enkele andere manier kan gevrijwaard worden, of indien het gedrag op geen enkele andere manier kan beheerst worden. Het gaat in niet-urgente situaties over een interdisciplinaire beslissing. Het is ook belangrijk dat het ander personeel dat aanwezig is op dienst van de fixatiemaatregelen op de hoogte is. Meer overleg en communicatie bevordert een positieve houding van verpleegkundigen (A. Van Wesenbeeck 2001).

De familie en indien mogelijk de patiënt zelf (beslissingsbekwaam) hebben medezeggenschap in de beslissing over fixatie. Anders is het ethisch onaanvaardbaar (C. Gastmans, L. Vanlaere 2006).

Wanneer de patiënt beslissingsonbekwaam is dient men rekening te houden met een voorafgaande wilsverklaring, deze is zelden voorhanden. Ook is het dan belangrijk om informatie te verzamelen over levenservaringen, interesses, sociale gedragspatronen en het patiëntendossier. Daarom is het van belang de vooraf benoemde vertegenwoordiger of een wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt bij het zorg- en beslissingsproces te betrekken (C. Gastmans, L. Vanlaere 2006, UZ Leuven werkgroep delirium 2006).

Het is dus in niet-urgente situaties zeer belangrijk om alle alternatieven te overlopen en een open communicatie te voeren. Wanneer men een patiënt fixeert dient men tijdens iedere shift een herbeoordeling te doen (C. Gastmans 2005). Dit moet steeds ook schriftelijk genoteerd worden.

Om sommige gevolgen te voorkomen dient men fixatie aan een mobiliteitsplan te koppelen. Dit houdt onder meer in om de gefixeerde ledematen te oefenen, regelmatig een toiletbezoek te organiseren, ... (Richtlijnen fixatie MM 2006, C. Gastmans, L. Vanlaere 2006)

## 4. Fixatiematerialen

### 3.1 Soorten

Er bestaan verschillende soorten fixatiemiddelen. Men kan individuen fixeren maar men kan ook in groepsverband fixeren. Alle middelen die een belemmering van het functioneren betekenen zijn fixatiemiddelen. (Folmar & Wilson 1989, Cohen e.a. 1996 geciteerd in A. Van Wesenbeeck 2001, M. Schiltmans 2002, M. Beetsma, J. Van der Kooij 2003, M. Jaspers, M. Mutschelknauss 2005, Richtlijnen fixatie MM 2006, T. Defloor 2006, I. De Becker, B. Man, K. Milisen 2006, E. Steeman 2007)

We kunnen algemeen gezien volgende vormen onderscheiden:

#### 4.1.1 Manuele fixatie

Hiermee bedoelt men dat de persoon door fysieke kracht van een andere persoon in bedwang wordt gehouden.

#### 4.1.2 Fixatie door middel van toestellen of voorwerpen

Zoals de titel het reeds vertelt fixeert men de patiënt met behulp van een mechanisch hulpmiddel zodat de bewegingsvrijheid van de persoon of de normale toegang tot het eigen lichaam wordt beperkt.

Tabel 1 Soorten fixatiemiddelen

---

- ◆ Bedhekken
- ◆ Pols- en enkelbanden (leder, wol, katoen,...)
- ◆ Riemen (zie ☐)
- ◆ Vestjes of een harnas
- ◆ Handschoenen
- ◆ Verpleegdeken

- ◆ Gewone stoelen, rolstoelen, geriatrische zetels met eventueel aangepaste veiligheidsgordels en/of voorzettafel. (zie »)
- ◆ Een gewone stoel onder tafel schuiven
- ◆ Matras op de vloer
- ◆ ...

---

□ De Zweedse band is de meest courante in gebruik. Wanneer men iemand fixeert zal men dit 3-punts, 4-punts of 5-punts doen. Drie-punts wil zeggen aan de buik en dan nog één arm en één been. Men dient de banden steeds gekruist aan te leggen vb. linker arm en rechter been. Vier-punts fixeert men de twee voeten, de lenden en één hand. Vijf-punts is erg vrijheidsbeperkend nl. de twee voeten, de lenden en twee handen. Hier is de patiënt ook volledig afhankelijk van de verpleegkundige. De zorgen voor deze patiënt zijn dan ook veel zwaarder.

