

Fixatiebeleid BZIO

Het fixeren van patiënten/bewoners wordt in onze organisatie zoveel mogelijk vermeden. Doch in een aantal situaties is deze handeling ter bescherming van de patiënt/bewoner noodzakelijk.

1. Omschrijving FIXATIE:

a) Definities:

Fysieke fixatie is de vrijheid van de bewoner/patiënt op één of andere manier wegnemen.

Enkele middelen die kunnen toegepast worden zijn:

slaapzak, Zweedse band, heupriem, bedsponden, verpleegdeken, wegloopbandjes ...

Medicamenteuze fixatie/sedatie is het terrein van de arts. De medicatie wordt voorgeschreven door de arts en toegediend door de verpleegkundige.

b) Waarom fixatie of vrijheidsbeperking?

Als algemene regel geldt dat er alleen gefixeerd wordt als de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of voor zijn omgeving.

Fixatie kan aangewezen zijn in de volgende situaties:

Valpreventie

Een val voorkomen is de meest gehoorde verantwoording voor fixeren. Hulpverleners en ook familieleden vrezen een valpartij en de gevolgen ervan. Er heerst vooral een grote angst voor een heupfractuur, maar professionals vrezen ook de reactie van de familie en de eventuele juridische gevolgen. Men gaat dan door fixatie de patiënt/bewoner beveiligen en problemen als gevolg van een eventuele val vermijden. Specifiek gebruikt men vooral bedsponden om een val uit bed te vermijden en een fixatieriem in de zetel of rolwagen om een val bij het rechtstaan of rondlopen te voorkomen.

Vallen is echter een zeer complex probleem met tal van oorzaken en vraagt een grondig onderzoek van omstandigheden, onderliggende oorzaken en andere factoren. Een patiënt/bewoner zomaar beveiligen omwille van een val, of omwille van de vrees om opnieuw te vallen is dan ook geen goede maatregel. Deze vrees kan zowel de activiteit en de mobiliteit beperken als de afhankelijkheid verhogen.

Er zijn veel beïnvloedende factoren die de complexiteit van vallen illustreert, namelijk:

- Extrinsieke factoren: omgeving, slechte schoenen, kledij, alcohol, fixatiemateriaal, natte, gladde en oneffen vloeren, slechte verlichting,...
- Intrinsieke factoren: hoge leeftijd en eerdere val.
- Medische oorzaken: orthostatische hypotensie, cardiale afwijkingen, aandoeningen van gehoor en zicht, spierzwakte, afwijkingen van de voet, of medicatie: polyfarmacie is een belangrijke factor, sederende geneesmiddelen,...

Probleemgedrag

Met dit probleemgedrag wordt ronddwalen, wegloopgedrag, verloren lopen, motorische onrust en agressie bedoeld. Deze zijn mede het gevolg van een cognitieve stoornis.

Bij verloren lopen en weglopen primeert opnieuw de veiligheid. Bij andere vormen van probleemgedrag is de mate waarin afwijkend gedrag wordt getolereerd in de instelling bepalend voor het al dan niet fixeren en ook voor de frequentie en de duur ervan.

Men handelt hier dus weer uit vrees voor ongevallen of het verlies aan controle over de situatie zonder een evaluatie van het bestaand risicogedrag.

Incontinentieproblemen

Nog een reden om te fixeren is het smeren van stoelgang, incontinentiemateriaal uit elkaar plukken en voortdurend krabben. Deze problemen doen zich vooral 's nachts voor. Chaos wordt in de meeste instellingen weinig of niet getolereerd. Wansmakelijke taferelen zorgen vaak voor een schrikbeeld bij verpleegkundigen en verzorgenden. Men zal herhaling trachten te vermijden door preventieve maatregelen zoals fixatie.

c) Wie?

Het fixatiebeleid kan toegepast worden bij alle patiënten/bewoners die verblijven in BZIO.

Dit kan bij iedereen waarbij er een risico bestaat op beschadiging van de fysieke integriteit van de patiënt/bewoner of die van anderen, beschadiging van de psychische integriteit van de patiënt/bewoner of die van anderen

d) Contra- indicaties

Fysieke fixatie mag in geen enkel geval toegepast worden als strafmaatregel, uit onmacht of als een gemakkelijheidoplossing

e) Procedure bij fixatie

In elk ziekenhuis zijn er strikte afspraken gemaakt over hoe de fixatie moet gebeuren. Men mag daar niet van afwijken in het belang van de veiligheid van de patiënt.

