



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Claassen Bram, Peeten Jordy, Wevers Inge**

*Promotor: Theunis Kirsten
Inhoudsdeskundige: Smeets Bernadette*

**Academiejaar 2013-2014
Bachelor opleiding Verpleegkunde**



Voorwoord

Via deze weg willen wij iedereen bedanken die ons heeft gesteund en heeft meegeholpen aan de verwezenlijking van dit afstudeerproject.

Onze oprechte dank gaat naar de mensen die het dichtst bij ons staan, voornamelijk naar onze ouders voor hun blijvende steun en motivatie. Wij willen hen niet enkel bedanken voor de periode gedurende ons eindwerk maar doorheen onze volledige studieperiode. Verder willen wij onze dank betuigen aan onze partners die ons bleven steunen tijdens dit afstudeerproject. Op deze momenten merk je wat steun van je naaste omgeving kan verrichten.

Daarnaast willen wij onze promotor, Theunis Kirsten, bedanken voor de hulp bij het zoeken en vinden van de goede richting die wij dienden uit te gaan met ons afstudeerproject. Onze inhoudsdeskundige, Smeets Bernadette, bedanken we voor de verdere toelichting en verduidelijking omtrent theoretische achtergrond.

Ook willen wij het verpleegkundig team van dienst 1 van het Revalidatie & MS Centrum te Overpelt bedanken voor de goede begeleiding tijdens onze stageperiode. Uitzonderlijk danken wij hoofdverpleegkundige Gielkens Michel, verpleegkundige Peeters Sofie en psychologe Vanzeir Ellen voor hun aanwezigheid bij onze vergaderingen en hun inbreng binnen het afstudeerproject.

Als laatste ook nog een dankwoord aan Gert Cuyvers die het mogelijk heeft gemaakt om ons stroomdiagram visueel weer te geven.

We hopen dat dit afstudeerproject een leerrijke en overzichtelijke leeservaring mag zijn en dat ons praktische gedeelte in de toekomst een plaats zal krijgen op de werkvloer.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
1. Theoretisch deel	7
Inleiding.....	8
1. Geschiedenis van fysieke fixatie	9
2. Wettelijke bepalingen.....	10
2.1. Europees verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens (art.5) en de Belgische grondwet (art.12).....	10
2.2. 22 AUGUSTUS 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt	10
2.3. Koninklijk besluit van 18 JUNI 1990	10
3. Verschillen tussen België en Nederland.....	11
3.1. Wetgeving Nederland	11
3.2. Stappenplan voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen	12
3.3. Besluit	12
4. Ethiek rond fixatie.....	13
4.1. Ervaring fysieke fixatie.....	13
4.2. Waarden en normen	13
4.3. Besluit	13
5. Wat is fixatie of vrijheidsbeperking?	14
6. Waarom fixatie of vrijheidsbeperking?.....	15
7. Wie?	16
8. Wanneer overgaan tot fysieke fixatie?	17
8.1. Valpreventie	17
8.2. Probleemgedrag	17
8.3. Incontinentieproblemen	17
8.4. Therapieën	18
9. Rol van de familie bij fixatie.....	19
10. Fixatiemiddelen en andere vrijheidsbeperkende maatregelen.....	20
10.1. Bedsponden	20
10.2. Zweedse band.....	20
10.3. Pols- en enkelbanden.....	21
10.4. Het verpleegdeken.....	22
10.5. Een trippelhoes	22
10.6. Geriatrische zetels en (rol)stoelen met fixatietafel.....	23
10.7. Zwachtels of wanden.....	23
10.8. Tailleband met schouder- en bekkengordel	24

10.9.	Bevestigingsriem.....	24
10.10.	Deuren/afdeling sluiten	24
11.	Procedure bij fixatie.....	25
12.	Waarom fixatie vermijden	29
13.	Gevaren en risico's bij fixatie.....	30
14.	Van fysieke fixatie tot non-fixatie	31
14.1.	De VBM-score	32
14.2.1.	Verhoogd toezicht	33
14.2.2.	Ballendeken.....	34
14.2.3.	Extra laag bed.....	35
14.2.4	Valmat naast het bed	36
14.2.5.	Belmat	37
14.2.6.	Rolkussen	38
14.2.7.	Tentbed.....	39
14.2.8.	Bedbox	40
14.2.9.	Bedbeugel.....	41
14.2.10.	Bewegingsmelder	42
14.2.11.	Relaxstoel	43
14.2.12.	Ballenstoel	44
14.2.13.	Half rolstoelblad	45
14.2.14.	Opsta-alarm in de stoel.....	46
	Besluit	46
15.	Besluit.....	47
2.	Praktisch deel	48
	Inleiding.....	49
2.1.	Stroomdiagram	50
2.2.	Verpleegplan.....	53
2.3.	Besluit.....	83
3.	Algemeen besluit.....	84
4.	Bibliografie.....	85
5.	Samenvatting.....	86
6.	Bijlagen	87

Inleiding

Vanuit het Revalidatie en MS Centrum kwam de vraag om het aanwezige fixatiebeleid te optimaliseren. Oorspronkelijk was de titel van dit werk *“Van fixatiebeleid naar non-fixatiebeleid op een revalidatiedienst neurologie”*, maar na meerdermaal overleg was er een besluit gekomen dat dit nog niet haalbaar is en er enkel gewerkt moet worden rond het optimaliseren van het fixatiebeleid en hier alternatieven aan toe voegen.

Er is vol enthousiasme begonnen aan dit werk. In het begin liep het proces wat moeizaam omdat het juiste begin, de juiste leidraad, moeilijk te vinden was. Met goede hulp van de promotor, de inhoudsdeskundigen en dienst 1 in het Revalidatie en MS Centrum, begon dit werk steeds meer vorm te krijgen.

Met dit afstudeerproject willen wij een goede richtlijn maken voor verpleegkundigen en het multidisciplinair team omtrent het toepassen van fysieke fixatie maatregelen, waarbij eerst gekeken wordt naar alternatieven. De titel van dit afstudeerproject is *“Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”*, maar doorheen dit werk is het iets ruimer geworden dan alleen maar de fysieke fixatie te bespreken.

Fysieke fixatie is tegenwoordig een veel voorkomende verpleegkundige B1 handeling. Het is een gevoelig onderwerp waar nog steeds veel onduidelijkheid rond heerst. Tijdens onze ervaringen op de werkvloer werd het duidelijk dat er vaak té snel gebruik gemaakt werd van vrijheidsbeperkende maatregelen. Alternatieven werden pas toegepast nadat men een vrijheidsbeperkende maatregel had getroffen. Soms wordt fysieke fixatie als strafmaatregel ervaren door de patiënten.

In tegenstelling tot Nederland is er in België zeer weinig literatuur terug te vinden omtrent fysieke fixatie. Veel informatie besproken in dit werk werd teruggevonden uit Nederlandse bronnen.

Dit eindwerk zal uit twee delen bestaan, namelijk een theoretisch gedeelte en een praktisch gedeelte. In het theoretische deel worden onder andere de wetgeving en ethiek rond fysieke fixatie, wat fysieke fixatie precies inhoudt, welke soorten fysieke fixatie er bestaan en welke mogelijke alternatieven er op de markt zijn, besproken. Voor het realiseren van het praktisch deel zijn er veel vergaderingen en besprekingen aan voorafgegaan. Zo zijn we samen tot het stroomdiagram en het verpleegplan gekomen. Om het gebruik van het verpleegplan te vergemakkelijken op de werkvloer, zijn er twee werkdocumenten gerealiseerd. Deze zijn gebaseerd op het verpleegplan omtrent het toepassen van fysieke fixatie. Het praktisch deel werd opgemaakt aan de hand van inzichten die we verkregen tijdens onze stage-ervaring op dienst 1 omtrent deze probleemstelling.

Doorheen het gehele proces werd er ondervonden dat er nog niet veel onderzoek is gebeurd rond het gebruik en de werking van de alternatieve maatregelen. Het onderzoeken van de alternatieve maatregelen, die terug te vinden zijn in dit werk en in de literatuur, of deze wel degelijk goede, veilige en bruikbare alternatieven zijn, kan in een volgend project onderzocht worden. Als dit onderzoek gebeurd is en er zijn voldoende alternatieven middelen aanwezig in het Revalidatie en MS Centrum die bruikbaar zijn op een revalidatiedienst neurologie, dan kan men overgaan tot het realiseren van een non-fixatiebeleid. Er dient dan wel een aanpassing te gebeuren in het gedrag van het personeel, zij moeten leren afstand nemen van de fysieke fixatiemiddelen en stil te staan bij het gebruik en het toepassen van alternatieve maatregelen.

1. Theoretisch deel

Inleiding

In dit deel wordt het theoretisch deel rond fysieke fixatie besproken. Voor het realiseren van dit deel is er veel literatuurstudie aan vooraf gegaan en zijn er meerdere bijeenkomsten georganiseerd voor de samenstelling te bespreken.

In dit gedeelte is er gebruik gemaakt van een taakverdeling. Ieder werkte een gedeelte uit en deze werden tijdens een bijeenkomst samengevoegd. Tijdens deze bijeenkomsten werd ieder deel kritisch bekeken en aangepast zodat al de informatie een mooi geheel werd. Ook werd dit deel meermaals door onze promotor kritisch verbeterd.

Uiteindelijk hebben we ons in dit deel beperkt tot de geschiedenis rond fysieke fixatie, de wetgeving, de verschillen tussen België en Nederland, de ethiek, wat het is, waarom, bij wie en wanneer het wordt toegepast en de rol van de familie. Ook worden er enkele fixatiemiddelen die terug te vinden zijn in de literatuur en die ook toegepast worden in het Revalidatie en MS Centrum besproken. Ook wordt er stilgestaan waarom fysieke fixatie vermeden moet worden, wat de risico's en gevaren zijn en worden er tot slot alternatieve maatregelen/middelen besproken.

1. Geschiedenis van fysieke fixatie

In de loop der jaren is er een positieve evolutie omtrent fysieke fixatie gekomen. Vroeger werden psychiatrische patiënten in dolhuizen geplaatst. Dit zijn de voorlopers van de psychiatrische ziekenhuizen (H. Houweling, 2004). Een dolhuis of een gekkenhuis werd gebruikt om mensen met epilepsie, geesteszieken, verslaafden, dementerenden, ... op te sluiten. Dit was een eerste vorm van fixatie. Daarna zijn de dwangstoel en de dwangbuis gekomen. Dit werd veel gebruikt bij psychiatrische patiënten omdat men dacht dat de patiënten lichamelijk ziek waren. Zo zijn er sedert 1980 meer kleinschalige woonvormen voor deze groep ontstaan (bijvoorbeeld: Sanokliniek te OPZ Geel). Hoe verder de evolutie van fysieke fixatie vordert, hoe beter het wordt. Er zijn regels en wetten ontstaan voor de bescherming van de patiënt. De patiënt heeft inspraak in zijn therapie en hierdoor wordt hij meer gerespecteerd. Het gebruik van fysieke fixatie werd vooral bij de psychiatrische patiënten toegepast. In de algemene ziekenhuizen wordt fysieke fixatie meer toegepast om valincidenten te voorkomen. Om fysieke fixatie in de ziekenhuizen te verminderen, zou er best eerst gekeken worden naar eventuele alternatieven als valpreventie.

De doelstelling van dit werk is dat er in de praktijk eerst goed overwogen wordt of er alternatieven mogelijk zijn en dat fysieke fixatie zo lang mogelijk vermeden wordt. Dit zou er in de toekomst voor kunnen zorgen dat men naar een non-fixatie beleid streeft.

2. Wettelijke bepalingen

In dit deel worden enkele wettelijke bepalingen die in het beleid 'fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel' van het Revalidatie & MS Centrum terugkomen besproken. Het praktisch deel werd opgesteld aan de hand van dit beleid en er werd rekening gehouden met deze wettelijke bepalingen.

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 (zie bijlage 1 en 2).

2.2. 22 AUGUSTUS 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt

In deze wet worden de rechten van de patiënt beschreven. In dit afstudeerproject gaat het vooral om artikel 5 (zie bijlage 3). *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 dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften.* Dit wil zeggen dat de patiënt altijd recht heeft op een kwaliteitsvolle zorg.

In artikel 8, nummer 5 (zie bijlage 4), wordt uitgelegd dat de beroepsbeoefenaar in een spoedgeval bepaalde handelingen mag uitvoeren in belang van de gezondheid van de patiënt.

2.3. 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.

2.4. 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. Verschillen tussen België en Nederland

In dit deel wordt de wetgeving omtrent fixeren en vrijheidsbeperkende maatregelen in Nederland besproken. Zijn er grote verschillen en kan er iets geleerd worden uit hun wetgeving?

3.1. Wetgeving Nederland

In Nederland is er een wetvoorstel Zorg en Dwang (V&VN, 2013). Dit wetvoorstel zou gelden voor patiënten met dementie en personen met een verstandelijke beperking. Nu volgt er een korte toelichting over dit wetvoorstel.

Er worden vijf punten in vermeld die moeten worden toegepast om tot vrijheidsbeperkende maatregelen over te gaan.

Het eerste is dat er voor iedere patiënt een zorgplan wordt opgesteld en dit in samenspraak met de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

In het zorgplan wordt vermeld wat de patiënt wenst te krijgen als therapie. Maatregelen waar de cliënt niet mee instemt of waar hij zich tegen verzet, kunnen niet in het zorgplan worden opgenomen. Als ernstig probleemgedrag zich voordoet moeten de zorgverleners een stappenplan volgen (uitleg in 3.2.).

Het zorgplan moet opgesteld worden door iemand die daar bevoegd voor is en dat is het tweede punt. In het derde punt wordt gekeken of er een vrijheidsbeperkende maatregel genomen moet worden. Dit kan pas gebeuren als alle alternatieven overwogen zijn en er een motivatie neergeschreven is waarom deze niet voldoende zouden zijn. Ook de reden waarom men kiest voor de vrijheidsbeperkende maatregel, moet vermeld worden. In het vierde punt wordt de beslissing, die genomen werd omtrent de vrijheidsbeperkende maatregel besproken in het multidisciplinair overleg. Hierin toetst en beslist de behandelend geneesheer dat het gedrag niet wordt veroorzaakt door somatische klachten. Het laatste punt is dat alles goed genoteerd moet worden en alles duidelijk vermeld moet worden indien de IGZ (Inspectie Voor Gezondheidszorg) dit controleert.

3.2. Stappenplan voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen

In de Nederlandse literatuur werd het volgend 5-stappen plan gevonden.(Zorg voor Beter, 2013). Deze stappen worden hier kort besproken.

In de eerste stap wordt er gekeken naar het gevaar of het mogelijk risico dat zich voordoet. Deze worden door de zorgverlener met de patiënt of de vertegenwoordiger besproken. In Nederland is valrisico geen reden meer om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. In de tweede stap wordt het besluit grondig voorbereid. Er worden alternatieven afgewogen en men stelt zichzelf de vraag of alles goed werd overlegd met collega's en andere disciplines.