Er bestaan ook hoofdfixatiebanden, schouderbanden,... maar deze worden zelden gebruikt.

» In een rolstoel of geriatrische stoel wordt het functioneren bevorderd.

### 4.1.3 Chemische fixatie

Onder deze vorm van fixatie valt het gebruik van medicatie. De medicatie wordt hier uitsluitend aangewend om het gedrag van de patiënt te controleren of te beheersen en behoort normaal gezien niet tot het behandelingsplan.

Tabel 2 Medicatie gebruikt als chemische fixatie

- 
- ◆ analgetica
  - ◆ opiaten
  - ◆ sedativa of tranquillizers
  - ◆ neuromusculaire blokkers
  - ◆ anti-psychotica
  - ◆ anxiolytica
  - ◆ antidepressiva.
-

#### 4.1.4 Fixatie door omgevingsveranderingen

Hieronder kan men o.a. de isolatie en de gesloten afdeling (met cijferslot) plaatsen. De patiënt kan zich slechts in een beperkte omgeving verplaatsen. Het plaatsen van een dwaal-detectiesysteem is ook een vorm van fixatie door omgevingsveranderingen.

### 3.2 Hoe juist gebruiken, aandachtspunten

Fixatie is geen toezichtvervangend middel omwille van de vele risico's die eraan verbonden zijn (zie 1.8). Het is daarom belangrijk om regelmatig (minimum 1x per shift (C. Gastmans 2005)) een herbeoordeling van de patiënt te doen. Ook het gebruikte fixatiemateriaal moet gecontroleerd worden. Werkt het doeltreffend, heeft de patiënt lichamelijke letsels ten gevolge van het gebruikte materiaal en dergelijke meer.

#### **Aandachtspunten & hulpmiddelen bij het fixeren**

*Veiligheid* (M. Beetsma, J. Van der Kooij 2003, Visietekst vvi 2004, [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl) 2005, Richtlijnen fixatie MM 2006, Medicaresystem 2006)

- Plaats het bed in laagste stand
- Controleer het materiaal op slijtage (scheuren, losse naden,...) voor het gebruik
- Controleer frequent de patiënt (om het uur)
- Controleer iedere shift de hydratatie, de eliminatie, het comfort en de sociale interactie van de patiënt
- Houd de magneetsleutel ver genoeg van de patiënt maar dicht genoeg bij de banden. Deze worden vaak aan het televisietoestel geplaatst of boven het bed.
- Verwijder gevaarlijke voorwerpen
- Probeer een balans te vinden voor de hoeveelheid prikkels uit de omgeving
- Vergrendel zo mogelijk ramen
- Fixeer nooit twee ledematen aan dezelfde kant
- Fixeer nooit patiënten die convulsies hebben
- Blijf bij de patiënt bij toiletgang
- Controleer de vochtbalans

- Controleer op eventuele complicaties zoals huidruptuur, decubitus,...
- Houd de magnetische sleutel ten minste 12 cm van de pacemaker verwijderd

*Aan de lenden* (Richtlijnen fixatie MM 2006)

- Span de Zweedse band goed aan zonder dat hierdoor de ademhaling van de patiënt wordt belemmerd. Het moet juist mogelijk blijven om je hand tussen de band en het lichaam van de patiënt te plaatsen.
- Zorg ervoor dat de zij- en laterale banden goed bevestigd zijn.
- Bevestig de zijbanden aan het bed en niet aan de onrusthekkens.
- Plaats de band steeds juist onder de ribbenkast en boven de heupkam.

*Aan de voeten* (Richtlijnen fixatie MM 2006)

- Controle op eventuele afknellingen (aders die opzetten, cyanose van de voet, oedemen, ...) de eerste maal reeds na 5 minuten.

*Aan de handen* (Richtlijnen fixatie MM 2006, M. Jaspers, M. Mutschelknauss 2005)

- Controleer ook hier na 5 minuten op eventuele afknelling.
- Controleer de handen zeer regelmatig of de banden niet afknellen.