In de literatuur werden deze 10 stappen meermaals teruggevonden in andere fixatiebeleiden :

1. Altijd eerst onderzoeken wat de mogelijke oorzaken zijn van het gedrag dat leidt tot fixatie en deze zo nodig behandelen (bijv. valrisico door evenwichtsstoornissen of zichtproblemen, verwardheid door medicatiemisbruik, onrustig gedrag als gevolg van pijn of honger).
2. Steeds zoeken naar alternatieven. Fixatie kan alleen als er geen alternatieven zijn.
3. Het besluit nemen om te fixeren in overleg met de behandelende arts en de collega's- verpleegkundigen. Indien de patiënt een wilsbeschikking heeft, zal deze nageleefd worden.
4. De melding aan familie. Men moet de reden van fixatie, de verschillende fixatiemogelijkheden en de voor- en nadelen van fixatie met de familie bespreken. De familie wordt meteen ingelicht nadat de beslissing tot fixatie genomen is. In de wettelijk bepaalde hiërarchische volgorde zijn dat: de wettelijke vertegenwoordiger, de samenwonende echtgeno(o)t(e), de wettelijk of feitelijk samenwonende partner, daarna een meerderjarig kind, daarna een ouder en als laatste een meerderjarige broer of zus.
5. Eerst de minst ingrijpende maatregel uitproberen. De vrijheid mag niet sterker beperkt worden dan noodzakelijk is.
6. Het juiste fixatiemiddel gebruiken, afhankelijk van de toestand van de patiënt en de reden van fixatie. Bijvoorbeeld 3puntsfixatie met mag alleen toegepast worden bij onrustige of agressieve patiënten.
7. De fixatiemiddelen op een veilige en correcte manier aanwenden: op de juiste manier aanbrengen, niet te strak aanspannen en zodanig sluiten dat de patiënt het fixatiemateriaal onmogelijk kan verwijderen.
8. Het toezicht verhogen wil zeggen dat men moet opvolgen hoe de patiënt fysiek en emotioneel reageert op de fixatie, de patiënt regelmatig controleren en observeren (bijv. ademhaling, verkleuring van lichaamsdelen door afsnoering, doorligwonden) en de patiënt op regelmatige tijdstippen losmaken, te drinken geven, wat beweging laten nemen en naar het toilet laten gaan.
9. Alle genomen maatregelen noteren in het dossier van de patiënt.
10. Regelmatig evalueren of de fixatie nog langer nodig is. De fixatie moet zo kort mogelijk gehouden worden.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen acute en niet-acute situaties.

Acute situatie:

Bij acute situaties handelt elke hulpverlener volgens de wet onverwijld (en uiteraard zonder toestemming af te wachten), maar beperkt deze zich tot

de onmiddellijk noodzakelijke tussenkomsten in het belang van de gezondheid en de veiligheid van de patiënt/bewoner en/of anderen. Indien het niet onmiddellijk mogelijk is om een behandelende geneesheer of geneesheer van wacht te betrekken, mag de verpleegkundige overgaan tot fysieke fixatie.

De behandelende geneesheer of de geneesheer van wacht wordt gecontacteerd. Er wordt overleg gepleegd omtrent de genomen acties. De familie of de naaste omgeving van de patiënt/bewoner wordt ten gepaste tijde op de hoogte gebracht van de reden en de omstandigheden van de fysieke fixatie door de verpleegkundige.

Niet-acute situatie:

In niet-acute situaties : is het belangrijk om eerst de oorzaak van het gedrag op te sporen. Om het gedrag van de patiënt/bewoner te beoordelen, dient de gedragsobservatieschaal ingevuld te worden. (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)

f) Gevaren en risico's bij fixatie

Vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast om een patiënt/bewoner te beschermen, kunnen in veel gevallen meer schade berokkenen aan de patiënt/bewoner dan voordelen bieden. Fysieke fixatie heeft zowel lichamelijke als psychische gevolgen.

De lichamelijke gevolgen kunnen variëren van klein ongemak tot ernstige complicaties. Het fixatiemateriaal kan wondjes veroorzaken, Er kunnen doorligwonden ontstaan bij langdurige vrijheidsbeperking en lichaamsdelen kunnen afgesnoerd worden.