De derde stap is het vragen van toestemming. Dit wordt gevraagd aan de patiënt of aan zijn vertegenwoordiger.

Het toepassen van de vrijheidsbeperkende maatregel is de vierde stap. Er worden dan regels besproken met de patiënt of de vertegenwoordiger. Het gaat hier om de duur en wanneer er wordt geëvalueerd.

In de vijfde stap vindt de evaluatie plaats. Dit gebeurt altijd op vaste tijdstippen. Hier wordt besproken of het gevaar geweken is, wat de effecten zijn van de maatregel, wanneer ze met de maatregel kunnen stoppen en of er misschien gebruik gemaakt kan worden van een alternatief.

3.3. Besluit

We kunnen hier uit afleiden dat er in Nederland specifieke regels en wetten zijn opgesteld voor het toepassen van fysieke fixatie en dat op vele plaatsen in Nederland men een non-fixatiebeleid hanteert.

4. Ethiek rond fixatie

Dit hoofdstuk gaat over het ethische aspect rond fysieke fixatie. Verpleegkundigen mogen fysieke fixatie toepassen bij patiënten. Fysieke fixatie is soms nodig om de veiligheid van de patiënt te garanderen, om het risico op fysieke of psychische schade en risico op onderbreking van een levensnoodzakelijke therapie te voorkomen. Eerlijkheid en deskundigheid van de verpleegkundigen spelen een zeer belangrijke rol bij de uitvoering van fysieke fixatie.

4.1. Ervaring fysieke fixatie

Uit literatuur blijkt (C. Gastmans, K. Milisen, 2006) dat iedereen fysieke fixatie anders ervaart. Van de patiënt tot naaste omgeving en van de patiënt tot de hulpverlener.

Een patiënt kan fysieke fixatie zien als een gevoel van veiligheid („Ik voel me 's nachts veiliger met een onrusthekken, zo kan ik niet uit bed vallen”).

In dit geval wordt de fysieke fixatie als positief gezien. In de meeste gevallen wordt fysieke fixatie niet als positief ervaren. Er komen vaak gevoelens bij patiënten naar boven zoals schaamte, angst, agressie en verlies van waardigheid.

De naaste omgeving van de patiënt kan de fysieke fixatie zien als confronterend.

Als de hulpverlener fysieke fixatie moet toepassen bij patiënten kan dit verschillende gevoelens teweeg brengen zoals frustratie en schuldgevoelens.

4.2. Waarden en normen

Enkele waarden en normen die van belang kunnen zijn bij de ethische evaluatie van fysieke fixatie werden gevonden (C. Gastmans, K. Milisen, 2006).

Het eerste aandachtspunt is het respecteren van de waardigheid van de patiënt als persoon. Iedereen moet steeds als persoon gewaardeerd worden. Waardigheid is dat wat iemand mens maakt.

Als tweede moet er steeds respect zijn voor de autonomie. Er moet steeds rekening gehouden worden met de beslissing van de patiënt. De patiënt moet op de hoogte gebracht worden als er veranderingen zijn in de therapie en hier heeft hij het recht om zelf mee te beslissen of hij akkoord gaat of niet. Als de patiënt niet bekwaam is zelf een beslissing te nemen, wordt de familie ingeschakeld.

Ten derde is er het bevorderen van het integrale welzijn. Hierbij mag er niet enkel gekeken worden naar het lichamelijk welzijn, maar moet er ook rekening worden gehouden met de relationele, psychische en morele dimensies.

De laatste ethische waarde is het bevorderen van de zelfredzaamheid. Dit kan door een huiselijke sfeer te creëren. Door het creëren van een huiselijke sfeer en door het voorzien van dagdagelijkse activiteiten, kan de toepassing van fysieke fixatie vermeden worden.

4.3. Besluit

Iedereen kijkt anders naar fysieke fixatie en er moeten duidelijk verschillende waarden en normen in acht genomen worden wanneer men overgaat tot fysieke fixatie. De uitvoering van fysieke fixatie is een B1 handeling en mag door een verpleegkundige uitgevoerd worden.

5. Wat is fixatie of vrijheidsbeperking?

Fixatie als vrijheidsbeperking is het toepassen van maatregelen om de bewegingsvrijheid van de patiënt te beperken.

Dit zijn vooral middelen, materialen en uitrustingen die aan of in de buurt van het lichaam van de patiënt zijn aangebracht en verhinderen dat hij/zij zich vrij kan bewegen zoals hij/zij wil (opstaan, stappen, neerliggen, draaien, zitten,...) zodanig dat hij/zij zichzelf of iemand in zijn omgeving niet in gevaar kan brengen. Men kan dit niet zelf verwijderen en heeft dit niet zelf onder controle.

Indien men op de volgende twee vragen een positief antwoord bekommt, kan men de patiënt als gefixeerd aanschouwen, namelijk: Beperkt het gebruikte materiaal de patiënt zijn beweging of toegang tot een deel van of tot geheel zijn lichaam en is het voor de patiënt moeilijk het materiaal te verwijderen? (K. Milisen, E. Steemans, T. Braes, N. De Bal, J. Godderis, E. Joosten, et al, 2004)

6. Waarom fixatie of vrijheidsbeperking?

Er bestaat een risico op beschadiging van de fysieke integriteit van de patiënt of die van anderen of er is een risico op beschadiging van de psychische integriteit van de patiënt of die van anderen of er is een risico op onderbreking van een levensnoodzakelijke therapie.

Het gebruik van fixatiemiddelen is vaker een zaak van een slechte routine dan een voorzichtige, persoonlijke, weloverwogen aanpak (Kirkevold, 2005). 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:

- Geopereerde patiënten kunnen door de verdoving tijdelijk verward zijn. Het kan gebeuren dat de patiënt hierdoor steeds zijn infuus, blaassonde of maagsonde probeert te verwijderen, waardoor zijn herstel bemoeilijkt wordt.
- Oudere patiënten reageren soms verward als ze in een nieuwe omgeving zoals het ziekenhuis terechtkomen en kunnen daardoor een gevaar vormen voor zichzelf of voor hun medepatiënten.
- Patiënten die tijdelijk verward (of dementerend) zijn en door hun aandoening in bed moeten blijven, kunnen gefixeerd worden als er geen goed alternatief is om hen in bed te houden.
- Dementerende patiënten gedragen zich soms storend of agressief, waardoor de veiligheid van hun medepatiënten in het gedrang komt.
- Patiënten met weglloopgedrag kunnen gefixeerd worden om te voorkomen dat ze in een gevaarlijke situatie terechtkomen.

7. Wie?

Het fixatiebeleid kan toegepast worden bij alle patiënten die verblijven in het Revalidatie & MS Centrum. Het kan hier gaan om patiënten met multiple sclerose (MS), patiënten met andere neurologische aandoeningen en patiënten met locomotorische aandoeningen die gespecialiseerde medische behandeling, verpleegkundige zorg, psychosociale begeleiding, revalidatie of reactivering in een ziekenhuismilieu nodig hebben en nood hebben aan een actieve, verlengde maar in de tijd beperkte opvang.

Verder kan het gaan om patiënten met MS/ALS die zich in een vergevorderd stadium van hun aandoening bevinden en continu gespecialiseerd verpleegkundig en medisch toezicht nodig hebben.

Ten slotte zijn er ook patiënten die zich in een comateuze toestand bevinden, dit zijn patiënten die als gevolg van een ernstig acuut hersenletsel terechtkomen in een comateuze toestand en van daaruit evolueren naar een vegetatieve toestand of een toestand van minimale responsiviteit.

Met andere woorden iedereen waarbij er een risico bestaat op beschadiging van de fysieke integriteit van de patiënt of die van anderen, beschadiging van de psychische integriteit van de patiënt of die van anderen of onderbreking van een levensnoodzakelijke therapie.

8. Wanneer overgaan tot fysieke fixatie?

8.1.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 professionelen vrezen ook de reactie van de familie en de eventuele juridische gevolgen. Men gaat dan door fixatie de oudere beveiligen en problemen als gevolg van een eventuele val vermijden.

Specifiek gebruikt men vooral bedsponden om een val uit bed te vermijden en een rolstoeltafel, fixatieriem of vest 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 oudere 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,...

8.2.Probleemgedrag

Met dit probleemgedrag wordt ronddwalen, wegloupedrag, 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.

8.3.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.

8.4. Therapieën

Wanneer de bewoner sondes of andere leidingen heeft, en men de neiging heeft om deze uit te trekken, wordt de betrokkene vaak extra gefixeerd door wanten aan te doen.

9. 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. 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 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).

10. Fixatiemiddelen en andere vrijheidsbeperkende maatregelen

De fixatiemiddelen die men hieronder kan terugvinden worden het meest terug gevonden in literatuur en worden toegepast in het Revalidatie en MS Centrum.

10.1. Bedsponden



Bedsponden, ook zijsponden of onrusthekken genoemd, worden het meest gebruikt. Ze bevinden zich aan de zijkanten van het bed en kunnen omhoog gebracht worden om te voorkomen dat de patiënt uit bed valt of stapt.

10.2. Zweedse band



Een lendenband, soms ook Zweedse band genoemd, is een brede band die rond de buik van de patiënt vastgemaakt wordt bij fixatie in bed of zetel.

10.3. Pols- en enkelbanden



Pols- en enkelbanden worden rond de pols(en) en enkel(s) vastgemaakt. Men gebruikt ze in combinatie met lendenband bij fixatie in bed om de patiënt zo veilig mogelijk te kunnen fixeren.

Men kan de Zweedse band, de polsbanden en de enkelbanden combineren. Er bestaan twee combinaties, namelijk:

- 3-punts fixatie, hier wordt gebruik gemaakt van de Zweedse band samen met één enkelband en één polsband. Indien men de enkelband aan de rechter enkel fixeert, moet de polsband aan de linker pols aangebracht worden. Dit kan ook omgekeerd.
- 5-punts fixatie, hier wordt gebruik gemaakt van de Zweedse band samen met twee enkelbanden en twee polsbanden. Zowel beiden enkels als beiden polsen worden gefixeerd. De bewegingsvrijheid van de patiënt is hier zeer beperkt.

10.4. Het verpleegdeken



Het verpleegdeken is een vriendelijke vorm van fixeren voor onrustige of verwarde patiënten. Het geeft de patiënt voldoende bewegingsvrijheid en vervangt onprettige fixatiemiddelen. Het verpleegdeken kan beschouwd worden als een hoeslaken, dat overgaat in een jasje (met of zonder mouwen). Het wordt gesloten door een stevige rits die sluit naar het voeteinde toe.

10.5. Een trippelhoes



Een trippelhoes, ook een slaapzak genoemd, lijkt veel op een verpleegdeken. In tegenstelling tot het verpleegdeken wordt de trippelhoes niet rond de matras bevestigd, maar ligt het op de matras al dan niet bevestigd aan het bed met een bevestigingsriem ter hoogte van een lusje aan de achterzijde van de trippelhoes. De trippelhoes voorkomt bijvoorbeeld het verwijderen van incontinentie materiaal door de patiënt. Er is eveneens een opening aan de zijkant voorzien voor eventuele katheters.

10.6. Geriatrische zetels en (rol)stoelen met fixatietafel



Geriatrische zetels en (rol)stoelen met fixatietafel, zorgen dat de patiënt niet kan opstaan doordat een tafel vastgemaakt wordt voor de patiënt.

10.7. Zwachtels of wanden



Inpakken van handen met zwachtels of wanden voorkomt dat de patiënt zijn/haar infuus of sondes verwijdert.

10.8. Tailleband met schouder- en bekkengordel



De tailleband met schouder- en bekkengordel vermijdt dat de patiënt op de zij glijdt of naar voor zakt en uit de stoel valt, hij houdt het bovenlijf goed recht en biedt een optimale veiligheid en hij wordt met een systeem met 3 gespen bevestigd aan het kader en de rugleuning van de stoel.

10.9. Bevestigingsriem



Een bevestigingsriem is een dunne band die rond de lende van de patiënt wordt gebracht. Ze werkt, in tegenstelling tot de Zweedse band, met een kliksysteem.

10.10. Deuren/afdeling sluiten

Sluiten van deuren van de kamer of bepaalde delen van de afdeling voorkomt dat de patiënt de afdeling kan verlaten.

**DEUR MOET
GESLOTEN
BLIJVEN**

11. 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 (bijvoorbeeld AZ Sint-Lucas, Brugge):

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.
4. De toestemming van de patiënt (of van zijn vertegenwoordiger) vragen. Men moet de reden van fixatie, de verschillende fixatiemogelijkheden en de voor- en nadelen van fixatie met de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) bespreken. Er moet hier ook een verslag van opgemaakt worden.
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 fixatie met lendenband en 2 pols- en 2 enkelbanden mag alleen toegepast worden bij onrustige of agressieve patiënten. Polsbinders mogen alleen in niet-dringende situaties bij bepaalde patiënten gebruikt worden om te verhinderen dat de patiënt zijn infuus of sondes uittrekt.
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.

In het volgende deel wordt het fixatiebeleid van het Revalidatie & MS Centrum verder verduidelijkt. 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 en/of anderen. (Revalidatie en MS Centrum vzw, 2010)

Indien het niet onmiddellijk mogelijk is om een behandelende geneesheer of geneesheer van wacht te betrekken, dient elke hulpverlener (indien deze geen verpleegkundige of geneesheer is) eerst te overleggen met een verpleegkundige. Indien deze laatste de noodzaak tot fysieke fixatie goedkeurt, mag de beslissing genomen worden om over te gaan tot fysieke fixatie.

De behandelende geneesheer of de geneesheer van wacht wordt gecontacteerd. Er wordt overleg gepleegd omtrent de genomen acties. De vertegenwoordiger of de naaste omgeving van de patiënt 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 te beoordelen, dient de gedragsobservatieschaal ingevuld te worden. Er dient in eerste instantie naar alternatieven voor de fysieke fixatie gezocht te worden.

Op de volgende pagina wordt een onderscheid gemaakt tussen de beslissingsonbekwame patiënt en een beslissingsbekwame patiënt.

De beslissingsonbekwame patiënt:

Beslissingsonbekwaamheid is niet wettelijk omschreven en berust op een klinische beoordeling van de behandelende geneesheer, die – indien nodig – het advies inwint van een collega psychiater. Een beslissingsonbekwame patiënt is op het ogenblik van evaluatie mentaal en/of fysiek niet in staat om: de verstrekte informatie te begrijpen, inzicht te verwerven in de aard van de situatie en inzicht te verwerven in de gevolgen van zijn besluit.

De wet betreffende de rechten van de patiënt schrijft voor dat men dan terugvalt op respectievelijk een voorafgaande wilsverklaring of een door de patiënt zelf (op voorhand) benoemde vertegenwoordiger.

In de wettelijk bepaalde hiërarchische volgorde zijn dat: 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.

