

Visietekst fixatiearm beleid WZC Sint-Jozef Neerpelt

1. Wat is fixeren?

Er bestaat geen uniforme definitie over fixatie. Wij opteren voor volgende omschrijving:

Fysieke fixatie: *Elk middel, materiaal of uitrusting dat vastgemaakt is, aan of dichtbij het lichaam van de persoon, dat niet controleerbaar of gemakkelijk verwijderbaar is door die persoon en dat opzettelijk bedoeld is om te voorkomen dat de persoon zijn lichaam naar een gekozen positie beweegt, of dat de persoon normale toegang heeft tot zijn lichaam. (stilwell et. al., 1991)*

Vrijheidsbeperkende maatregel: *dit omvat elk middel dat hetzij direct, hetzij indirect bij een individu wordt toegepast met als doel diens bewegingsvrijheid te beperken. (Gallinagh et al., 2001)*

2. Waarom kiezen wij in WZC Sint-Jozef voor een fixatiearm beleid?

In WZC Sint-Jozef kiezen wij voor een **fixatiearm beleid**, d.w.z. dat wij het aanwenden van vrijheidsbeperkende middelen in onze zorgverlening zoveel mogelijk willen beperken.

Onze keuze voor een fixatiearm beleid is gegroeid vanuit onze bekommernis voor de bewoners en onderstaande waarden die wij in ons WZC belangrijk vinden:

- Vanuit onze visie *‘een (t)huis met een ziel’* streven wij naar **kwaliteitsvolle zorg in dialoog** waarbij we het **welzijn van de bewoner** vooropstellen.
- Wij geloven in de **autonomie** van onze bewoners en respecteren de **eigenwaarde** van de bewoner en zijn omgeving.

Als medewerker, vraag je je misschien regelmatig af wat het beste is: fixeren of niet-fixeren?

Niet-fixeren is menselijker, maar risicovol. Stel je maar eens voor dat een bewoner valt, gaat lopen of zichzelf of anderen pijn doet, ...

Maar ook fixeren brengt risico's met zich mee: gevaar voor wurging, verstikking met kwetsuren of zelfs dodelijke ongevallen (2-3 personen per jaar), valgevaar met verhoogd risico op heupfracturen omdat bewoners over de beddekken kruipen en daarmee nog eens 40 cm hoger vallen, ... Ook talloze studies en onderzoeken wijzen dit uit.

Omdat er nogal vaak misvattingen zijn over fixatie is het belangrijk om te weten dat er ondanks het fixeren méér ongevallen gebeuren, en dit vaak met meer of ernstigere letsels tot gevolg. De impact van fysieke fixatie heeft een impact op de kwaliteit van leven voor onze bewoners.

Het is dus belangrijk om bij elk individueel vraagstuk stil te staan. Door een **geïndividualiseerde zorg** willen we voor elke bewoner de juiste zorg kiezen. We houden rekening met de behoeften en beleving en de eigen wil van onze bewoner (indien dit mogelijk is)..

Om ons fixatiearm beleid te ondersteunen kiezen we voor **een belevingsgerichte benadering**. In deze benadering staat de belevingswereld van de bewoner centraal. Vanuit de beleving en dus ook de behoefte van onze bewoner passen wij onze zorg aan. We bieden veiligheid op gevoelsniveau. In

deze relatie kunnen we de belangen van onze bewoners optimaal behartigen en iedere bewoner op maat het meest comfortabele leven in het WZC bieden. Met deze omgangsvisie kunnen we fixerende maatregelen voorkomen.

3. Procedure voor het toepassen van fixatie in bepaalde situaties

In noodsituaties of andere onverwachte situaties kan het zijn dat het nemen van fixerende maatregelen zich toch opdringt. Indien er toch gekozen wordt voor fixatie als beschermende maatregel zal dat steeds gebeuren als **uiterste maatregel** wanneer alternatieven uitgesloten zijn. We verwijzen hiervoor naar de **procedure** voor het toepassen van fixatie.