Ook kan de patiënt/bewoner vastgeklemd raken met de ledematen waarvan de dood een mogelijk gevolg kan zijn. Ook is er een verhoogd risico op breuken. De patiënt/bewoner beweegt minder, waardoor er een snelle afbraak van het bot- en spierweefsel ontstaat.

Fixatie verandert het voedingspatroon van de patiënt/bewoner en kan ook leiden tot urineweginfecties, incontinentie, constipatie, een longontsteking, hartproblemen of ademhalingsproblemen.

Psychische gevolgen kunnen zijn: agressiviteit, agitatie, angst om verlaten te worden, een toenemende verwardheid, sociale isolatie, verhoogde afhankelijkheid, apathie en verlies van zelfrespect.

e) Rol van de familie bij fixatie

De familie heeft een belangrijke rol bij fixatie. De familie kan zorgen voor een verhoogd toezicht. Eerst dient de familie geïnformeerd te worden. (infobrochure). Hierna kan de vrijheidsbeperkende maatregel beperkt worden als de familie op bezoek is bij de patiënt. (G. Van der wal, 2008). Zij zijn dan in staat om een oog in het zeil houden.

Voor het hulpverlenend team is het belangrijk om de familie reeds in een vroeg stadium te begeleiden en informatie te verschaffen over de visie rond fysieke fixatie. Dit is al mogelijk bij opname van de patiënt. De familie kan zelf beslissen indien zij mee willen participeren in de zorg. 'De familie vraagt het, de familie wil het' is een derde frequent gehoorde reden tot fixeren. De familie kan zich echter moeilijk inleven in hoe de fixatie wordt ervaren door de betrokkene.

De visie van familieleden wordt vaak gevormd door wat men in de omgeving ervaart. Wanneer men vaak geconfronteerd wordt met het fixeren van bewoners zal men het als de normale gang van zaken zien. Als men echter in een rusthuis of ziekenhuis niemand ziet gefixeerd worden, zou men er zich misschien eerder tegen verzetten.

Bewoners/patiënt en hun families hebben vaak hun houding tegenover fixerende maatregelen gevormd vanuit hun ervaringen.

De patiënt heeft het recht om fysieke fixatie te weigeren. Dit is terug te vinden onder de wettelijke bepalingen, wet betreffende de rechten van de patiënt, 22 Augustus 2002 (2.2).

2. Wetgeving

2.1. Europees verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens (art.5) en de Belgische grondwet (art.12)

In deze bepalingen worden het recht op vrijheid en veiligheid grondig besproken. Er staat in dat niemand zijn vrijheid ontnomen mag worden buiten enkele gevallen, bijvoorbeeld bij een persoon die op rechtmatige wijze is gedetineerd.

In artikel 12 van de Belgische grondwet wordt vermeld dat de vrijheid van een persoon is gewaarborgd. Er kan dus enkel iemand vervolgd worden in de gevallen die de wet voorschrijft.

a) AUGUSTUS 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt

In deze wet worden de rechten van de patiënt beschreven. In deze procedure gaat het vooral om artikel 5. *De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.* Dit wil zeggen dat de patiënt altijd recht heeft op een kwaliteitsvolle zorg. In artikel 8, nummer 5, wordt uitgelegd dat de beroepsbeoefenaar in een spoedgeval bepaalde handelingen mag uitvoeren in belang van de gezondheid van de patiënt.

b) Koninklijk besluit van 18 JUNI 1990

In dit besluit staat aangegeven dat een verpleegkundige een patiënt mag fixeren zonder toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger. Het gebruik van fixatiemiddelen is een B1 handeling. Een B1 handeling is een verstrekking waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is. Enkel

personen die het diploma van verpleegkundige behaald hebben mogen deze technische verstrekking uitvoeren.

c) Besluit

Het gebruik van fysieke fixatiemiddelen bij een patiënt is een B1 handeling en mag zonder toestemming van de arts uitgevoerd worden. Volgens de patiëntenrechten moet de patiënt steeds toestemming geven voor het gebruik van deze middelen. Is de patiënt zelf niet in staat dit autonoom te beslissen dan kan men bij de vertegenwoordiger van de patiënt terecht. In acute situaties mag de beroepsbeoefenaar handelen in het belang van de gezondheid van de patiënt.