In de praktijk is een voorafgaande wilsverklaring zelden voorhanden. In het Revalidatie & MS Centrum gebruiken ze “*Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde*” (zie bijlage 5). Het is dus van belang – in de mate van het mogelijke – de vertegenwoordiger (meestal de familie) te betrekken in het zorg- en beslissingsproces. Door het meedelen van de voor- en nadelen van fixatie en door een open communicatie met de familie wordt rekening gehouden met hun visie en perceptie. Door deze proactieve betrokkenheid zal de familie waarschijnlijk minder vlug klacht indienen wanneer zich in het kader van fixeren of niet-fixeren een ongeval of een ander probleem zou voordoen.

Op bovenstaand principe bestaat een uitzondering. De verpleegkundige of de behandelende geneesheer behartigt de belangen van de wilsonbekwame patiënt (art.14.§2 en art.15.§2 van de wet op de patiëntenrechten) telkens wanneer er geen voorafgaande wilsverklaring is, er geen door de patiënt zelf benoemde vertegenwoordiger is (of deze niet bereid is), er geen wettelijke vertegenwoordiger is (of deze niet bereid is), er een geval van conflict bestaat tussen wettelijke vertegenwoordigers van dezelfde rang of wanneer een wettelijke vertegenwoordiger een beslissing neemt die een bedreiging van het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt inhoudt.

Aangezien deze werkwijze een – wettelijk geregelde – uitzondering vormt op het algemene principe van voorafgaandelijke toestemming, zal het beslissingsproces (vaststellen van de beslissing(on)bekwaamheid, optreden van en overleg met vertegenwoordigers en optreden als belangenbehartiger) steeds in het medisch dossier gedocumenteerd worden (art.15.§3 van de wet op de patiëntenrechten verplicht een schriftelijke motivering) De familie wordt op de hoogte gebracht van de reden en de omstandigheden door de verpleegkundige.

De beslissingsbekwame patiënt:

Bij de beslissingsbekwame patiënt is de regel dat de toestemming van de patiënt is vereist alvorens over te gaan tot vrijheidsbeperking door middel van fysieke fixatie. Indien de hulpverlener de noodzaak tot vrijheidsbeperking door middel van fysieke fixatie vaststelt bij een beslissingsbekwame patiënt die weigert, dient de hulpverlener (indien deze niet verpleegkundige of geneesheer is) altijd en onmiddellijk te overleggen met de geneesheer of de verpleegkundige. De patiënt moet op voorhand maximaal ingelicht worden over de verschillende keuzemogelijkheden en de gevolgen van het fixeren en het niet fixeren. Als de beslissingsbekwame patiënt de fixatie blijft weigeren, wordt dit geëerbiedigd en de beslissing wordt genoteerd in het verpleegdossier. De vertegenwoordiger of de naaste omgeving van de patiënt wordt op de hoogte gebracht van de omstandigheden door de verpleegkundige.

Elk ziekenhuis of instelling heeft eigen maatregelen, richtlijnen en methodes met betrekking tot fysieke fixatie ontwikkeld. Wel wordt er in iedere instelling of ziekenhuis rekening gehouden met de waarden en de normen van de patiënt en met de wetgeving.

Het stroomdiagram dat in dit afstudeerproject als praktisch deel wordt uitgewerkt, is gebaseerd op het huidige fixatiebeleid van het Revalidatie en MS Centrum. In het praktisch deel wordt het stroomdiagram besproken.

12. Waarom fixatie vermijden

In de meeste ziekenhuizen geeft men er de voorkeur aan om zo weinig mogelijk fixatie of vrijheidsbeperking toe te passen. Uit praktijk blijkt namelijk dat fixatie vaak veel grotere risico's inhoudt dan het gevaar dat men door fixatie wil voorkomen. In vele gevallen neemt de onrust bij de gefixeerde patiënt toe, waardoor het risico op lichamelijk letsel verhoogt. Bovendien veroorzaakt fixatie heel wat psychisch en lichamelijk ongemak bij de patiënt. Voor de familie is de vrijheidsbeperking een ingrijpende en emotionele gebeurtenis, want niemand ziet graag zijn familielid in een dergelijke toestand. De zorgverleners hebben het er eveneens vaak moeilijk mee omdat ze het gevoel hebben gefaald te hebben. Daarnaast willen de zorgverleners het volledige welzijn van de patiënt bevorderen. Dit houdt in dat men niet alleen aandacht heeft voor het lichamelijke welzijn van de patiënt (= bescherming van de veiligheid), maar dat men ook respect heeft voor de zelfredzaamheid en de waardigheid van de patiënt. Met andere woorden ook de patiënt moet het recht hebben om bepaalde risico's te nemen, ook al kan hij hierdoor vallen.

13. Gevaren en risico's bij fixatie

Vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast om een patiënt te beschermen, kunnen in veel gevallen meer schade berokkenen aan de patiënt 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 vastgeklemd raken met de ledematen waarvan de dood een mogelijk gevolg kan zijn. Ook is er een verhoogd risico op breuken. De patiënt beweegt minder, waardoor er een snelle afbraak van het bot- en spierweefsel ontstaat.

Fixatie verandert het voedingspatroon van de patiënt 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.

14. Van fysieke fixatie tot non-fixatie

Het is de bedoeling om zo min mogelijk fysieke fixatiemiddelen toe te passen bij patiënten. In eerste instantie wordt er geopteerd voor een fixatiarm beleid. Men zal overgaan tot fysieke fixatie als er gevreesd wordt voor de veiligheid van de patiënt en voor de veiligheid van anderen en wanneer in levensbedreigende situaties de patiënt zijn behandeling gevaar loopt waardoor deze niet meer optimaal gegeven kan worden. Enkel dan is vrijheidsbeperking een aanvaardbare, minst slechte oplossing.

Hoewel het deskundig gebruik van fysieke fixatie in bepaalde omstandigheden niet te vermijden is, wordt ze vaak voor foute indicaties en zonder weloverwogen richtlijnen toegepast. Fysieke fixatie mag niet worden toegepast als een strafmaatregel, een gemakkelijksoplossing of uit onmacht.

Een ethisch verantwoord en een ‘evidence based’ fixatiebeleid kan ervoor zorgen dat fysieke fixatie niet wordt toegepast op basis van foute indicaties. Een goede communicatie met de patiënt en zijn familie rond fysieke fixatie, een multidisciplinaire aanpak en het delen van de verantwoordelijkheid in het beslissingsproces zijn richtlijnen die kunnen leiden tot een verbetering van de zorgverlening.

Vooraleer er fysieke fixatie toegepast wordt bij een patiënt is het belangrijk om te kijken welke alternatieven gebruikt kunnen worden. Onder een fixatie alternatief wordt elke interventie verstaan die de nood aan het gebruik van fixatiematerialen vermindert, of elke interventie die gebruikt wordt in plaats van een fixatiemateriaal.

Er bestaat geen alles oplossend alternatief voor fysieke fixatie. Het is belangrijk om te vertrekken vanuit de individuele patiënt om dan op zoek te gaan naar alternatieven. Het kan voorkomen dat een alternatief niet werkt bij een patiënt maar wel bij een andere patiënt. Hier moet rekening mee gehouden worden.

Als men het gedrag van de patiënt begrijpt, is het mogelijk om creatieve oplossingen te vinden die minder ingrijpend en vaak net zo effectief zijn als een vrijheidsbeperkende maatregel. Ook is het belangrijk om de voorgeschiedenis en het levensverhaal van de patiënt te kennen. Deze informatie kan helpen bij het zoeken naar alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen.

Om voor elke individuele patiënt een goed alternatief te kiezen, kan men gebruik maken van de VBM- score. Wat nu volgt is een korte verklarende uitleg van de VBM- score.

14.1. De VBM-score

De VBM- score staat voor vrijheidsbeperkende maatregel score (Vilans hulpmiddelenwijzer 2013). Een VBM- score helpt je om te kiezen voor een goed alternatief. De hoogte van de score wordt bepaald door de ernst van de maatregel en hoe dicht de maatregel zich bij het lichaam van de cliënt bevindt. De Zweedse band heeft bijvoorbeeld een score van 5. Een score van 0 betekent dat de vrijheid niet beperkt wordt.

Als je een maatregel wilt afbouwen dan zoek je een alternatief met een lagere VBM-score. Een goed alternatief voor de zweedse band (VBM- score 5) is bijvoorbeeld de bedtent (VBM- score 4) de vrijheid voor de cliënt is groter en er is minder kans op ongelukken.

Realiseer je wel dat een VBM-score van 4 nog steeds hoog is; een bedtent is nog steeds een ernstige vrijheidsbeperkende maatregel. Er wordt altijd eerste gekeken naar de minst ingrijpende maatregel. Dus als de bedtent werkt ga je op zoek naar een maatregel met een VBM-score van 3 of lager, bijvoorbeeld een camera (VBM- score 3) of akoestische bewaking (VBM- score 2). Het doel is altijd een VBM- score van 0 (zie bijlage 6).

Iedere patiënt is anders en ervaart een maatregel dus ook anders. De VBM-score is een algemene indicatie van de zwaarte van een maatregel. Bekijk per situatie hoe ernstig de maatregel ingrijpt in het leven van de cliënt.

De VBM-score is een hulpmiddel bij het zoeken naar een juist alternatief. Dit is terug te vinden in de Nederlandse literatuur, maar is niet 'evidence based' ondersteund.

Er zijn in onze hedendaagse samenleving tal van alternatieven beschikbaar. Om een goede keuze te kunnen maken, in functie van de patiënt, is het belangrijk om op de hoogte te zijn van alle mogelijke alternatieven. (R. Hanning, F.Hardeman, J. Leeuw, B. Linden, M. Rutjes. 2013).

14.2. Alternatieven voor fixatie

De onderstaande alternatieven zijn in de literatuur terug te vinden, maar wetenschappelijke 'evidence based' literatuur is in beperkte mate aanwezig (It-Fits, 2012). Het is aan de instelling om te bepalen welke alternatieven ze willen toepassen.

14.2.1. Verhoogd toezicht

In de eerste plaats is het belangrijk dat er voldoende toezicht wordt gehouden. Door het toezicht goed te organiseren en de mogelijkheid te verhogen om patiënten in het oog te houden, zijn vrijheidsbeperkende maatregelen vaak minder snel nodig. Een voorbeeld van verhoogd toezicht is bijvoorbeeld een patiënt verplaatsen naar een kamer dicht bij de verpleegpost. Het personeel kan de patiënt beter zien observeren.

Het nadeel hiervan is dat toezicht houden inbreuk maakt op de privacy. Zo is het standaard ophangen van een camera in elke kamer geen weloverwogen besluit. Bij het organiseren van een goed toezicht is het belangrijk om aandacht te besteden aan de privacy van de patiënt.

14.2.2. Ballendeken



Het ballendeken is ontworpen op de basistheorie van sensorische integratie van de ergotherapeut en psycholoog A. Jean Ayres. Dit ballendeken is voorzien van een medisch CE-merk en is een erkend hulpmiddel bij de behandeling van slaapproblemen en motorische en psychische onrust bij kinderen, volwassenen en ouderen. Een ballendeken wordt ook wel een verzwaard deken genoemd. Dit deken bestaat uit geluidsarme plastic ballen, die het lichaam puntsgewijs stimuleren. Ballendekens zijn er met verschillende vulling van ballen. Zo geven plastic ballen de grootste druk, stimulatie en hebben het meeste gewicht. Het gewicht is dan maximaal 6 tot 7 kilogram. Er bestaan ook lichtere dekens omdat niet elke patiënt 6 tot 7 kilogram gewicht extra kan dragen. Deze lichtere dekens zijn gevuld met polystyreenkorrels. De lichtere dekens werken vooral omsluitend om het lichaam van de patiënt waardoor deze het gevoel van veiligheid en geborgenheid zal ervaren. Het gewicht van de lichtere dekens zal maximaal 4 kilogram zijn.

Het ballendeken zorgt ervoor dat de patiënten makkelijker kunnen inslapen, de lichamelijke en psychische stress worden verminderd en zowel de gewaarwording van aanraking als de gewaarwording van spieren en gewrichten worden gestimuleerd. Voor patiënten die het snel warm hebben zijn er speciale ballendekens ontworpen die enkel de benen bedekken. Ook is het mogelijk om het ballendeken tot aan de helft van het lichaam te brengen. Indien het gewicht van het ballendeken goed is afgestemd op het lichaamsgewicht van de patiënten dan zal dit alternatief een VBM-score van 0 hebben.

14.2.3. Extra laag bed



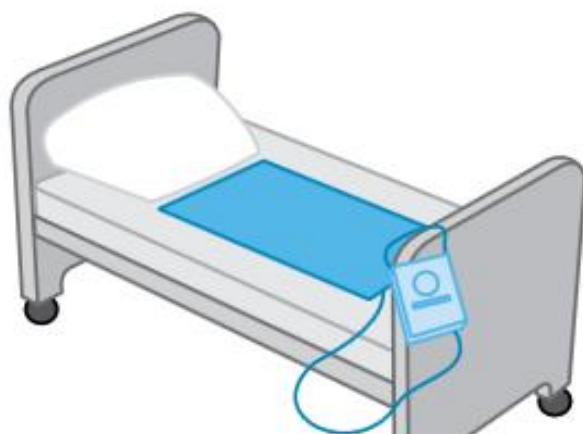
In de ziekenhuizen zijn de verpleegbedden reeds uitgerust met een knop waardoor het bed verlaagd kan worden. Dit zorgt ervoor dat de patiënt met de voeten op de grond kan komen als hij op de bedrand wil zitten. Omdat de verpleegbedden niet tot op de grond kunnen zakken bestaat er nog steeds een valrisico. Door gebruik te maken van een extra laag bed (dat helemaal verlaagd kan worden tot op de grond) wordt dit valrisico vermindert. Indien de patiënt uit bed zou vallen zou hij zich minder bezeeren. Ook kan het verlaagd bed gebruikt worden in combinatie met een valmat naast het bed. Dit kan gedaan worden om de patiënt te beschermen tegen letsel wanneer deze uit bed zou rollen. Indien de patiënt een verminderde mobiliteit heeft kan het zelfstandig opstaan uit bed moeilijker verlopen omdat het bed tot op de grond staat. Een verlaagd bed heeft een VBM-score van 1.

14.2.4 Valmat naast het bed



Een valmat heeft als doel om de patiënt te beschermen tegen letsel wanneer deze uit het bed zou vallen of rollen. De matras wordt op de grond aan 1 kant van het bed gelegd omdat de andere kant van het bed tegen de muur geplaatst is. Een goede valmat heeft als doel om de val te dempen en stabiliteit te geven aan de patiënt bij het opstaan. De onderkant van de valmat is voorzien van anti-slipmateriaal. Het verpleegkundig team heeft de taak om de mat te verwijderen indien de patiënt uit bed is. Hierdoor wordt er voorkomen dat familie of ander personeel kan struikelen. De valmat heeft een VBM-score van 0.