*Familie* (Visietekst vvi 2004, [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl) 2005)

- Houd de familie op de hoogte van de toestand van de patiënt.
- Betrek de familie bij de verpleegkundige zorgen (dit zorgt ook voor oriëntatie).
- Maak de patiënt even los bij aanwezigheid van familie.

*Prikkeldosering* (Visietekst vvi 2004, [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl) 2005)

- Breng regelmatig korte bezoeken.
- Reduceer prikkels zoals lawaai en onverwachte geluiden.
- Zorg ervoor dat er niet teveel personen aan het bed staan. De personen nemen aan dezelfde zijde van het bed plaats.



*Oriëntatiebevorderende maatregelen, deze maatregelen bevorderen ook de zelfredzaamheid van de patiënt* (Visietekst vvi 2004, [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl) 2005)

- Plaats het bed dicht bij het raam
- Zet de bril op en het gehoorapparaat aan
- Hang een kalender op
- Breng een klok of horloge aan
- Laat vertrouwde voorwerpen meebrengen
- Trek eigen pyjama of kledij aan
- Schrijf belangrijke informatie op voor de patiënt
- Communiceer op ooghoogte en kijk de patiënt aan
- Praat kort en bondig en stel gesloten vragen
- Blijf rustig en benader de patiënt kalm, geruststellend

*Rapportering* (Visietekst vvi 2004, [www.zibb.nl](http://www.zibb.nl) 2005, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer 2007)

- Indicatie
- Controle indicatie
- Wanneer gestart
- Wie de beslissing heeft genomen
- Hoe gefixeerd
- Reactie patiënt
- Effect van de fixatie
- Bevindingen controles en eventuele complicaties
- Goedkeuring patiënt of familie

### 3.3 Het beste fixatiemiddel?

Het beste fixatiemiddel bestaat niet. Het is verschillend voor iedere situatie en moet individueel voor iedere patiënt onderzocht worden. Het is belangrijk steeds naar alternatieven te zoeken of de minst beperkende maatregel eerst toe te passen. Je mag dus niet alleen een zorgtechnische afweging maken maar ook een ethische afweging (C. Gastmans, L. Vanlaere 2006).

## 4. Conclusie

Fixatie of het toepassen van vrijheidbeperkende maatregelen is een inbreuk op de vrijheid van de patiënt. Er wordt veel te vaak gefixeerd in Vlaanderen, meestal omdat de voor- en nadelen of de alternatieven niet gekend zijn. De indicaties die verpleegkundigen inroepen om te fixeren voldoen vaak niet aan de 'voorwaarden' om te mogen fixeren. Dit wordt mede veroorzaakt door de ondermaatse kennis van verpleegkundigen over fixatie. Deze kennis omvat het gebruik van mogelijke alternatieven, het gebruik van fixatiematerialen, de gevolgen van fixatie en dergelijke meer. Er bestaan verschillende mythen rond fixatie en tegenover deze mythen staan de feiten uit wetenschappelijk onderzoek. In de opleiding van verpleegkundigen is het belangrijk hier voldoende aandacht aan te besteden.

In de basisprincipes van fixatie wordt een onderscheid gemaakt tussen urgente en niet-urgente situaties. Men dient in urgente situaties goedkeuring te krijgen van de arts om te fixeren. De beslissing om over te gaan op fixerende technieken wordt in teamverband genomen. Niet enkel collega verpleegkundigen worden in het beslissingsproces betrokken ook de familie, de teamleider/hoofdverpleegkundige, de arts, ergotherapeut, en dergelijke meer.

Wanneer men personen in hun vrijheid beperkt moet men aandacht besteden aan meerdere zaken.

Fixatie is niet steeds de makkelijkste weg.

## Cd-rom

Deze cd-rom is bedoeld voor verpleegkundigen. Het heeft als doel dat er minder wordt gefixeerd en dat verpleegkundigen meer nadenken over fixatie. Dit doel kunnen we bereiken door de kennis van de verpleegkundigen te verruimen en verbeteren op vlak van fixatie.