3. De verschillende fixatietechnieken

a. Wegloopbandje

Het wegloopbandje kan aan arm, been of rolwagen bevestigd worden. Het zorgt er voor dat de patiënt niet door het sas kan van het ziekenhuis, zodat hij/zij zich niet naar buiten kan begeven. Het geeft ook een signaal aan de receptie door, zodat men kan nagaan wie er zich naar buiten begeeft

b. voorzettafel



c. Bekkengordel in rolstoel

De bekkengordel voorkomt dat de patiënt rechtstaat of onderuit glijdt op de stoel/zetel. Deze gordel is gebaseerd op de buikgordel en vormt samen met de extra gordel tussen de benen een 'broekje'.

d. Bekken- en schoudergordel in rolstoel

De bekken- en schoudergordel biedt een zo compleet mogelijke fixatie in zittende houding. Deze gordel bestaat uit een bekkengordel gecombineerd met de 2 schouderbanden.

e. Een trippelhoes

De trippelhoes of beschermlaken is een matrasomvattend hoedlaken dat overloopt in het bovenstuk van een pyama. Het voorkomt dat de patiënt zijn pamber openplukt, sondes uittrekt of dat hij uit het bed komt, en dit met een maximale bewegingsvrijheid voor de patiënt. De trippelhoes is niet bedoeld voor agressieve patiënten.

- Het beschermlaken is voorzien van een sterke rits met sluiting aan het voeteinde.
- Eveneens voorzien van een rubberen band zodat het gemakkelijk en kreukelvrij rond de matras kan geplaatst worden.
- Zijdelingse openingen maken het gebruik van sondes en tubes mogelijk.

f. Bekken- en schoudergordel in bed

Deze gordel is steeds te gebruiken in combinatie met de WINN'SAVE bekkengordel. De thoraxgordel zorgt ervoor dat de patiënt niet naar boven kan bewegen in bed. In onze instelling worden de handen niet gefixeerd. Deze gordel wordt alleen in bed gebruikt.

g. Guardy© ademende beschermwant

De beschermwant voorkomt dat de patiënt zich verwondt of zijn sondes uittrekt.



h. Bedsponden

Onze ziekenhuisbedden hebben standaard de mogelijkheid om korte bedsponden aan hoofd- en voeteneinde te plaatsen. Deze belemmeren de patiënt niet om in- en uit bed te komen. Indien we deze activiteit willen voorkomen, plaatsen we een tussenschot (zie foto) tussen deze bedsponden. Op dit moment spreken we van een fixatiemiddel.



4. Verpleegplan: fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel

Inleiding

Het verpleegplan, "*Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel*" bevat doelen opgenomen in het beleid "*Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel*", welk verpleegkundigen in overleg met de behandelende geneesheer, het multidisciplinair team, de patiënt en zijn/haar naaste omgeving (eerste contactpersoon) willen bereiken.

Het geeft ook een aanduiding van de tijd waarbinnen en de wijze waarop er getracht wordt deze doelen te bereiken (Kwaliteitscirkel van Deming (Afbeelding 1)).

De grondslag van het verpleegplan "*fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel*" is:

- Het vastleggen van doelen (zorg/medisch)
- Continuering van het gewenste gedrag
- Voorkomen van problemen
- Uitstel of beperking van problemen
- Oplossen van problemen

Het verpleegplan "*Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel*", heeft als doel een verbeterde kwaliteit van de zorg te bieden door een ethisch verantwoord en "evidence based" fixatiebeleid, het beslissingsmoment rond fysieke fixatie te ondersteunen, de gedeelde verantwoordelijkheid in het beslissingsproces rond de fysieke fixatie te bevorderen en de bevordering van een actief communicatiebeleid met de patiënt en zijn naaste omgeving. Dit verpleegplan zal ook het stroomdiagram rond fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen ondersteunen en stelt het multidisciplinair team in staat een juiste evaluatie te maken over het fysieke fixatiebeleid rond de patiënt. Het aanwenden van fysieke fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel is een technisch verpleegkundige verstrekking waarvoor geen medisch voorschrift nodig is (B1-verstrekking). Het blijft echter altijd een handeling met medische verantwoordelijkheid.