14.2.5. Belmat



Een belmat is een signaleringshulpmiddel voor patiënten die zelfstandig uit bed kunnen komen, maar valrisico of zwerfneiging hebben. De mat dient geactiveerd te worden als de patiënt aan de nachtrust begint en dient gedeactiveerd te worden bij het opstaan 's ochtends. Een belmat is een druksensor die op 2 manieren gebruikt kan worden. Als eerste kan de belmat onder de matras worden geplaatst waarbij er een melding wordt gemaakt als de druk wegvalt wanneer de patiënt uit bed opstaat. Als tweede mogelijkheid kan de belmat naast het bed worden gelegd. Hierbij zal er een melding worden gemaakt als iemand op de mat stapt vanuit het bed. In beiden gevallen zal er een alarm afgaan waardoor het verpleegkundig team gewaarschuwd zal worden. De belmat heeft een VBM-score van 1 en dient voor gebruik besproken te worden binnen een multidisciplinair overleg.

14.2.6. Rolkussen



Een rolkussen voorkomt dat patiënten uit bed rollen waardoor het valrisico wordt verminderd. Als een patiënt over het rolkussen kan klimmen dan bestaat er nog altijd de kans op letsel na een val. Een rolkussen heeft een VBM-score van 3 omdat de patiënt nog zelfstandig kan bewegen in bed maar niet meer zelfstandig uit bed kan geraken.

14.2.7. Tentbed



Een tentbed wordt ook wel een stay-safe-bed genoemd. Er kan gebruik gemaakt worden van een tentbed om valrisico's te verminderen. Het bed heeft een ritssysteem en een tentopbouw. Dit geeft een beschermend en veilig gevoel aan de patiënten. Dit tentbed kan op verschillende manieren opengemaakt worden waardoor de zorg nog steeds kan toegediend worden. De patiënt kan zich vrij bewegen in bed maar zal geen risico op letsel oplopen door vallen. Als verpleegkundige is het belangrijk om aandacht te hebben voor claustrofobe patiënten.

Een tentbed heeft een VBM- score van 4 omdat de patiënt nog zelfstandig kan bewegen maar niet meer uit bed kan komen omdat met dit systeem het bed wordt afgesloten met ritsen.

14.2.8. Bedbox



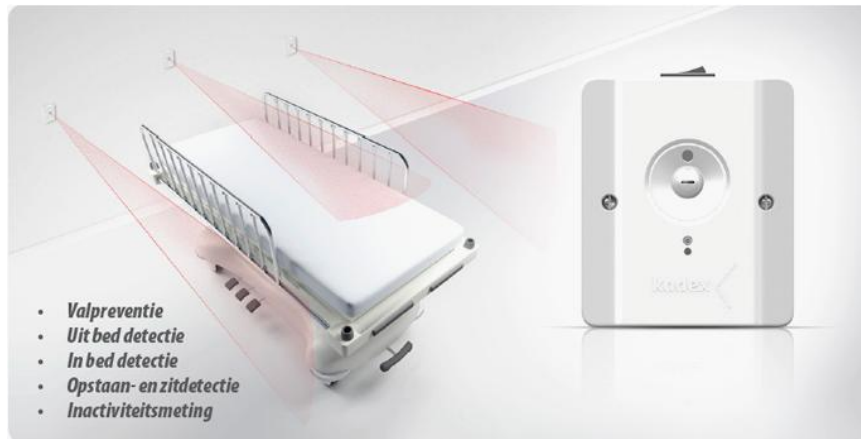
Dit is een bed met extra hoge randen, waarin er een deur is voorzien en waarvan de binnenkant bekleed is met zacht materiaal. Dit zal ervoor zorgen dat de patiënt zich geen pijn kan doen. Een bedbox heeft als doel om een veilige slaapomgeving te creëren voor de patiënt. Voor de wanden kan er gebruik gemaakt worden van plexiglas waardoor het verpleegkundig team de patiënt kan zien en er nog steeds contact kan gemaakt worden met de omgeving. Een bedbox heeft een VBM- score van 4. De patiënt kan wel nog bewegen in bed, maar kan er niet meer zelf uit geraken. Bij patiënten die snel angstig worden in kleine ruimtes is het van belang dat men eerst verder zoekt naar andere alternatieven.

14.2.9. Bedbeugel



Een bedbeugel, ook een transferbeugel genoemd geeft steun aan patiënten die moeite hebben met het in en uit bed gaan en het opstaan en zitten. Het kan een alternatief zijn om het risico op vallen te verminderen. De patiënt heeft een veiliger gevoel. De bedbeugel wordt onder de matras geplaatst en bevestigd aan het bed. De bedbeugel heeft een VBM-score van 0 omdat de patiënt zelfstandig en veiliger in en uit het bed kan.

14.2.10. Bewegingsmelder



Een bewegingsmelder wordt geactiveerd wanneer een patiënt gaat slapen en gedeactiveerd bij het opstaan in de ochtend. De bewegingsmelder wordt aangesloten op een oproepsysteem. Deze zal een melding maken zodra de patiënt binnen het detectieveld komt. De bewegingsmelder reageert op een warmtebron, namelijk het menselijk lichaam. De sensor wordt het best laag aan de muur gehangen kort bij het bed (Bellman, 2013).

Bij detectie zal het verpleegkundig team een signaal krijgen waardoor ze weten dat de patiënt het bed heeft verlaten. Hier kunnen ze dan onmiddellijk op reageren. Een bewegingsmelder heeft als voordeel dat er een groter detectieveld is dan bij een belmat en er is minder kans op slijtage. Een bewegingsmelder heeft een VBM- score van 1 omdat het besproken dient te worden binnen een multidisciplinair overleg.

14.2.11. Relaxstoel



Als alternatief voor fysieke fixatie in bed kan er in de eerste instantie gebruik gemaakt worden van een relaxstoel. Hierdoor zal de patiënt minder de neiging krijgen om op te staan en te gaan stappen. Dit met als resultaat om valaccidenten te vermijden. De beweging van de stoel beïnvloedt het evenwichtsorgaan en de patiënt zal zich meer op zijn gemak voelen. Een belangrijke verpleegkundige taak is ervoor zorgen dat de relaxstoel op de juiste zithoogte ingesteld wordt. De relaxstoel heeft een VBM-score van 0 en kan o.a. toegepast worden indien de patiënt onrustig is.

14.2.12. Ballenstoel



Dit is een speciaal ontworpen zitzak die de zintuigen van de patiënt stimuleert, het lichaam omhult, het lichaamsgevoel verbetert en rustgevend werkt. Het zitvlak en de rug zijn gevuld met plasticballen. Aan de stoel zijn zijvleugels bevestigd waarmee het lichaam kan omsloten worden. De puntsgewijze druk van de plastic ballen in de stoel stimuleert zowel de tastzin als de zintuigcellen in de spieren en gewrichten. Deze sensorische prikkels geven signalen af aan het centraal zenuwstelsel, die op zijn beurt de prikkels zal verwerken. De verwerking van deze prikkels zorgt voor een rustgevend gevoel, kalmering en een beter lichaamsgevoel. Als verpleegkundige is het belangrijk om de patiënt op regelmatige basis te observeren. De patiënt kan namelijk irritatie ondervinden of er kan een drukplek op de rug ontstaan. De ballenstoel heeft een VBM- score van 2 omdat het voor sommige patiënten veel moeite kost om zelfstandig uit de stoel te geraken.

14.2.13. Half rolstoelblad



Veel rolstoelen maken gebruik van een werkblad. Zo kan een patiënt materiaal dat ze vaak gebruiken op het werkblad zetten zodat ze er makkelijk bij kunnen. Maar dit werkblad kan ook gezien worden als vrijheidsbeperkende maatregel. De patiënt kan niet zelf uit de rolstoel komen omdat het werkblad aan de rolstoel is bevestigd. Als alternatief kan er gebruik gemaakt worden van een half blad dat aan één zijde van de rolstoel wordt bevestigd. Het geeft de steun van een werkblad op een rolstoel maar is geen vrijheidsbeperking omdat de patiënt het blad naar de zijkant kan schuiven. Een half rolstoelblad heeft een VBM- score van 0.

14.2.14. Opsta-alarm in de stoel



Een opsta-alarm systeem in de stoel bestaat uit een mat en een sensor voor druksignalering. Indien de patiënt gaat rechtstaan dan zal er een piepsignaal volgen. Hierna wordt er een signaal doorgegeven naar de verpleegkundige (op de telefoon zal er een melding komen). Een groot voordeel is dat een patiënt met valrisico niet permanent in de gaten moet worden gehouden. Opsta-alarm in de stoel heeft een VBM- score van 1 en dient besproken te worden binnen het multidisciplinair team.

Besluit

Dit waren de gevonden alternatieven die op de markt aanwezig zijn. Het is niet mogelijk om van de ene dag op de andere elke mogelijke vorm van fysieke fixatie stop te zetten. Een goed uitgewerkt beleid is de basis die noodzakelijk is. Het beleid ontwikkelen vergt veel tijd. Wanneer er toch vrijheidsbeperkende maatregelen moeten getroffen worden, zoekt men best eerst naar alternatieven in functie van de patiënt. Pas wanneer deze niet doeltreffend werken kan men beginnen nadenken over fysieke fixatie. Hierbij is het belangrijk dat men begint met de minst ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen en pas overschakelt naar zwaardere vrijheidsbeperkende maatregelen indien dit echt noodzakelijk is.

De doelstelling voor de komende jaren zal zijn om fysieke fixatie overbodig te maken en de hulpverleners ervan te overtuigen dat dit mogelijk is.

15. Besluit

In het theoretisch deel is de geschiedenis, de wetgeving en de ethiek omtrent fysieke fixatie besproken. Hierna zijn de verschillen tussen België en Nederland aangehaald. Omdat er in Nederland meer literatuur is terug te vinden over fysieke fixatie dan in België, is er meer gebruik gemaakt van Nederlandse bronnen.

Daarna is er verder ingegaan op wat fixatie precies inhoudt, wie de patiëntenpopulatie is, wanneer en waarom er dient gefixeerd te worden. Ook de rol van de familie mag niet vergeten worden in de gehele proces, want zij staan het dichtst bij de patiënt.

In de literatuur werd de VBM-score gevonden, na het bestuderen van deze score werd de conclusie gemaakt dat dit een meerwaarde voor ons project zou betekenen. De VBM-score kan de verpleegkundige ondersteunen bij het kiezen van de minst ingrijpende alternatieve maatregel.

In het volgende deel, het praktisch deel, kan men het stroomdiagram en het verpleegplan terugvinden. Deze zijn gerealiseerd door de literatuurstudie en de stage-ervaringen in het Revalidatie en MS Centrum te verwerken tot één passend geheel.

2. Praktisch deel

Inleiding

In het Revalidatie en MS Centrum is er reeds een fixatiebeleid aanwezig. Tijdens het eerste overleg met de inhoudsdeskundige, promotor en het multidisciplinair team kwam de vraag om een beslissingsboom te maken. Na grondig overleg binnen de groep is er besloten om een stroomdiagram te realiseren in plaats van een beslissingsboom.







Om het stroomdiagram te verduidelijken kwam er de vraag van het Revalidatie en MS Centrum om een verpleegplan op te stellen. Het verpleegplan dient als ondersteuning van het stroomdiagram. Omdat het verpleegplan veel tijd in beslag neemt om in te vullen in de praktijk, kwam er van ons het voorstel om makkelijk, bruikbare werkdocumenten samen te stellen. Het Revalidatie en MS Centrum stemde in met ons voorstel.

2.1. Stroomdiagram

Voor de ontwikkeling van het stroomdiagram is er meermaals een samenkomst geweest met de inhoudsdeskundige. Na het analyseren van meerdere bestaande beslissingsbomen over fysieke fixatie, de literatuurstudie en het reeds aanwezige fixatiebeleid, is er een eerste ontwerp van het stroomdiagram ontstaan. Na het kritisch bekijken door de inhoudsdeskundige, de promotor en het verpleegkundig team zijn er meermaals aanpassingen gebeurd. Uiteindelijk is het effectieve stroomdiagram tot stand gekomen.

Het stroomdiagram is een makkelijk bruikbare tool, deze kan binnen de instelling gebruikt worden door het multidisciplinair team (MDT). In het stroomdiagram staat kort vermeld welke stappen men moet nemen om over te gaan tot fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel. Het stroomdiagram wordt binnen de verpleegpost opgehangen en kan met behulp van het verpleegplan verder ondersteund worden.

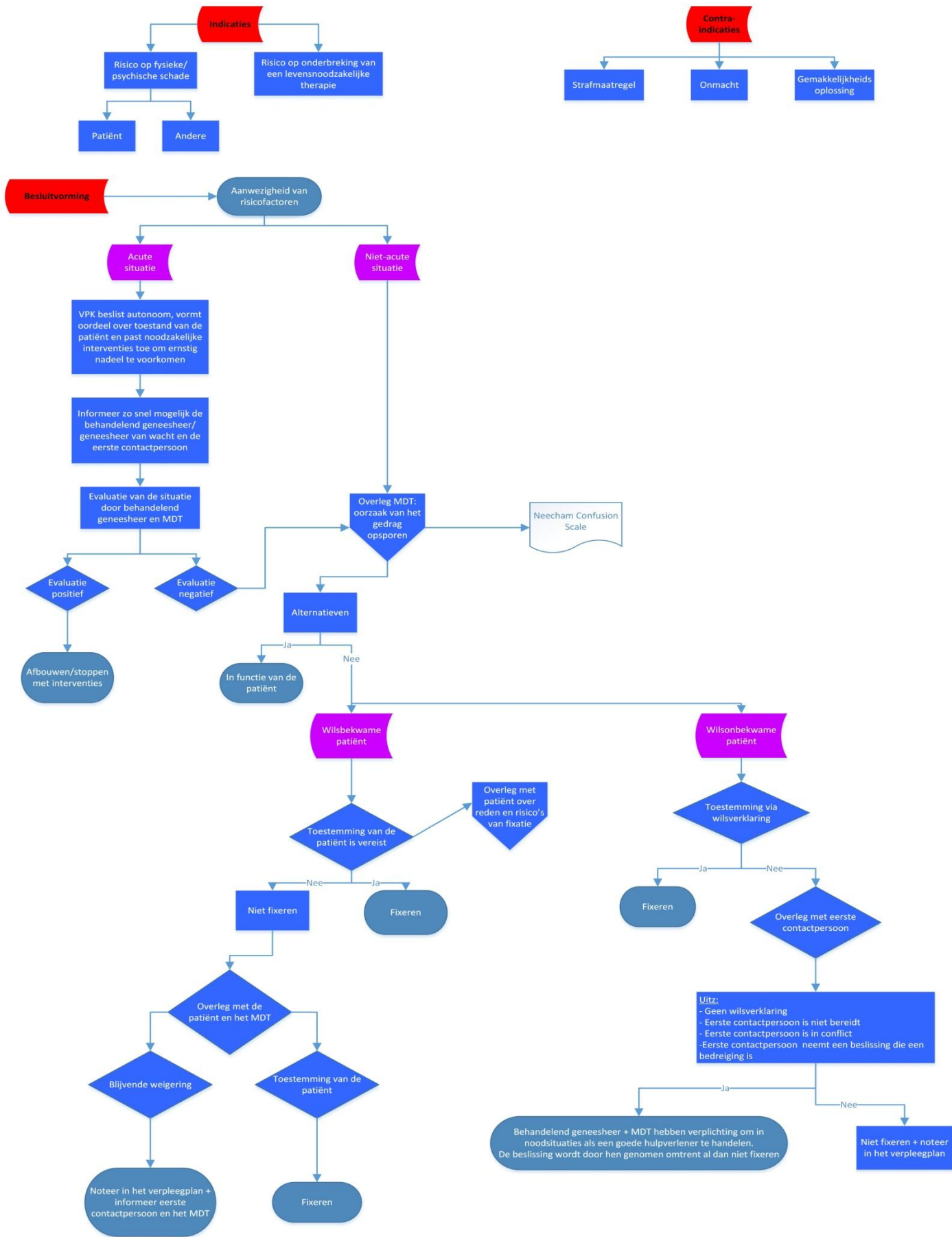
Het stroomdiagram bestaat uit verschillende symbolen die elk hun betekenis hebben. De volgende symbolen zijn gebruikt in het stroomdiagram:

-  Dit symbool betekent het begin het of einde van het proces
-  Deze pijl geeft de richting aan van het verloop van het proces
-  Deze rechthoek geeft een activiteit weer
-  Een ruit geeft weer dat er een beslissingsmoment is
-  Dit symbool verwijst naar een ander proces (bijvoorbeeld een overlegmoment)
-  Dit symbool wordt gebruikt voor het vastleggen van informatie

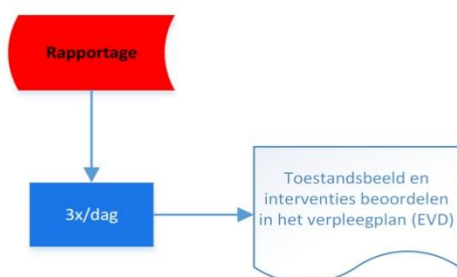
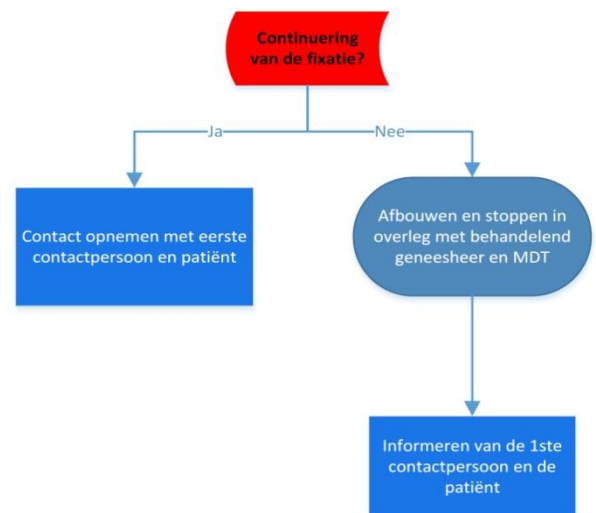
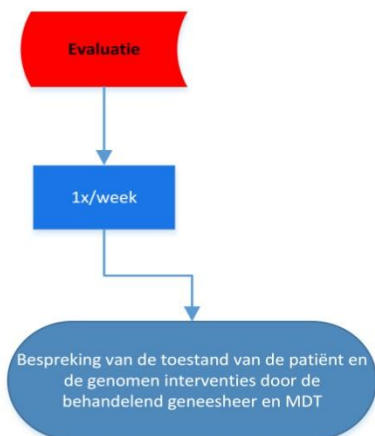
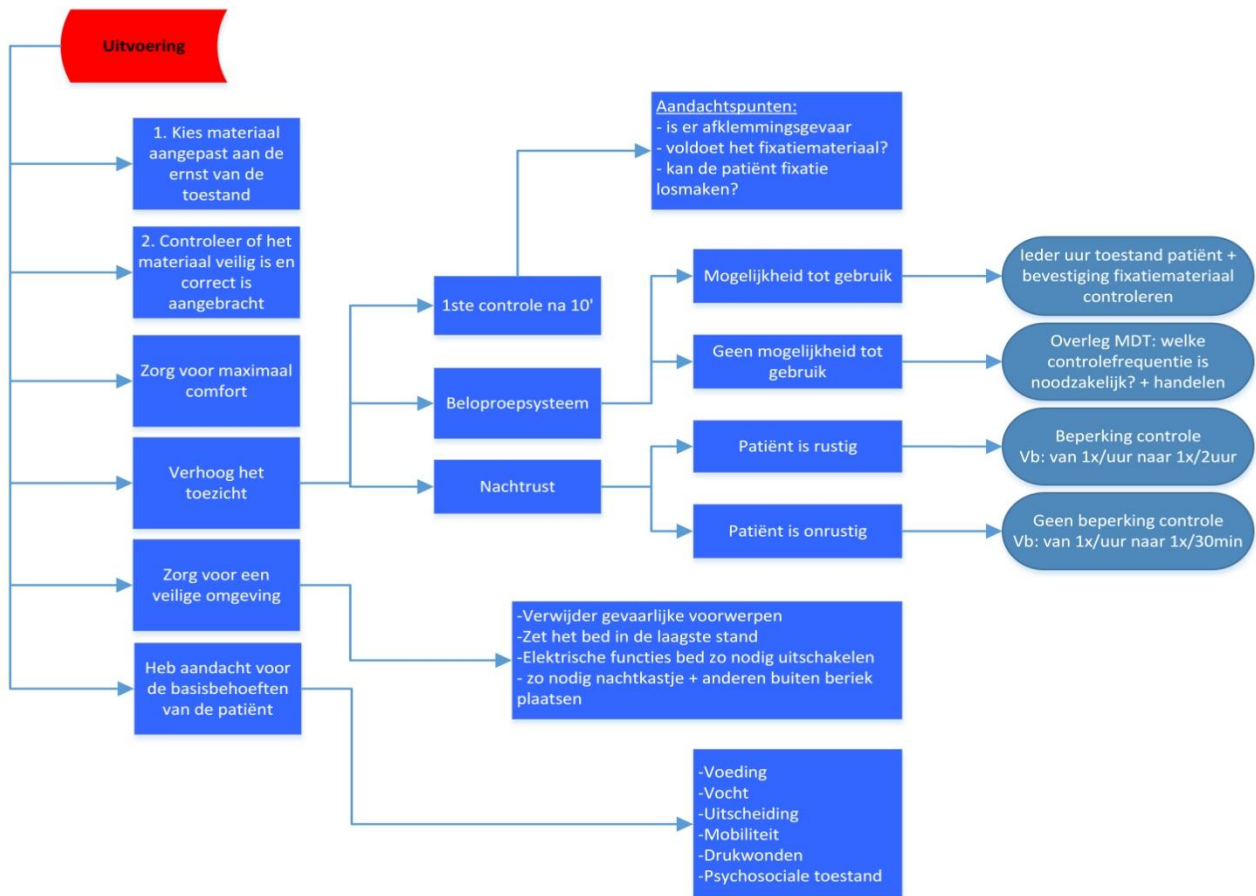
Het volledige document is te vinden in de bijlagen (zie bijlage 7).

Op de volgende pagina ziet u het resultaat van het verwerken van de literatuur van de praktijk en de theorie.

Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als veiligheidsbeperkende maatregel



*MDT = multidisciplinair team



2.2.Verpleegplan

Na de ontwikkeling van het stroomdiagram is er in overleg besproken met het multidisciplinair team dat er een verpleegplan gemaakt dient te worden. Het verpleegplan kan gebruikt worden in de instelling, maar de instelling gaf te kennen dat zij dit document verder zullen verfijnen.

Het verpleegplan is een verdere uitwerking van het stroomdiagram waarin men observaties kan noteren, evaluatiemomenten, rapportages, multidisciplinaire teamoverlegmomenten, et cetera ... In het theoretisch deel spreekt men over de wettelijke vertegenwoordigers. Op vraag van de instelling wordt in het praktisch deel gebruik gemaakt van eerste contactpersoon. Dit omdat men reeds gebruik maakt van deze benaming. De wettelijke vertegenwoordiger wordt enkel genoemd indien deze aanwezig is.

Dit verpleegplan is ter ondersteuning van de werkdocumenten die men kan vinden in de bijlage. De werkdocumenten zijn een verkorte versie van het verpleegplan zodat deze makkelijker in de praktijk kunnen toegepast worden. Er werd een onderscheid gemaakt tussen de acute- (zie bijlage 8) en niet-acute situatie (zie bijlage 9).

In het verpleegplan is een hoofdstuk voorzien voor het afbouwen van fysieke fixatie. Het Revalidatie en MS Centrum maakte al gebruik van een afbouwstappenplan. Deze stappen werden in samenspraak met de inhoudsdeskundige en het multidisciplinair team vervolledigd met behulp van het theoretisch deel.



Revalidatie en MS Centrum vzw

Auteurs:

-Claassen Bram

-Peeten Jordy

-Wevers Inge

**VERPLEEGPLAN: FYSIEKE FIXATIE MET BEHULP VAN
FIXATIEMIDDELEN ALS VRIJHEIDSBEPERKENDE
MAATREGEL**

**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.



Afbeelding 1

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 verzwarend 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 deze tabel aanduiden welke interventie er genomen is met vermelding van de datum.

Kruis hieronder aan welke fysieke fixatie interventie wordt toegepast.																				
Start uur:		Datum:																		
Fysieke fixatie																				
Fixatie in de rolstoel/geriatrische rolstoel/zetel met:																				
<input type="checkbox"/> Voorzettafel																				
<input type="checkbox"/> Zweedse band																				
<input type="checkbox"/> Tailleband met schouder- en bekkengordel																				
<input type="checkbox"/> Andere																				
Fixatie in bed met:																				
<input type="checkbox"/> Zweedse band																				
<input type="checkbox"/> 3- puntsfixatie																				
<input type="checkbox"/> 5- puntsfixatie																				
<input type="checkbox"/> Verpleegdeken																				
<input type="checkbox"/> Trippelhoes																				
<input type="checkbox"/> Bedsponden																				
<input type="checkbox"/> Andere																				
Fixatie op het toilet:																				
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt																				
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt																				
<input type="checkbox"/> Zweedse band																				
<input type="checkbox"/> Bevestigingsriem																				
<input type="checkbox"/> Andere																				
Fixatie op de kamer:																				
<input type="checkbox"/> Deur sluiten																				
<input type="checkbox"/> Andere																				

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 paraaf duidelijk vermelden.

Motivatie/reden van fysieke fixatie	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige 1:	Paraaf:
Naam verpleegkundige 2:	Paraaf:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

3.1.3. Overleg

Nadat de verpleegkundige de situatie beschreven heeft, legt men deze zo snel mogelijk voor aan de behandelende geneesheer/geneesheer van wacht. De verpleegkundige noteert wat de conclusie van het overleg is en vermeldt duidelijk het startuur en de startdatum. Betrokken partijen paraferen ter bevestiging.

Overleg tussen behandelend geneesheer/geneesheer van wacht en verpleegkundige	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf:
Paraaf behandelende geneesheer/geneesheer van wacht:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

3.1.4. Informeren van de eerste contactpersoon

Nadat er een overleg is geweest tussen behandelend geneesheer/geneesheer 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.

Informeren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Besluit:
De fysieke fixatie wordt: (Duid aan wat van toepassing is)
<input type="checkbox"/> Voortgezet <input type="checkbox"/> Afgebouwd <input type="checkbox"/> Stopgezet
<u>Motivering:</u>
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 het startuur en de startdatum. Elke toegepaste afbouwstap moet wekelijks tijdens de stafvergadering geëvalueerd worden.

Mogelijk afbouwstappen:
In bed:
1. Stop 5-puntsfixatie
2. Stop 3-puntsfixatie
3. Stop Zweedse riem
4. Stop verpleegdeken
5. Stop trippelhoes
6. Stop bedsponden
7. Stop 5- puntsfixatie, start 3-puntsfixatie
8. Stop 5- puntsfixatie, start Zweedse riem
9. Stop 5- puntsfixatie, start verpleegdeken
10. Stop 5- puntsfixatie, start trippelhoes
11. Stop 5- puntsfixatie, start bedsponden
12. Stop 3- puntsfixatie, start Zweedse riem
13. Stop 3- puntsfixatie, start verpleegdeken
14. Stop 3- puntsfixatie, start trippelhoes
15. Stop 3- puntsfixatie, start bedsponden
16. Stop Zweedse riem, start verpleegdeken
17. Stop Zweedse riem, start trippelhoes
18. Stop Zweedse riem, start bedsponden
19. Stop verpleegdeken, start trippelhoes
20. Stop verpleegdeken, start bedsponden
21. Stop trippelhoes, start bedsponden

In de rolstoel/geriatrische rolstoel/zetel:22. **Stop** voorzettafel23. **Stop** Zweedse riem24. **Stop** tailleband met schouder- en bekkengordel25. **Stop** tailleband met schouder- en bekkengordel, **start** Zweedse riem.26. **Stop** tailleband met schouder- en bekkengordel, **start** voorzettafel27. **Stop** Zweedse riem, **start** voorzettafel**Op het toilet:**28. **Stop** steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt29. **Stop** steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt30. **Stop** Zweedse band31. **Stop** bevestigingsriem32. **Stop** Zweedse band, **start** bevestigingsriem33. **Stop** Zweedse band, **start** steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt34. **Stop** Zweedse band, **start** steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt35. **Stop** bevestigingsriem, **start** steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt36. **Stop** bevestigingsriem, **start** steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt37. **Stop** steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt, **start** steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt38. **Stop** steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt, **start** steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt**Op de kamer:**39. **Stop** met de deur sluiten**Anderen:**40. **Stop** fixatie tijdens aanwezigheid van familie/directe omgeving41. **Stop** fixatie tijdens aanwezigheid van verpleegkundigen/therapeut in de directe omgeving (ochtendzorg, therapie,..)

Het is aan de instelling zelf om de afbouwstappen naar alternatieve fixatie en de afbouwstappen binnen de alternatieve fixatie in te vullen.

Afbouwstap nummer:	Startdatum:	Stopdatum:

3.1.5.2. Stopzetten van de fysieke fixatie

Als men in het multidisciplinair overleg tot het besluit is gekomen om de fysieke fixatie stop te zetten, moet dit ook onmiddellijk uitgevoerd worden. Het is belangrijk om de patiënt nog enige tijd te observeren. De tijd van observaties is afhankelijk van de toestand van de patiënt.

Observaties na stopzetting fysieke fixatie		
Datum van stopzetting:		Uur van stopzetting:
Datum	Uur :	Observatie:
	
	
	

3.2. Niet-acute situatie

3.2.1. Multidisciplinair overleg

Er zal een overleg plaatsvinden binnen het multidisciplinair team om de score van de NCS (Neecham confusion Scale) te bespreken. De instelling bepaalt zelf wie deze schaal zal invullen. Alle observaties/opmerkingen van de aanwezigen worden genoteerd. Na multidisciplinair overleg, moet men gedurende een besproken periode de patiënt observeren. De verpleegkundige noteert wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk het startuur, startdatum en duidt het besluit aan.