De fixatie gebeurt steeds **in overleg** met de bewoner, zijn onmiddellijke omgeving, het multidisciplinair team en eventueel de huisarts. De beslissing wordt op regelmatige tijdstippen opnieuw in vraag gesteld. Een vrijheidsbeperkende maatregel is **niet bindend**. De omstandigheden worden op regelmatige tijdstippen opnieuw geëvalueerd en steeds opnieuw wordt er gezocht naar het meest haalbare middel of handeling die de vrijheid van onze bewoner naargelang de omstandigheden kan waarborgen.

Wij nemen geen vrijheidsbeperkende maatregelen op vraag van familie, ook maatregelen vanuit het ziekenhuis worden niet zomaar overgenomen. Wij zullen steeds eerst observeren alvorens over te gaan naar een vrijheidsbeperkende maatregel.

4. Regelgeving

- Het fixeren van een patiënt is een vrijheidsberovende maatregel die principieel in strijd is met het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (Art. 5) en met de Belgische Grondwet (Art. 12). Deze wetten voorzien dat enkel de bevoegde rechter een persoon van zijn vrijheid kan beroven of ook wanneer een vermoeden van misdrijf bestaat en de persoon in kwestie door de politionele diensten voor de rechter moet worden gebracht.
- De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, waarborgt in artikel 5 het recht op eerbiediging van de menselijke waardigheid, het recht op zelfbeschikking en het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan de patiënt zijn behoeften.
- Het koninklijk besluit van 18 juni 1990 voorziet een uitzondering bij toepassing van de hoger beschreven wetgeving in bijlage I, in de rubriek 5, Fysische beveiliging B1.
- Enkel een persoon die in het bezit is van een diploma dat toegang geeft tot het beroep van verpleegkundige mag deze technisch verpleegkundige verstrekkingen uitvoeren. Andere personen die onder bepaalde voorwaarden de verpleegkunde of onderdelen ervan mogen beoefenen, worden vermeld in het koninklijk besluit nr. 78, artikel 38ter, punt 1°, eerste en tweede lid: artsen, vroedvrouwen, zorgkundigen, kinesitherapeuten, paramedici, alsook de studenten die een opleiding volgen tot één van deze beroepen.
- Voor verpleegkundigen en vroedvrouwen is een medisch voorschrift voor deze technisch verpleegkundige verstrekking niet nodig. Zorgkundigen kunnen enkel handelen in opdracht van een verpleegkundige.
- De arts heeft een (stilzwijgend) contract met de patiënt. Hij is eindverantwoordelijk in toepassing van zijn behandelingsplan.

- Elke verpleegkundige blijft juridisch (strafrechtelijk en burgerrechtelijk) aansprakelijk voor elke handeling die hij/zij stelt. Indien een medisch voorschrift noodzakelijk is, dan is de arts aansprakelijk voor de inhoud van zijn of haar voorschrift, niet voor de uitvoering ervan.

Een meer uitgebreide uiteenzetting over de regelgeving rond fysieke fixatie vind je terug op www.health.fgov.be. Dit is een website van de federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Het betreft een eindverslag van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, werkgroep 'Fixatie en Isolatie'.

5. Mogelijke gevolgen van fixatie

Het fixeren van patiënten is niet zonder risico's. Patiënten ondervinden heel wat nadelige lichamelijke en psychische gevolgen. Onderstaande tabel zet deze risico's op een rijtje.