1. Indicaties

1.1. Risico op fysieke/psychische schade

1.1.1. Bij de patiënt

Schade is een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaaring van de behandeling. Dit kan leiden tot tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychische en/of sociaal functieverlies en in het ergste geval tot overlijden.

1.1.2. Bij andere personen in de omgeving van de patiënt

De wijze waarop een patiënt met iemand anders omgaat moet integer zijn, met respect voor de integriteit van de ander. Indien dit niet zo verloopt kan dit leiden tot tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychische en/of sociaal functieverlies en in het ergste geval tot overlijden.

1.2. Risico op onderbreking van een levensnoodzakelijke therapie

Indien de toestand van de patiënt onstabiel wordt (agressief, onrustig,...) en hierdoor het risico loopt op onderbreking van een levensnoodzakelijke therapie, mag er fysieke fixatie toegepast worden nadat de alternatieve mogelijkheden overwogen zijn.

2. Contra- indicaties

Fysieke fixatie mag in geen enkel geval toegepast worden als strafmaatregel, uit onmacht of als een gemakkelijheidoplossing.

3. Besluitvorming

Aanwezigheid van risicofactoren zoals: agressiviteit, onrustig gedrag, valrisico, wegloupedrag, zichtproblemen, verwardheid, ...

3.1. Acute situatie

3.1.1. Soorten fysieke fixatie

Als de verpleegkundige fysieke fixatie heeft toegepast, moet hij/zij via EPD aanduiden welke interventie er genomen is met vermelding van de datum.

3.1.2. Beschrijving van de situatie

Nadat de verpleegkundige fysieke fixatie heeft toegepast, dient deze kader ingevuld te worden alvorens men verder gaat met overleg in het multidisciplinair team. Men moet de startdatum, het startuur en de namen van de verpleegkundige met hun naam duidelijk vermelden.

3.1.3. Overleg

Nadat de verpleegkundige de situatie beschreven heeft, legt men deze zo snel mogelijk voor aan de afdelingsarts/arts van wacht. De arts noteert de conclusie in het EPD. De verpleegkundige noteert wat de conclusie van het overleg is en vermeldt duidelijk het startuur en de startdatum.

3.1.4. Informeren van de eerste contactpersoon

Nadat er een overleg is geweest tussen afdelingsarts / arts van wacht en verpleegkundige moet hij/zij de eerste contactpersoon zo snel mogelijk telefonisch op de hoogte brengen van de stand van zaken. De verpleegkundige noteert wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk het startuur en de startdatum. Betrokken partijen paraferen ter bevestiging.

3.1.5. Evaluatie binnen het multidisciplinair team

Nadat de eerste contactpersoon is geïnformeerd, zal er een overleg plaatsvinden binnen het multidisciplinair team. Alle observaties van de aanwezigen worden genoteerd en hieruit wordt een besluit genomen. Er wordt besloten of de fysieke fixatie wordt verder gezet, afgebouwd of stopgezet. De arts noteert wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk de startdatum en vult het besluit in EPD.

3.1.5.1. Afbouwen van de fysieke fixatie

Als men in het multidisciplinair overleg tot het besluit is gekomen om de fysieke fixatie af te bouwen, kan men gebruik maken van de volgende afbouwstappen. Elke afbouwstap die genomen wordt moet duidelijk genoteerd worden samen met de startdatum. Elke toegepaste afbouwstap moet wekelijks tijdens de stafvergadering geëvalueerd worden.

3.1.5.3. Voorzetten van de fysieke fixatie

Als men in het multidisciplinair overleg tot het besluit is gekomen om de fysieke fixatie voort te zetten, volgt men de procedure zoals weergegeven bij een niet-acute situatie.

3.1.5.4. Informeren van de eerste contactpersoon

Als men in het multidisciplinair overleg tot het besluit is gekomen om de fysieke fixatie af te bouwen, stop te zetten of voort te zetten, moet de eerste contactpersoon geïnformeerd worden alvorens men overgaat tot afbouwen, stopzetten of voortzetten van de fysieke fixatie. De afdelingsarts/reva-arts noteert in EPD wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk de startdatum.

3.2. Niet-acute situatie

3.2.1. Multidisciplinair overleg

Er zal een overleg plaatsvinden binnen het multidisciplinair team om de score van de CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) te bespreken. De verpleegkundigen vullen deze schaal in. Alle observaties/opmerkingen van de aanwezigen worden genoteerd. Na multidisciplinair overleg, moet men gedurende een besproken periode de patiënt observeren. De afdelingsarts/reva-arts noteert wat er besproken wordt in EPD en vermeldt duidelijk startdatum en het besluit.