Multidisciplinair overleg	
Startdatum:	Startuur:
Aanwezigen:	
.....
.....
.....
.....
Observaties verpleegkundige:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties behandelend geneesheer:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties MDT:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Besluit:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2.1.1. Gedragsobservatieschaal

De Neecham Confusion Scale (NCS) is een gevalideerde schaal. Deze wordt gebruikt om het gedrag van de patiënt te observeren. In de NCS 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 bij de patiënt vastgesteld. De verpleegkundige of team van de psychologische dienst vullen deze schaal in op basis van informatie bekomen tijdens contact met de patiënt en de routine verpleegkundige gegevensverzameling.

Hieronder vindt men de NCS, deze dient ingevuld te worden tijdens de wekelijkse stafvergadering. In bijlage vindt men de vertaalde versie van de tabelvorm (zie bijlage 10). Vooraleer men deze invult moet de richtlijnenbundel, die ook te vinden is in de bijlage, ingevuld worden (zie bijlage 11). Het document wordt gebruikt voor het toepassen van de NCS en is een gevalideerd instrument. In de bijlage vindt u de niet-gevalideerde vertaalde versie. Om het in de praktijk makkelijker te maken hebben wij deze vertaald en ter beschikking gesteld

Neecham Confusion Tool

Confusion Risk Screen

Date/Time/Initials			
Reason for Screen admission, daily, status change			
Age >= 75 years?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
History of Acute Confusion?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pre-existing Brain Damage?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
History of Depression?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Immobility?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sensory Impairment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If any Yes Boxes are checked, complete the Neecham Confusion Scale.

Neecham Confusion Scale

Date/Time/Initials	Score	Score	Score
Level One – Processing – Attention 4 – Full attentiveness/alertness 3 – Short or hyper attention/alertness 2 – Attention/Alertness inconsistent or inappropriate 1 – Attention/Alertness disturbed 0 – Arousal/responsiveness depressed			
Level One – Processing – Command 5 – Able to follow a complex command 4 – Slowed complex command response 3 – Able to follow a simple command 2 – Unable to follow a direct command 1 – Unable to follow visually guided command 0 – Hypoactive, lethargic			
Level One – Processing- Orientation 5 – Oriented to time, place, and person 4 – Oriented to person and place 3 – Orientation inconsistent 2 – Disoriented and memory/recall disturbed 1 – Disoriented, disturbed recognition 0 – Processing of stimuli depressed			
Level Two – Behavior – Appearance 2 – Controls posture, maintains appearance, hygiene 1 – Either posture or appearance disturbed 0 – Both posture and appearance abnormal			
Level Two – Behavior – Motor 4 – Normal motor behavior 3 – Motor behavior slowed or hyperactive 2 – Motor movement disturbed 1 – Inappropriate, disrupted movements 0 – Motor movement depressed			
Level Two-Behavior-Verbal 4 – Initiates speech appropriately 3 - Limited speech initiation 2 – Inappropriate speech 1 – Speech/sound disturbed 0 – Abnormal sounds			
Vital Function Stability 2 – BP, HR, Temp, Respiration in Normal range 1 – One of the above in abnormal range 0 – Two or more in abnormal range Normals: Temperature = 36-37 Systolic BP = 100-160 Diastolic BP = 50-90 Heart Rate = 60-100 reg/irreg Respirations = 14-22			
Oxygen Saturation Stability 2 – O2 Sat in normal range 993 or above) 1 – O2 Sat 90 to 92 or is receiving oxygen 0 – O2 Sat is below 90			
Urinary Continence Control 2 – Maintains bladder control 1 – Incontinent of urine in last 24 hours or has condom cath 0 – incontinent or had indwell/intermittent catheter or is anuric			
Total Neecham Score			

Scoring	<u>Total Score of</u>	<u>Indicates:</u>
Level 1 Score: Processing (0-14 points)	0-19	Moderate to severe confusion
Level 2 Score: Behavior (0-10 points)	20-24	Mild to early development of confusion
Level 3 Score: Physiological Control (0-6 points) (VS, O2 sat, urinary continence)	25-26 27-30	“Not confused”, but at high risk of confusion “Not confused”, or normal function

Initials	Signature	Date	

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.

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.

In multidisciplinair overleg wordt er besproken of de patiënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam is. In dit overleg heeft de behandelend geneesheer de hogere hand, hij/zij is diegene die beslist als de patiënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam is.

Multidisciplinair overleg	
Startdatum:	Startuur:
Aanwezigen:	
.....
.....
.....
.....
Observaties verpleegkundige:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties behandelend geneesheer:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties MDT:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Besluit:	
De patiënt is: (duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> Wilsbekwaam	<input type="checkbox"/> Wilsonbekwaam

Besluit:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 verpleegkundige noteert wat er besproken wordt en vermeldt duidelijk het startuur, startdatum en duid aan wat van toepassing is.

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. De vermelde alternatieve voor fysieke fixatie worden nog niet allemaal toegepast in het Revalidatie en MS Centrum. De instelling kan zelf nog alternatieven toevoegen. Het is aan de instelling de beslissing welke alternatieven ze willen toepassen.

Kruis hieronder aan welke fysieke fixatie interventie wordt toegepast.																				
Start uur:		Datum:																		
Alternatieven voor fysieke fixatie																				
Alternatieven in de rolstoel/geriatrische rolstoel/zetel met:																				
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht																				
<input type="checkbox"/> Relaxstoel																				
<input type="checkbox"/> Ballenstoel																				
<input type="checkbox"/> Half rolstoelblad																				
<input type="checkbox"/> Opsta-alarm in de stoel																				
Alternatieven in bed met:																				
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht																				
<input type="checkbox"/> Ballendeken																				
<input type="checkbox"/> Extra laag bed																				
<input type="checkbox"/> Valmat naast het bed																				
<input type="checkbox"/> Belmat																				
<input type="checkbox"/> Rolkussen																				
<input type="checkbox"/> Tentbed																				
<input type="checkbox"/> Bedbox																				
<input type="checkbox"/> Bedbeugel																				
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder																				
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie																				
Alternatieven op het toilet:																				
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht																				
Alternatieven op de kamer:																				
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht																				
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder																				
<input type="checkbox"/> Dwaaldetectie																				
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie (enkel overdag)																				

Fysieke fixatie										
Fixatie in de rolstoel/geriatrische rolstoel/zetel met:										
<input type="checkbox"/> Voorzettafel										
<input type="checkbox"/> Zweedse band										
<input type="checkbox"/> Tailleband met schouder- en bekkengordel										
<input type="checkbox"/> Andere.....										
Fixatie in bed met:										
<input type="checkbox"/> Zweedse band										
<input type="checkbox"/> 3- puntsfixatie										
<input type="checkbox"/> 5- puntsfixatie										
<input type="checkbox"/> Verpleegdeken										
<input type="checkbox"/> Trippelhoes										
<input type="checkbox"/> Bedsponden										
<input type="checkbox"/> Andere										
Fixatie op het toilet:										
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt										
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt										
<input type="checkbox"/> Bevestigingsriem										
<input type="checkbox"/> Zweedse band										
<input type="checkbox"/> Andere										
Fixatie op de kamer:										
<input type="checkbox"/> Deur sluiten										
<input type="checkbox"/> Andere										

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 2^{de} verpleegkundige die niet aanwezig was bij het aanwenden van het fysieke fixatie materiaal. Beide verpleegkundigen plaatsen hun paraaf ter bevestiging. Indien het materiaal niet goed is aangebracht, dient deze aangepast te worden tot deze wel correct is aangebracht.

Controle materiaal	
Datum controle:	Uur controle:
Naam verpleegkundige 1:	Paraaf verpleegkundige 1:
Naam verpleegkundige 2:	Paraaf verpleegkundige 2:

4.3. Zorg voor maximaal comfort

Maximaal comfort houdt in dat er tijdens elke verpleegkundige ronde een opvolging van de fysieke parameters (bv. huidskleur, bloeddorstrooming, 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.

Controle na 10 minuten		
Startdatum:	Startuur:	
	Aanwezig	Afwezig
Is er afklemmingsgevaar?		
Voldoet het fixatiemateriaal in functie van de patiënt		
Kan de patiënt de fysieke fixatie losmaken		
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:	

4.4.2. Beloproepsysteem

Als de patiënt de mogelijkheid heeft om gebruik te maken van het beloproepsysteem dient de verpleegkundige tijdens elke verpleegkundige ronde de toestand van de patiënt en de bevestiging van het fysiek fixatie materiaal te controleren. Is er geen mogelijkheid tot gebruik van het beloproepsysteem dient er een overleg plaats te vinden binnen het verpleegkundig team waar de controle frequentie wordt besproken.

Beloproepsysteem	
Datum:	Uur:
<input type="checkbox"/> De patiënt heeft toegang tot het beloproepsysteem	
<input type="checkbox"/> De patiënt heeft geen toegang tot het beloproepsysteem	
<input type="checkbox"/> Indien toegang tot het beloproepsysteem, elke verpleegkundige ronde controleren van de toestand van de patiënt en het fysiek fixatiemateriaal.	
<input type="checkbox"/> Indien geen toegang tot het beloproepsysteem, overleg in verpleegkundig team.	
De controlefrequentie gebeurt om de/elke: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> 10 min. <input type="checkbox"/> 20 min. <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 40 min. <input type="checkbox"/> 50 min. <input type="checkbox"/> 60 min.	
<input type="checkbox"/> Verpleegkundige ronde	

4.4.3. Nachtrust

De controle tijdens de nacht gebeurt tijdens elke verpleegkundige ronde. Indien de patiënt rustig is kan de controle verminderd worden. Is de patiënt onrustig dan blijft de controle tijdens iedere verpleegkundige ronde doorgaan, maar krijgt de verpleegkundige tijdens de nacht de keuze om de frequentie te vermeerderen.

4.5. Zorg voor een veilige omgeving

De verpleegkundige zorgt voor een veilige omgeving door gevaarlijke voorwerpen van de kamer te verwijderen, het bed in de laagste stand te plaatsen, de elektrische functies van het bed te blokkeren en zo nodig meubilair (bijvoorbeeld: nachtkastje) buiten bereik te plaatsen.

4.6. Heb aandacht voor de basisbehoeften van de patiënt

Onder basisbehoeften wordt verstaan, dat men aandacht heeft voor de voedingstoestand en de vochtbalans, het uitscheidingspatroon, de mobiliteit, aanwezigheid van beginnende of bestaande decubitus letsels en de psychosociale toestand van de patiënt. Dit is een dagdagelijkse routine die bij elke patiënt opgevolgd moet worden in het elektronisch verpleegdossier (EVD), bij een patiënt met fysieke fixatie dient hier extra aandacht aan besteed te worden.

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.

Informereren van de patiënt	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam patiënt:	Paraaf patiënt:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De patiënt geeft: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> Toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> Geen toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	

Informereren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf eerste contactpersoon:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De eerste contactpersoon geeft: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> Toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> Geen toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	

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.

Informereren van de patiënt	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam patiënt:	Paraaf patiënt:
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
De patiënt is op de hoogte gebracht over: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> De afbouw van de fysieke fixatie <input type="checkbox"/> De stopzetting van de fysieke fixatie	

Informereren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf eerste contactpersoon:
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
De eerste contactpersoon is op de hoogte gebracht over: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> De afbouw van de fysieke fixatie <input type="checkbox"/> De stopzetting 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 het startuur en de startdatum.

Mogelijk afbouwstappen:
In bed:
1. Stop 5-puntsfixatie
2. Stop 3-puntsfixatie
3. Stop Zweedse riem
4. Stop verpleegdeken
5. Stop trippelhoes
6. Stop bedsponden
7. Stop 5- puntsfixatie, start 3-puntsfixatie
8. Stop 5- puntsfixatie, start Zweedse riem
9. Stop 5- puntsfixatie, start verpleegdeken
10. Stop 5- puntsfixatie, start trippelhoes
11. Stop 5- puntsfixatie, start bedsponden
12. Stop 3- puntsfixatie, start Zweedse riem
13. Stop 3- puntsfixatie, start verpleegdeken
14. Stop 3- puntsfixatie, start trippelhoes
15. Stop 3- puntsfixatie, start bedsponden
16. Stop Zweedse riem, start verpleegdeken
17. Stop Zweedse riem, start trippelhoes
18. Stop Zweedse riem, start bedsponden
19. Stop verpleegdeken, start trippelhoes
20. Stop verpleegdeken, start bedsponden
21. Stop trippelhoes, start bedsponden
In de rolstoel/geriatrie rolstoel/zetel:
22. Stop voorzettafel
23. Stop Zweedse riem
24. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel
25. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start Zweedse riem.
26. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start voorzettafel
27. Stop Zweedse riem, start voorzettafel

Op het toilet:
28. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
29. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
30. Stop Zweedse band
31. Stop bevestigingsriem
32. Stop Zweedse band, start bevestigingsriem
33. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
34. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
35. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
36. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
37. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
38. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt

Op de kamer:
39. Stop met de deur sluiten

Anderen:
40. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van familie/directe omgeving
41. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van verpleegkundigen/therapeut in de directe omgeving (ochtendzorg, therapie,..)

Het is aan de instelling zelf om de afbouwstappen naar alternatieve fixatie en de afbouwstappen binnen de alternatieve fixatie in te vullen.

Afbouwstap nr:	Startdatum:	Stopdatum:

2.3.Besluit

Het stroomdiagram is een resultaat van dit afstudeerproject dat gebruikt kan worden in het Revalidatie en MS Centrum. Het biedt een houvast voor het personeel om te beslissen of de patiënt wel of niet moet gefixeerd worden en in welke mate. Het verpleegplan dient ter ondersteuning van het stroomdiagram. Iedere stap wordt hierin uitvoerig toegelicht. Om het verpleegplan te vergemakkelijken zijn twee werkdocumenten opgesteld, die in bijlage (zie bijlage 8 en 9) te vinden zijn.

Het is de bedoeling dat deze werken in de toekomst worden toegepast in het Revalidatie en MS Centrum.

3. Algemeen besluit

Gedurende het verloop van ons afstudeerproject hebben we opgemerkt dat België over weinig literatuur beschikt omtrent *‘Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel’*.

We merkten dat fixatie een gevoelig onderwerp is. Het is juridisch bekeken lastig om dit toe te passen omdat men met meerdere regels en wetten moet rekening houden. Er bestaat geen concrete regelgeving rond fysieke fixatie en dit maakte het niet makkelijk.

We hopen dat er met ons afstudeerproject meer duidelijkheid is gecreëerd en dat ons praktisch deel, het stroomdiagram en het verpleegplan, toepasbaar is op de werkvloer. Om de werking op de werkvloer makkelijker te maken hebben we ons verpleegplan *‘Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel’* opgesplitst in een acuut en een niet-acuut werkdocument.