## Literatuurlijst:

**Artikels:**

- M. Beetsma, J. Van der Kooij (2003), <http://emergenpsy.nl/INTACTA01JVVDK.htm>, Cahier EmergenPsy
- G. Bonner, T. Lowe, D. Rawcliffe, N. Wellman (2002), Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK, J Psychiatr Ment Health Nurs., 9(4), blz. 465-473
- L.C. Burton, P.S. German, B.W. Rovner, L.J. Brant, R.D. Clark (1992), Mental illness and the use of restraints in nursing homes, Gerontologist, 32(2), blz. 164-170
- E. Capezuti, L.M. Wagner, B.L. Brush, M. Boltz, S. Renz, K.A. Talerico (2007), Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes, J Am Geriatr Soc., 55(3), blz. 334-341
- W.T. Chien (1999), The use of physical restraints to psychogeriatric patients in Hong Kong, Issues Ment Health Nurs., 20(6), blz. 571-586
- S.S. Curran (2007), Staff resistance to restraint reduction: identifying & overcoming barriers, J Psychosoc Nurs Ment Health Serv., 45(5), blz. 45-50
- A.J.E. De Veer, A.L. Francke, A. de Kruif, F. J.J. Bolle (2006), Vrijheidsbeperkingen in de thuiszorg. Een inventarisatie onder verpleegkundigen en verzorgenden, Tijdschrift voor Verpleegkunde, 21(4), blz. 254-264
- A. M. Dielis-van Houts, B. H.G.M. Lendemeijer, J.P.H. Hamers (2003), Op zoek naar een balans tussen veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking, I Jongerden, Y Heijnen-Kaales (Eds.). State of the art studie verpleging en verzorging, Elsevier, Maarssen
- L.V. Downey, L.S. Zun, S.J. Gonzales (2007), Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department, Gen Hosp Psychiatry., 29(6), blz. 470-474
- F.K. Ejaz, J.A. Jones, M.S. Rose (1994), Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. J Am Geriatr Soc.;42(9), blz. 960-964
- D. Evans, M. FitzGerald (2002), Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis, International Journal of Nursing Studies, 39(7), blz. 735-743
- L.K. Evans, N.E. Strumpf, S.L. Allen-Taylor, E. Capezuti, G. Maislin, B. Jacobsen (1997), A clinical trial to reduce restraints in nursing homes, J Am Geriatr Soc., 45(6), blz. 675-681
- D. Evans, J. Wood, L. Lambert (2003), Patient injury and physical restraint devices: a systematic review, Journal of advanced nursing, 41(3), blz. 274-282

- R. Gallinagh, R. Nevin, D.M. Ilroy, F. Mitchell, L. Campbell, R. Ludwick and H. McKenna (2002), The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study, International Journal of Nursing Studies, 39(2), blz. 147-156
- C. Gastmans, K. Milisen (2006), Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak, Tijdschrift voor Geneeskunde, 62 (23), blz. 1650-1658
- J.P. Hamers, M.J. Gulpers, W. Strik (2004), Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents, J Adv Nurs, 45(3) blz. 246-251
- J.P. Hamers, A.R. Huizing (2005), Why do we use physical restraints in the elderly?, Z Gerontol Geriatr., 38(1), blz.19-25
- J.P.H. Hamers, W. Strik, D.C.A. Smulders, M.J.M. Gulers, L.G.A.M. Lijnkamp (2001), Het fixeren van bewoners in het verpleeghuis, Verpleegkunde, nr.4, blz. 188-195
- Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer (2007), Technische commissie voor verpleegkundige werkgroep: fixatie en isolatie
- D.J. Hellerstein, A.B. Staub, E. Lequesne (2007), Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients, J Psychiatr Pract., 13(5), blz. 308-317
- E. Hem, O. Steen, S. Opjordsmoen (2001), Thrombosis associated with physical restraints, Acta Psychiatr Scand., 103(1), blz. 73-75
- L. Holvoet (2005), fysieke fixatie van zorgbehoevende personen, onder ons, blz. 4-7
- G.J. Izaks (2003), De standaard 'Delier bij ouderen' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de klinische geriatrie, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, blz. 949
- L.M. Janelli, G.W. Kanski, Y.W. Wu (2005), The influence of individualized music on patients in physical restraints: a pilot study, J N Y State Nurses Assoc, 35(2), blz. 22-27
- M. Jaspers, M. Mutschelknauss (2005), Als vrijheid en veiligheid botsen, nursing, blz. 32-35
- G.W. Kanski GW, L.M. Janelli, H.M. Jones, M.C. Kennedy (1996), Family reactions to restraints in an acute care setting, J Gerontol Nurs, 22(6), blz.17-22
- S. Karlsson, G. Bucht, P.O. Sandman (1998) Physical restraints in geriatric care. Knowledge, attitudes and use., Scand J Caring Sci, 12(1) blz. 48-56
- S. Karlsson, G. Bucht, S. Eriksson, P.O. Sandman (1996), Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics, J Am Geriatr Soc., 44(11), blz. 1348-1354
- Ø Kirkevold, K. Engedal (2004), Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes., Scand J Caring Sci., 18(3), blz. 281-286