Lichamelijke gevolgen	Psychische gevolgen
Kneuzingen en hematomen	woede en agressie
Valgerelateerde verwondingen vb. breuken	Gevangenschap
Decubitus letsels	Angst
Compressieve neuropatie	Ongemak
Respiratoire verwikkelingen vb. pneumonie	Depressie
Urinaire incontinentie en constipatie	Schaamte
Ondervoeding of toenemende afhankelijkheid met betrekking tot voeding/vochtname	Schending van de autonomie
Orthostatische hypotensie	Angst voor verwondingen
Verminderde spiermassa, spierkracht en uithoudingsvermogen	Onverschilligheid en berusting
Toegenomen agitatie en cardiale stress	Sociale isolatie
Overlijden door wurging, aspiratie en ten gevolge van ernstige verwondingen	Verlies van zelfrespect, waardigheid en identiteit
Nosocomiale infecties	Gevoel van veiligheid
<i>Bronnen: Van Wezenbeeck, 2001; Evans et al., 2002; Gallinagh et al., 2002, Demaiter, 2003; Evans et al., 2003; Capezuti, 2004; Gastmans & Melissen, 2006.* Bij een beperkt aantal patiënt geven bedsponden en rolstoelbladen een veilig gevoel.</i>	

6. Risico's verbonden aan het gebruik van bedsponden

Onderzoek toont aan dat er bij bijna 3 op 4 van de gebruikte combinaties van bed + matrassen + bedsponden een potentieel veiligheidsrisico bestaat. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de risicosituaties met hun potentiële gevaar.

Aangetroffen risicosituatie	Potentieel gevaar
Te dikke matras of een antidecubitus-oplegmatras	Uit bed vallen over de bedsponden
Te dunne matras	Matras schuift onder de bedsponden door met risico op beknelling
Afneembare bedhekken	Een risico op verwonding aan scherpe, uitstekende delen of door een verkeerde bevestiging van de bedsponde
Scharnierende bedhekken	Risico op beknelling van vingers
Verlenging van het bed zonder adequate verlenging van de bedsponden	Risico op verwonding of inknelling
Te grote tussenruimte tussen de spijlen van de bedsponden	Risico op beknelling
Te grote ruimte tussen bedsponden, bed en matras	Risico op beknelling
<i>Bron: Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, bedsponden en fixatiemateriaal in verpleeghuizen. Inspectie voor gezondheidszorg, Den Haag, 2000</i>	

7. Mythen en waarheden over fixatie

Mythen	Waarheden
Ouderen moeten worden gefixeerd omdat ze meer risico lopen om te vallen en omdat bij hen meer kans bestaat dat zijn zichzelf ernstig letsel toebrengen.	Fixatie vermindert de kans op letsel en vallen niet.
De morele verplichting om mensen tegen schade te beschermen vereist fixeren.	Fixatie als veiligheidsmaatregel heeft geen therapeutische voordelen en veroorzaakt zelfs schade. Patiënten beschermen d.m.v. fixatiematerialen resulteert op korte en lange termijn in negatieve lichamelijke, psychische en sociale gevolgen.
Het niet gebruiken van fixatiemateriaal brengt zowel personen als instellingen in gevaar om juridisch te worden vervolgd.	In het patiëntendossier moeten de beslissingen tot fixeren en het fixatieproces duidelijk genoteerd worden. Hierop zal men terugvallen om te oordelen of een zorgvuldig zorgteam zou zijn overgegaan tot fixatie... of juist niet! In dat opzicht kan wel fixeren ook een juridische procedure tot gevolg hebben.
Het stoort oudere mensen niet dat zij gefixeerd worden.	Interviews met gefixeerde patiënten tonen de volgende gevoelens: woede, angst, vernedering, weerstand, ongemak, ontmoediging en gelatenheid.
Patiënten moeten worden gefixeerd omdat er onvoldoende personeel op de afdeling is.	De verzorging van gefixeerde patiënten vraagt juist meer tijd dan die van niet-gefixeerde personen.

Er bestaan geen andere interventies dan gebruik te maken van fixatiemateriaal om tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt.	Er bestaan alternatieven voor fixatie. Je kan ze indelen in 4 categorieën: 1. lichamelijke benadering, 2. psychosociale benadering, 3. bezigheidstherapie en 4. inspelen op omgevingskenmerken.
<i>Bronnen: Milisen et al., (2002)</i>	