Binnen het overleg van het multidisciplinair team is het belangrijk dat elke discipline (bijvoorbeeld: verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten en behandelend geneesheer) kritisch redeneert om tot een gezamenlijk zorgplan te komen. Hierdoor zal de patiënt optimale zorg krijgen, aangepast aan zijn/haar noden. Tijdens onze stage-ervaringen viel het op dat verpleegkundigen meer een notulerende functie hebben binnen het overleg, met als gevolg dat ze soms te weinig mee redeneren met het team.

Het Revalidatie en MS Centrum gaf te kennen dat zij tevreden zijn met wat er in dit werk gerealiseerd is. Zij lieten ook weten dat ze het stroomdiagram en het verpleegplan binnen hun eigen team nog verder kritisch gingen bekijken, aanpassingen uitvoeren en dan implementeren op de werkvloer.

Onze onderlinge samenwerking ging zeer vlot. Er zijn geen problemen ondervonden en hebben elkaar altijd goed begrepen. Er zijn veel samenkomsten geweest waar er altijd naar ieders mening geluisterd werd en waar we van elkaar konden leren.

Naar de toekomst toe zouden we willen dat ons verpleegplan elektronisch beschikbaar wordt gesteld zodat het multidisciplinair team dit makkelijk kan toepassen. Dit bespaart tijd en men kan het overal raadplegen. In het Revalidatie en MS Centrum wordt dit een zorgbatterij genoemd. Een zorgbatterij zou als oplossing kunnen dienen, waardoor de tevredenheid van de werknemers en patiënten zal toenemen. In het stroomdiagram en het verpleegplan komt de Neecham Confusion Scale aan bod. Naar onze mening zou het proces van beslissing tot fysieke fixatie vlotter verlopen als deze schaal meteen tijdens het anamnesegegesprek van elke patiënt wordt ingevuld. Het is aan de instelling zelf om te bepalen door wie en op welk moment deze schaal zal ingevuld worden.

De grote boodschap van dit gehele werk is dat elke instelling of ziekenhuis moet streven naar een non-fixatiebeleid. Daarom is er in dit werk veel aandacht gestoken rond alternatieve fixatie en afbouw van fysieke fixatie.

Naar onze mening is dit afstudeerproject een duidelijke leidraad over hoe fysieke fixatie en alternatieven toegepast moeten worden.

4. Bibliografie

- 1) Bellman. (2013). *Wek- en waarschuwingssysteem*. Zweden: European office.
- 2) C. Gastmans, K. Milisen. (2006). Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: Een zorg-ethische aanpak. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 62 (23).
- 3) European Court of Human Rights Council of Europe. (2002). Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. p. 8-9.
- 4) G. Van der wal. (2008). *Zorg voor vrijheid: terugvinden van vrijheidsbeperkende maatregelen kan en moet*. Den Haag.
- 5) H. Houweling. (2004). *Verwondering en visie fixatie in historische perspectief*. Geraadpleegd op 15 maart, 2014 via <http://www.innovatiekringdementie.nl/DynamicMedia/Marysia/Verwondering%20en%20visie%20-%20%20fixatie%20in%20historisch%20perspectief.pdf>
- 6) It-Fits. (2012). *Alternatieven voor fixatie*. Geraadpleegd op 19 december, 2013 via http://www.it-fits.nl/documents/Alternatieven_voor_fixatie.pdf.
- 7) ISOP. (2014). *Gefixeerd op fixatie*. Geraadpleegd op 14 april, 2014 via <http://fixatie.kdg.be/kdg/dashboard/>.
- 8) K. Milisen, J. Vandenbergh, M. Sabbe, R. Lagae, T. Breas, V. Vanderlinden, et al. (2006). Richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt in de UZ Leuven. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 62 (23).
- 9) K. Milisen, E. Steemans, T. Braes, N. De Bal, J. Godderis, E. Joosten, et al. (2004). *Ontwarring van verwardheid*. Mechelen: Kluwer.
- 10) R. Hanning, F. Hardeman, J. Leeuw, B. Linden, M. Rutjes. (2012). *Ruim 50 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg*. Geraadpleegd op 20 februari, 2014 via <http://www.dwanggingezorg.nl>
- 11) R. Hanning, F. Hardeman, J. Leeuw, B. Linden, M. Rutjes. (2013). *Ruim 60 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg*. Geraadpleegd op 20 februari, 2014 via http://www.vilans.nl/docs/producten/Alternatievenbundel_2013.pdf
- 12) Revalidatie en MS Centrum vzw. (2010). *Fysieke fixatie met behulp van fixatiematerialen als vrijheidsbeperkende maatregel*. Beleid.
- 13) Kirkevold, O. (2005). *Use of restrain in nursing homes*. Tidsskr Nor Laegeforen, 125, (10), 1-8. Gevonden op 10 januari 2014 op het internet: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15909010&query_hl=1.htm
- 14) V&VN. (2013). *Wet Zorg & Dwang*. Geraadpleegd op 20 maart, 2014 via <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving/item/wet-zorg-a-dwang.html>
- 15) Vilans hulpmiddelenwijzer. (2013). *De best passende maar ook de minst ingrijpende maatregel*. Geraadpleegd op 5 februari, 2014 via <http://www.hulpmiddelenwijzer.nl/de-best-passende-maar-ook-de-minst-ingrijpende-maatregel>
- 16) Zorg voor Beter. (2013). *Verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen*. Geraadpleegd op 20 maart, 2014 via <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Vrijheidsbeperking-Praktijk-Acties-Uitvoering.html>

5. Samenvatting

Dit afstudeerproject bestaat uit twee delen met name het theoretisch deel en het praktisch deel.

In het theoretisch deel wordt besproken hoe fysieke fixatie ontstaan is en welke evolutie het heeft doorgemaakt. In de literatuur is terug te vinden dat doorheen de jaren er een positieve evolutie is. Men werkt nog steeds aan optimalisering. Ten opzichte van Nederland is er in België geen concrete wetgeving terug te vinden omtrent fysieke fixatie. Daar men in België rekening moet houden met meerdere regelgevingen. Op ethisch niveau zijn er meerdere dilemma's aanwezig waar nog steeds geen duidelijkheid rond bestaat. Zowel in het theoretisch en het praktisch deel wordt er een onderscheid gemaakt tussen acute en niet-acute situaties. Het is belangrijk dat er steeds rekening wordt gehouden met de wilsbekwaamheid van de patiënt. Fysieke fixatie kan bij alle leeftijden voorkomen maar het moet correct toegepast worden, namelijk bij risico op fysieke/psychische schade en risico op onderbreking van een levensnoodzakelijke therapie. Het is belangrijk om eerst de alternatieven te overwegen waarbij men rekening dient te houden met de VBM-score (vrijheidsbeperkende maatregelen-score). Er zijn tal van alternatieven op de markt beschikbaar maar de instelling zal zelf beslissen welke alternatieven ze aankopen en toepassen. Voordat men fixatiemiddelen en alternatieven zal toepassen is het nodig dat de wettelijke vertegenwoordiger of de contactpersonen erbij betrokken worden. Ze worden betrokken omdat men bij het toepassen van fysieke fixatie vaak te maken heeft met wilsonbekwame patiënten.

In het praktisch deel bespreken we de stappen die ondernomen worden vooraleer men overgaat tot fysieke fixatie. Het praktisch deel bestaat uit een stroomdiagram en een verpleegplan. Het stroomdiagram is gemaakt op basis van het theoretisch deel, hierin staat kort vermeldt welke stappen er genomen worden vooraleer men overgaat tot fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel. Het verpleegplan is gecreëerd op basis van het stroomdiagram. Het is opgesplitst in twee werkdocumenten, namelijk de acute situatie en de niet-acute situatie. In het verpleegplan wordt duidelijk weergegeven hoe men de werkdocumenten kan toepassen.

6. Bijlagen

Bijlage 1

- **Europees Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens (art.5)**

ARTIKEL 5

Recht op vrijheid en veiligheid

1. Een ieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon. Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen, behalve in de navolgende gevallen en overeenkomstig een wettelijk voorgeschreven procedure:

- (a) indien hij op rechtmatige wijze is gedetineerd na veroordeling door een daartoe bevoegde rechter;
- (b) indien hij op rechtmatige wijze is gearresteerd of gedetineerd, wegens het niet naleven van een overeenkomstig de wet door een gerecht gegeven bevel of teneinde de nakoming van een door de wet voorgeschreven verplichting te verzekeren;
- (c) indien hij op rechtmatige wijze is gearresteerd of gedetineerd teneinde voor de bevoegde rechterlijke instantie te worden geleid, wanneer er een redelijke verdenking bestaat, dat hij een strafbaar feit heeft begaan of indien het redelijkerwijs noodzakelijk is hem te beletten een strafbaar feit te begaan of te ontvluchten nadat hij dit heeft begaan;
- (d) in het geval van rechtmatige detentie van een minderjarige met het doel toe te zien op zijn opvoeding of in het geval van zijn rechtmatige detentie, teneinde hem voor de bevoegde instantie te geleiden;
- (e) in het geval van rechtmatige detentie van personen ter voorkoming van de verspreiding van besmettelijke ziekten, van geesteszieken, van verslaafden aan alcohol of verdovende middelen of van landlopers;
- (f) in het geval van rechtmatige arrestatie of detentie van een persoon teneinde hem te beletten op onrechtmatige wijze het land binnen te komen, of van een persoon waartegen een uitwijzings- of uitleveringsprocedure hangende is.

2. Een ieder die gearresteerd is moet onverwijld en in een taal die hij verstaat op de hoogte worden gebracht van de redenen van zijn arrestatie en van alle beschuldigingen die tegen hem zijn ingebracht.

3. Een ieder die is gearresteerd of gedetineerd, overeenkomstig lid 1.c van dit artikel, moet onverwijld voor een rechter worden geleid of voor een andere magistraat die door de wet bevoegd verklaard is rechterlijke macht uit te oefenen en heeft het recht binnen een redelijke termijn berecht te worden of hangende het proces in vrijheid te worden gesteld. De invrijheidstelling kan afhankelijk worden gesteld van een waarborg voor de verschijning van de betrokkene ter terechtzitting.

4. Een ieder, wie door arrestatie of detentie zijn vrijheid is ontnomen, heeft het recht voorziening te vragen bij het gerecht opdat deze spoedig beslist over de rechtmatigheid van zijn detentie en zijn invrijheidstelling beveelt, indien de detentie onrechtmatig is.

5. Een ieder die het slachtoffer is geweest van een arrestatie of een detentie in strijd met de bepalingen van dit artikel, heeft recht op schadeloosstelling.

Bijlage 2

- **Belgische grondwet, artikel 12**

De vrijheid van de persoon is gewaarborgd.

Niemand kan worden vervolgd dan in de gevallen die de wet bepaalt en in de vorm die zij voorschrijft. Behalve bij ontdekking op heterdaad kan niemand worden aangehouden dan krachtens een met redenen omkleed bevel van de rechter, dat moet worden betekend bij de aanhouding of uiterlijk binnen vierentwintig uren.

Bijlage 3

- **Rechten van de patiënt 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.

Bijlage 4

- **Rechten van de patiënt, artikel 8, nr5**

Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt.

Bijlage 5

Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde

Naam en voornaam: [redacted]

Adres: [redacted]

Rijksregisternummer: [redacted]

Mijn persoonlijke waarden en opvattingen

Naast de uitdrukkelijke wilsverklaringen die volgen, wil ik dat altijd rekening wordt gehouden met de volgende waarden, opvattingen en levensbeschouwing die voor mij belangrijk zijn:

[redacted]

Mijn vertegenwoordiger

Aanwijzing

Ik, die onderteken, wijs de volgende persoon aan als mijn vertegenwoordiger voor het geval ik niet zelf mijn rechten als patiënt kan uitoefenen:

Naam en voornaam: [redacted]

Adres: [redacted]

Telefoonnummer: [redacted]

Rijksregisternummer: [redacted]

Opgemaakt te [redacted]

Datum [redacted]

Mijn handtekening [redacted]

Aanvaarding

[redacted] (naam en voornaam) aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen [redacted] (naam en voornaam aanwijzer invullen) vertegenwoordigen, met eerbiediging van de wilsverklaringen in dit document.

Opgemaakt te [redacted]

Datum [redacted]

[redacted] Handtekening benoemde vertegenwoordiger

Document opgemaakt door Manu Keirse, Maro Cosyns, Herman Nys en Kris Schutyser. 3e versie april 2011. Laatste versie te downloaden op www.palliatief.be. Suggesties voor verbetering te sturen aan: Manu Keirse, Slagberg 2, 3061 Leefdaal - emmanuel.keirse@med.kuleuven.be

Gezondheidszorg voor het geval ik mijn wil niet meer zelf kan uiten

Ik, die onderteken in volle bewustzijn, en zonder druk van anderen, omschrijf hierbij mijn wil, voor het geval ik mijn wil niet meer zelf kan uiten (*schrapp wat niet van toepassing is en plaats een handtekeningparaaf bij de rubrieken die wel van toepassing zijn*):

Mijn wil betreft de volgende omstandigheden:

1. enkel indien ik onomkeerbaar mijn wil niet meer kan uiten en binnen afzienbare tijd zal sterven
2. enkel indien ik onomkeerbaar mijn wil niet meer kan uiten omdat ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben
3. enkel indien ik onomkeerbaar mijn wil niet meer kan uiten
4. indien ik mijn wil niet meer kan uiten, om welke reden ook

Mijn wil betreft de volgende tussenkomsten:

- ik wil niet worden gereanimeerd
- ik wil niet naar het ziekenhuis worden gevoerd
- ik wil niet op een intensieve zorgen afdeling van een ziekenhuis worden opgenomen
- ik wil niet aan beademingsapparatuur worden gekoppeld
- ik wil niet kunstmatig worden gevoed als ik niet meer op eigen kracht kan of wil eten
- ik wil niet dat mijn leven met curatieve behandelingen wordt verlengd, en daarom wil ik geen:
 - antibiotica
 - chirurgische ingrepen
 - chemotherapie
 - bestraling
 - dialyse
 - transplantatie
 - transfusies
- ik wil geen pijnbestrijding die mijn bewustzijn ernstig beperkt
- ik wil niet deelnemen aan experimentele behandelingen
-
-
- ik wil beëindiging van mijn leven (euthanasie) als ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben. (ik vul hiertoe de wilsverklaring inzake euthanasie in op de derde pagina)

Na mijn overlijden:

- wil ik mijn organen afstaan voor transplantatie (*indien niet, contacteer burgerlijke stand gemeente*)
- wil ik mijn lichaam afstaan voor de wetenschap (*en heb universiteit _____ verwittigd*)
- wil ik een uitvaart volgens de modaliteiten die ik heb bepaald op de vierde pagina

Opgemaakt te _____

Datum _____

Mijn handtekening

Wilsverklaring inzake euthanasie voor het geval ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben

Deze rubriek dient enkel te worden ingevuld indien men uitdrukkelijk levensbeëindiging wil wanneer men onomkeerbaar buiten bewustzijn is. In tegenstelling tot de andere wilsverklaringen in dit document is de wilsverklaring inzake euthanasie niet bindend. Houd er rekening mee dat een wilsverklaring inzake euthanasie maar vijf jaar geldig is en na vijf jaar moet worden herbevestigd. Ze kan ook op elk moment worden ingetrokken of herzien.