- H.T. Kok, K. Begerghout (2002), separatie en afzondering, <http://www.emergenpsy.nl/INTACTA02.htm>
- R.T. Koopmans (1991), Protective measures in a psychogeriatric nursing home, Tijdschr Gerontol Geriatr., 22(2), blz. 45-50, discussion 50-52
- B. Lendemeijer (2002), Vrijheidsbeperking in de zorg, Tijdschrift voor verpleegkundigen, nr.1, blz. 56-61
- G. Ljunggren, C.D. Phillips, A. Sgadari (1997), Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries, Age Ageing., 26 Suppl 2, blz. 43-47
- S. Lulis (2000), Update on restraint use in acute care settings, Plastic Surgical Nursing, 20(3), blz. 145-150
- W. Marks (1992), Physical restraints in the practice of medicine. Current concepts, Arch Intern Med., 152(11) blz. 2203-2206
- Martin, Beth RN, MSN, CCNS, CNRN (2002), Restraint Use in Acute and Critical Care Settings: Changing Practice, AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care, 13(2), blz. 294-306
- Medicare system (2006), Salvafix: handleiding, veiligheidsinstructies
- K.Milisen, J. Vandenberghe, M. Sabbe, R. Lagae, T. Braes, V. Vanderlinden, K. Kerckhofs, K. Buyschaert, F. Verbruggen, S. Vaneekhout, K. Vandenberg, G. Meyfroidt, J. Dewolf, R. Vandenberghe, J. Vandesande, A. Verbiest, H. Vandeweege, L. Nicaise, R. Van Nuffelen, P. Deboutte, R. Lekeu, M. Waer, F. Rademakers en E. Joosten voor de UZ Leuven werkgroep Delirium (2006), Richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt in de UZ leuven, Tijdschrift voor Geneeskunde, 62(23), blz. 1659-1663
- I. Needman (2004), a nursing intervention to handle patient aggression: the effectiveness of a training course in the management of aggression, [www.connecting-online.nl/PDF%20bestanden/Summaries%20Dissertation%20Ian%20Needham.pdf](http://www.connecting-online.nl/PDF%20bestanden/Summaries%20Dissertation%20Ian%20Needham.pdf)
- S. O'Keeffe, C.I. Jack, M. Lye (1996), Use of restraints and bedrails in a British hospital, J Am Geriatr Soc., 44(9) blz. 1086-1088
- M. Potegal, S. Robison S, F. Anderson, C. Jordan, E. Shapiro (2007), Sequence and priming in 15 month-olds' reactions to brief arm restraint: evidence for a hierarchy of anger responses, Aggress Behav., 33(6), blz. 508-518
- J.P. Praet (2002), Fixatie, een noodzakelijk kwaad?, Patiënt Care, nr.7, blz. 69-74
- O. Reinders, G. Widdershoven, H. Bruggen (2005), Vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychogeriatric, TGE, 15(2), blz. 39
- A.P. Retsas (1998), Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia., Int J Nurs Stud., 35(3), blz.184-191