3.2.1.1. Gedragsobservatieschaal

De Cohen-Mansfield Agitation Inventory) (CMAI) is een gevalideerde schaal. Deze wordt gebruikt om het gedrag van de patiënt te observeren. In de CMAI kijkt men onder andere naar de verwerking van informatie, het gedrag van de patiënt en de fysiologische toestand. In de eindscore wordt de ernst van verwardheid per item bij de patiënt vastgesteld. De verpleegkundigen vullen deze schaal in op basis van informatie bekomen tijdens contact met de patiënt en de routine verpleegkundige gegevensverzameling.

3.2.2. Alternatieven voor fysieke fixatie

De alternatieven worden in functie van de patiënt toegepast. Indien de alternatieven niet van toepassing zijn, wordt er een onderscheid gemaakt tussen wilsbekwame- en wilsonbekwame patiënt. Deze alternatieven worden door de ergotherapeut en afdeling psycho nagegaan en medegedeeld aan team. De ergotherapeut noteert besluit in EPD. De verpleegkundige plant dit in EPD.

3.3. Wilsbekwaamheid van de patiënt

Wilsbekwaamheid is een term uit de ethiek die het individuele vermogen om zelfstandig beslissing te nemen denoteert. Bij volledige wilsbekwaamheid beschikt de patiënt over alle relevante kennis van de kwestie. Wilsbekwaamheid is, in tegenstelling tot wat soms wordt gedacht, geen juridische term; handelingsbekwaamheid is dat wel. De afdelingsarts/reva-arts is diegene die beslist als de patiënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam is.

3.3.1. Wilsbekwame patiënt

3.3.1.1. Overleg met patiënt

Als de patiënt wilsbekwaam is moet er een overleg samen met hem/haar plaatsvinden. In het overleg wordt aangehaald wat de reden van fysieke fixatie is en de risico's hiervan. Indien hij/zij akkoord gaat, mag men overgaan tot fysieke fixatie. Als hij/zij niet akkoord gaat, dan wordt er niet gefixeerd en dient er eerst een overleg met het multidisciplinair team plaats te vinden. Na dit overleg wordt het besluit meegedeeld aan de patiënt in een tweede gesprek. In beide gesprekken noteert de betrokken arts wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk de startdatum in EPD.

3.3.1.2. Overleg met multidisciplinair team

Als de patiënt niet akkoord gaat met het toepassen van fysieke fixatie in het eerste gesprek zal er een overleg plaatsvinden binnen het multidisciplinair team. De arts noteert wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk het startdatum en noteert het besluit in EPD. Dit besluit wordt in een tweede gesprek meegedeeld aan de patiënt. Indien hij/zij na het 2de gesprek akkoord gaat, mag men overgaan tot fysieke fixatie. In geval van blijvende weigering moet dit duidelijk genoteerd worden in het EPD, kan de eerste contactpersoon indien gewenst geïnformeerd worden en moet het multidisciplinair team op de hoogte gebracht worden.

3.3.2. Wilsonbekwame patiënt

Vooraleer men verder gaat moet men eerst nagaan of er een wilsverklaring aanwezig is.

3.3.2.1. Toestemming via wilsverklaring

Als de patiënt een wilsverklaring heeft waarin staat dat hij/zij toestemming geeft om fysieke fixatie toe te passen als dit nodig is, mag de verpleegkundige dit uitvoeren.

3.3.2.2. Geen toestemming via wilsverklaring of geen wilsverklaring

Als de patiënt een wilsverklaring heeft waar in staat dat hij/zij geen toestemming geeft om fysieke fixatie toe te passen, mag dit niet uitgevoerd worden.

Als er geen wilsverklaring aanwezig is moet er contact opgenomen worden met de eerste contactpersoon en moet er een overleg plaatsvinden. In dit overleg wordt besproken of er mag overgegaan worden tot fysieke fixatie.

Als er een akkoord is mag men fysieke fixatie toepassen, indien geen akkoord, mag men dit niet toepassen, maar heeft men als hulpverlener de verplichting om in noodsituaties als een goede hulpverlener te handelen.