- M. Schiltmans (2002), Valgevaar bij ouderen en fixatiemiddelen, BBO krant online, januari 2002
- M. Speechley, M. Tinetti (1991), Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons, J Am Geriatr Soc., 39(1), blz. 46-52
- E.M. Sullivan-Marx, N.E. Strumpf, L.K. Evans, M. Baumgarten, G. Maislin (1999), Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts, J Am Geriatr Soc, 47(3), blz. 342-348
- M.E. Tinetti, W.L. Liu, S.F. Ginter (1992), Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities, Ann Intern Med., 116(5), blz. 369-374
- R.C. van der Mast (2007), De standaard 'Delier bij ouderen' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de psychiatrie, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 151(43), blz. 339-342
- G.M. van der Weele, M.G.M. Olde Rikkert, W.H. Eizenga en W.J.J. Assendelft (2003), Samenvatting van de standaard 'Delier bij ouderen' van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, blz. 965
- R.J.A. van Wensen, P.L.J. Dautzenberg, H.L. Koek, J.G. Olsman en K. Bosscha (2007), Delier na een heupfractuur bij ruim een derde van de patiënten, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, nr. 5, blz. 1681
- A. Van Wesenbeeck, I. De Becker, B. Man, K. Milisen (2006), Het gebruik van fixatiemiddelen bij ouderen, hfdst 19, Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen, blz. 373-384
- Visietekst vvi (2004), Omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor ouderen
- P. Werner (2002), Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: comparison of Israeli health care nurses and social workers, J Interprof Care, 16(1), blz. 59-68
- (2005), Blussen voor er brand uitbreekt, nursing, blz. 16-18

### **Cursussen/ Scripties**

- V. Adriaenssens (2007), Redenen om over te gaan op fixatie
- T. Defloor (2006), Cursusmodule fixatie
- S. Goethals (2006), Specifieke Geriatrische zorg
- J. Hamers (2005), Vrijheidsbeperkende maatregelen
- P. Hylebos (2007), Sociale wetenschappen: patiënt en recht
- L. Lecluyse (2007), Het effect van een vorming omtrent fysieke fixatie op de kennis en houding van verpleegkundigen in het universitair ziekenhuis in Gent

E. Steeman (2007), Geboeid door fixatie

H. Valcke (2006), <http://hdl.handle.net/10046/188>

A. Van Wesenbeeck (2001), Het gebruik van een beslissingsboom voor fixatie bij dementerende rusthuisbewoners

Vzw AZ Maria Middelaers medische raad en ethische commissie (2005), richtlijnen fixatie

Zorgcongres: F. De Vleeschouwer, R. Alen, C. Gastmans, K. Milisen, P. Krul, N. Van Den Noortgate, C. Schots (2005), Op weg naar een fixatiearm beleid

### **Internet**

J. Coussement (2007), <http://www.dementie.be/info/newsread.asp?newsID=109>

A. Feil (2007), <http://ziekenverzorgende.fol.nl/middelen/wetgeving-middelen-maatregelen.htm>

Haelvoet (2007), <http://www.haelvoet.be/NL/detail.php?fid=17>

Max- medical (2007), <http://www.max-medical.nl/foto/Liegend.jpg>

Protocol middelen en maatregelen (2007)

<http://www.ggzkennisnet.nl/ggz/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=12614&atoomsr=t=2&actie=2>

D. Slagter (2005), <http://protocollen.dickshomepage.nl/zweedsband.html>

R. Veekhoven (2002), <http://www.ortec-orthopedie.be/Site/Default.asp?WPID=70> ,

E. Vonck (2007) psychiatrie, <http://aarts3.web-log.nl/aarts3/2007/09/delier.html>

2005, [www.zibb.nl/gezondheidszorg/artimg/a20051217273815.DOC](http://www.zibb.nl/gezondheidszorg/artimg/a20051217273815.DOC)

2006, [www.vlaamspatientenplatform.be/pdf/2006%2005%2028\\_Onderzoeksrapport.pdf](http://www.vlaamspatientenplatform.be/pdf/2006%2005%2028_Onderzoeksrapport.pdf)

2007, [http://nl.wikipedia.org/wiki/Fixatie\\_\(zorg\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Fixatie_(zorg))

### **Boek**

C. Gastmans, L. Vanlaere (2006), Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen, blz. 59-79