(Men handelt dan volgens de procedure van een acute situatie). De arts noteert wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk startdatum in EPD.

3.3.2.3. Geen eerste contactpersoon of een conflict tussen beiden

Indien er geen eerste contactpersoon is of er is een conflict tussen beiden, dan treedt de behandelend geneesheer op als belangenbehartiger in overleg met MDT en zal beslissen in het welzijn van de patiënt.

4. Uitvoering

4.1. Materiaal

Kies materiaal aangepast aan de ernst van de situatie. Men moet altijd eerst overwegen welke alternatieven er mogelijk zijn, deze dienen eerst toegepast te worden vooraleer men overgaat tot fysieke fixatie. Het zijn de ergotherapeuten in samenspraak met verpleegkundigen en psychologische afdeling die de alternatieven zullen uittesten. De ergotherapeut noteert besluit met startdatum in EPD. De verpleegkundige voert dit uit in verpleegplan EPD.

4.2. Controleren

Nadat het materiaal is aangebracht moet er goed gecontroleerd worden als het materiaal veilig is aangebracht en volgens de juiste richtlijnen die van toepassing zijn op het gekozen materiaal. Dit kan best gebeuren door een 2de verpleegkundige die niet aanwezig was bij het aanwenden van het fysieke fixatie materiaal. Indien het materiaal niet goed is aangebracht, dient deze aangepast te worden tot deze wel correct is aangebracht.

4.3. Zorg voor maximaal comfort

Maximaal comfort houdt in dat er tijdens elke verpleegkundige ronde een opvolging van de fysieke parameters (bv. huidskleur, bloeddorstroming, pulsaties, beweging en gevoel in de gefixeerde extremiteiten) en van persoonlijke behoeften van de patiënt (bv. toiletbezoek, voeding en vocht) wordt opgevolgd. Dit is een routinehandeling en moet daarom niet genoteerd worden.

Hieronder wordt ook verstaan dat er een maximale bescherming van de privacy en optimalisering van het psychosociaal comfort van de patiënten aanwezig moet zijn. Regelmatige onderbreking van de fysieke fixatie is ook een vorm van comfort, dit kan bijvoorbeeld als er bezoek is of als er de mogelijkheid is dat een derde extra toezicht kan houden. Hier rond moeten duidelijke en zeer sluitende afspraken gemaakt worden.

4.4. Verhogen van het toezicht

4.4.1. Eerste controle na 10 minuten

Na 10 minuten moet de verpleegkundige meerdere aandachtspunten controleren. Dit is een belangrijke stap en mag zeker niet vergeten worden. Er moet gecontroleerd worden of er afklemminggevaar aanwezig is, of het fysieke fixatiemateriaal voldoet in functie van de patiënt en controleren of de patiënt de fysieke fixatie kan losmaken. Indien één van de aandachtspunten niet voldoet, moet het fysieke fixatie materiaal aangepast worden en dient er opnieuw na tien minuten gecontroleerd te worden.

5. Evaluatie

Het overleg vindt plaats tijdens de stafvergadering binnen het multidisciplinair team. Alle observaties van de aanwezigen worden genoteerd en hieruit wordt een besluit genomen. Er wordt besloten of de fysieke fixatie wordt verder gezet, afgebouwd of stopgezet. De afdelingsarts of reva-arts noteert wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk de startdatum in EPD.

6. Continuering van de fysieke fixatie?

Uit het besluit van het multidisciplinair overleg wordt de beslissing genomen om de fysieke fixatie verder te zetten of stop te zetten.

6.1. Continuering van de fysieke fixatie

Bij het verder zetten van de fysieke fixatie wordt de patiënt op de hoogte gebracht. Indien de patiënt wilsonbekwaam is en een eerste contactpersoon heeft, dient er contact opgenomen te worden met hem/haar.

6.2. Afbouwen/stoppen van de fysieke fixatie

Bij het afbouwen of stoppen van de fysieke fixatie wordt de patiënt op de hoogte gebracht. Indien de patiënt wilsonbekwaam is en een eerste contactpersoon heeft, dient hij/haar op de hoogte gebracht te worden. Als men in de stafvergadering tot het besluit is gekomen om de fysieke fixatie af te bouwen. Elke afbouwstap die genomen wordt, wordt duidelijk genoteerd door arts in EPD met de startdatum.