Ik, die onderteken in volle bewustzijn (*in het onderstaande schrappen wat niet past en in voorkomend geval datum invullen*):

- verzoek, voor het geval ik niet meer in staat ben mijn wil te uiten, dat een arts euthanasie toepast, indien voldaan is aan de voorwaarden gesteld in de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie.
- herbevestig de wilsverklaring tot euthanasie, opgesteld op: (datum)
- herzie de wilsverklaring tot euthanasie, opgesteld op: (datum)
- trek de wilsverklaring tot euthanasie in, opgesteld op: (datum)

Opgemaakt te Datum Mijn handtekening

Door de handtekening van twee getuigen hieronder, waarvan minstens getuige 1 geen materieel belang heeft bij het overlijden, wordt bevestigd dat deze wilsverklaring inzake euthanasie vrij en bewust werd afgelegd.

	Getuige 1	Getuige 2
Naam en voornaam:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rijksregisternummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboorteplaats:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eventuele graad van verwantschap:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Handtekening:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aanvullende nuttige gegevens

Ik noteer hier enkele nuttige gegevens, zoals bvb. naam en adres van huisarts, personen met wie ik deze wilsverklaringen heb besproken, voorkeur ziekenhuis, personen belangrijk om rekening mee te houden, specifieke noden, maatschappij waarbij uitvaartverzekering is afgesloten:

Uitvaart

Ik, die onderteken, kies als wijze van uitvaart voor *(schrap wat niet van toepassing is en plaats een handtekening-paraaf bij de rubriek die wel van toepassing is)*:

- ritueel van de levensbeschouwing:
- begraafing van mijn lichaam
- crematie gevolgd door begraafing van de as binnen de omheining van de begraafplaats
- crematie gevolgd door bijzetting van de as in het columbarium van de begraafplaats
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as in de strooiweide van de begraafplaats
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as in de Belgische territoriale zee
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as op een andere begraafplaats
(adres vermelden) (1)
- crematie gevolgd door begraafing van de as op een andere plaats dan de begraafplaats
(adres vermelden) (1)
- crematie gevolgd door bewaring van de as op een andere plaats dan de begraafplaats
(adres vermelden) (1)
- de modaliteit die mijn nabestaanden in overleg bepalen na mijn overlijden

⁽¹⁾ Indien het een terrein betreft dat niet in eigendom is van de overledene of zijn nabestaanden, is een voorafgaande, schriftelijke toestemming van de eigenaar vereist en moet deze hierbij worden gevoegd.

Opgemaakt te

Datum

Mijn handtekening

Fysieke onmogelijkheid om zelf wilsverklaringen op te stellen en te tekenen

Ik, (naam) , die fysiek blijvend niet in staat ben om wilsverklaringen op te stellen en te tekenen, wijs de volgende meerderjarige persoon, die geen materieel belang heeft bij mijn overlijden, aan om deze wilsverklaringen op te stellen en te tekenen.

(Ik voeg een medisch getuigschrift ter bevestiging toe)

Gegevens over deze persoon:

Naam en voornaam:

Adres:

Rijksregisternummer:

Opgemaakt te

Datum

Handtekening aangewezen persoon

Dit document met wilsverklaringen vervangt alle vorige en is geldig voor onbepaalde duur (behalve de specifieke wilsverklaring inzake euthanasie voor het geval ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben) tot wijziging of herroeping. Het is opgemaakt in (aantal vermelden) ondertekende exemplaren die worden bewaard bij de volgende personen of instanties:

Toelichting bij het gebruik van de wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde

Belang van een wilsverklaring

In ons land hebben we als burger en patiënt het geluk te kunnen genieten van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg, ook bij het levenseinde. Deze zorg wordt omkaderd door een aantal recente wetten (rechten van de patiënt, palliatieve zorg, euthanasie, orgaandonatie, teraardebestelling, e.a.).

Deze wetten geven ons ook de mogelijkheid keuzes te maken in die zorg op basis van onze eigen waarden, verwachtingen, levensgeschiedenis.

Deze keuzes kunnen we samen bespreken met familie en vrienden, de naastbestaanden genoemd, en met onze zorgverleners thuis, inzonderheid de huisarts, in het ziekenhuis of in het woon- en zorgcentrum. Maar soms komen we in een situatie terecht dat we het zelf niet meer kunnen zeggen en dan is het zeker nodig dat zorgverleners en naastbestaanden weten wat wij in bepaalde situaties willen. Misschien ken je mensen uit je bekendenkring bij wie behandelingen werden uitgevoerd die hun welzijn niet dienden of handelingen die voor die patiënt achteraf niet meer gewild waren of onnodige levensverlenging betekenden. Je kunt dit vermijden door de zorg die je in de toekomst verlangt op tijd te bespreken en in een document vast te leggen. Hierbij vind je zo een modeldocument.

Niet alleen voor het levenseinde

Wilsverklaringen zijn niet alleen belangrijk voor terminale zieken of ouderen. Onverwachte levenseindesituaties kunnen zich op elke leeftijd voordoen, maar ook omkeerbare situaties kunnen op een verschillende manier benaderd worden en zijn afhankelijk van plaatsgebonden medische technieken en/of de individuele biografie van de patiënt. (bvb al dan niet urgente amputatie na ongeval). Dan is het belangrijk dat men je wil kent. Je kan nu reeds een vertegenwoordiger aanduiden via dit document. Hij kan dan jouw wil verwoorden en communiceren met de zorgverleners in jouw plaats. Duid je zo geen vertegenwoordiger aan, dan bepaalt de wet welke familieleden of andere personen in dat geval voor jou optreden.

Hoe dit document invullen?

Je kan ervoor kiezen om enkel een vertegenwoordiger aan te duiden die in jouw naam zal optreden als je zelf je wil niet meer kan uitdrukken. Dan laat je alle andere beslissingen over aan je vertegenwoordiger. Door het invullen van de rubrieken ‘persoonlijke waarden en opvattingen’ (pag. 1) en ‘aanvullende nuttige gegevens’ (pag. 3) kan je hem echter helpen om opties te kiezen die je echt wil. Hij moet je wil die je hier hebt aangegeven eerbiedigen.

Dit document vermeldt het begrip ‘vertrouwenspersoon’ niet omdat die in jouw plaats geen beslissingen kan nemen. De vertegenwoordiger kan en mag trouwens ook als vertrouwenspersoon optreden.

Het is raadzaam het document rustig door te lezen. Je kan dan kiezen wat je uitdrukkelijk vooraf wil bepalen en wat je wil overlaten aan het inzicht van je vertegenwoordiger op dat moment. Je moet in elk geval de laatste rubriek van pagina 4 invullen, waarin wordt aangegeven aan wie je een exemplaar hebt bezorgd. Het is immers belangrijk dat je ervoor zorgt dat het document bekend en beschikbaar is bij een aantal mensen. Je kan dit document best invullen na overleg met je huisarts, behandelende specialist of andere zorgverlener. Hij/zij kan de consequenties van de opties die je kiest uitleggen en je helpen bij het formuleren van je wil. Het is nuttig dat je dit vooraf ook bespreekt met je vertegenwoordiger en naastbestaanden op een rustig moment en in alle sereniteit. Bij bijkomende nuttige gegevens is het goed te noteren met wie je dit hebt besproken en ingevuld. Weet ook dat je steeds opnieuw deze wilsverklaringen kunt intrekken, aanvullen of aanpassen.

De best mogelijke zorg

Je moet niet bepalen dat je de best mogelijke zorg wil want daartoe is men verplicht. Zoals iedereen afhankelijk is bij het begin van het leven en recht heeft op de beste zorg, mag je ook als je ernstig ziek bent of op het einde van je leven de best mogelijke zorg verwachten. Je kan verwachten, zelfs al formuleer je in dat document welke ingrepen en behandelingen je niet meer wilt, dat men alles zal doen wat de geneeskunde kan om je pijn te stillen en je comfort te bevorderen.

Beschikbaarheid

Zorg ervoor dat dit document beschikbaar is. Mogelijks zal dit in de toekomst ook elektronisch mogelijk zijn (e-health), maar voorlopig bezorg je best een exemplaar aan je huisarts en/of behandelende specialist en aan je vertegenwoordiger.

Registratie

Het is niet verplicht deze wilsverklaringen officieel te laten registreren op de gemeente. Als je dit toch wil doen, kan dit enkel voor de wilsverklaring inzake euthanasie voor het geval je onomkeerbaar buiten bewustzijn bent, en voor je wil inzake uitvaart. Je hebt ook geen notaris nodig. Het belangrijkste is te zorgen dat het document beschikbaar is in je medisch dossier en bij je vertegenwoordiger zodat het ten gepaste tijd kan geraadpleegd en gevolgd worden.

Bijlage 6

Alternatieven op reden

	VBM score				
	0	1	2	3	4
Valrisico	0	1	2	3	4
Praktische aanpassingen kamer	x				
Bewegingsprogramma	x				
Sta- en loophulpmiddelen	x				
Verlaagd bed	x				
Bedbeugel	x				
Valmat naast het bed	x				
Trippelstoel	x				
Belmat		x			
Nachtverlichting		x			
Verlaten kamer melding		x			
Opsta-alarmering in bed		x			
Opsta-alarmering stoel		x			
Rolkussen				x	
Tentbed					x
Bedbox					x
Camera				x	

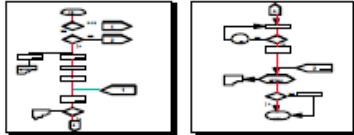
Onrust of probleemgedrag

Onrust of probleemgedrag	VBM score				
	0	1	2	3	4
Praktische aanpassingen kamer	x				
Relaxstoel	x				
Ballendeken	x				
Belmat		x			
Nachtverlichting		x			
Opsta-alarmering in bed		x			
Opsta-alarmering stoel		x			
Ballenstoel			x		
Camera				x	
Tentbed					x
Bedbox					x

Dwalen

	VBM score				
	0	1	2	3	4
Dwalen	0	1	2	3	4
Meer bewegen	x				
Relaxstoel	x				
Ballendecken	x				
Belmat		x			
Nachtverlichting		x			
Opsta-alarmering in bed		x			
Opsta-alarmering stoel		x			
Verlaten kamer melding		x			
Ballenstoel			x		
GPS			x		
Camera				x	
Tentbed					x
Bedbox					x

het stroomdiagram



Inzicht krijgen in een proces om zodoende afwijkingen en verspillingen op te sporen of ter ondersteuning van de borging van een procedure.

doel

- Een zo *lineair* mogelijke structurering: er mag in principe maar één 'stroomlijn' te tekenen zijn! Lussen kunnen duiden op afwijkingen en/of verspillingen tijdens een proces of procedure.
- Een stroomschema geeft de *werkelijke toestand* weer zodat het opmaken dan ook moet gebeuren in overleg en consensus met de uitvoerders van het proces of de procedure! Iedereen kan wel individueel een schema opstellen waarin de (hun) huidige, actuele werkwijze is weergegeven. Deze individuele stroomschema's kunnen dan met elkaar vergeleken worden.
- Gebruik enkel de *conventionele symbolen*.
- Verwerk het aspect *tijd* eveneens in het stroomdiagram (de wachttijd, de verwerkingstijd, de doorlooptijd, ...)
- Parallel met het lineaire stroomschema kan je op een naastliggend blad toelichtingen noteren m.b.t. de normen, werkvoorschriften, de aspecten van input en output, ...
- De *deelprocessen* die andere diensten of organisaties uitvoeren, worden met genummerde pijlen in het stroomschema ingebracht, maar je werkt ze op andere bladen verder uit

regels







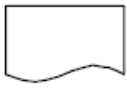

- Bepaal gezamenlijk welk proces of welke procedure er beschreven zal worden.
- Stel het begin- en eindpunt van het proces vast.
- Laat de groep zo veel mogelijk activiteiten (werkwoorden +) van het proces opsommen en noteer ze op post-it's
- Plaats de activiteiten chronologisch op een verticale lijn en vul het stroomdiagram door middel van groepsdiscussie verder aan met de beslissingsmomenten, de wachttijden, de lussen, de meetpunten
- Confronteer het voorlopige schema met (andere) uitvoerders op het terrein en breng de nodige verbeteringen aan.

stappen

Witbord en post-it's. Enkele witbord- en/of papierstiften.

De kennis en het gebruik van de geaccepteerde en gestandaardiseerde symbolentaal (zie hierna)

benodigdheden

		symbolen voor een stroomschema
	begin of einde van het proces (de stroom)	
	richting van het verloop van het proces	
	activiteit (werkwoord +, met vermelding wie)	
	beslissingsmoment	
	wachtmoment (x minuten, uren, dagen, ..)	
	verwijzing naar een ander (deel)proces	
	vastleggen van informatie of een registratie	
	meting of waarneming	



Revalidatie en MS Centrum vzw

Auteurs:

-Claassen Bram

-Peeten Jordy

-Wevers Inge

**VERPLEEGPLAN: FYSIEKE FIXATIE MET BEHULP VAN
FIXATIEMIDDELEN ALS VRIJHEIDSBEPERKENDE
MAATREGEL**

**VERPLEEGPLAN:
FYSIEKE FIXATIE MET BEHULP VAN FIXATIEMIDDELEN ALS
VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGEL**

WERKDOCUMENT: ACUTE SITUATIE

1. Soorten fysieke fixatie

Kruis hieronder aan welke fysieke fixatie interventie wordt toegepast.																				
Start uur:		Datum:																		
Fysieke fixatie																				
Fixatie in de rolstoel/geriatrie rolstoel/zetel met:																				
<input type="checkbox"/> Voorzettafel																				
<input type="checkbox"/> Zweedse band																				
<input type="checkbox"/> Tailleband met schouder- en bekkengordel																				
<input type="checkbox"/> Andere.....																				
Fixatie in bed met:																				
<input type="checkbox"/> Zweedse band																				
<input type="checkbox"/> 3- puntsfixatie																				
<input type="checkbox"/> 5- puntsfixatie																				
<input type="checkbox"/> Verpleegdeken																				
<input type="checkbox"/> Trippelhoes																				
<input type="checkbox"/> Bedsponden																				
<input type="checkbox"/> Andere																				
Fixatie op het toilet:																				
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt																				
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt																				
<input type="checkbox"/> Zweedse band																				
<input type="checkbox"/> Bevestigingsriem																				
<input type="checkbox"/> Andere																				
Fixatie op de kamer:																				
<input type="checkbox"/> Deur sluiten																				
<input type="checkbox"/> Andere																				

2. Beschrijving van de situatie

Motivatie/reden van fysieke fixatie	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige 1:	Paraaf:
Naam verpleegkundige 2:	Paraaf:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

3. Overleg

Overleg tussen behandelend geneesheer/geneesheer van wacht en verpleegkundige	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf:
Paraaf behandelende geneesheer/geneesheer van wacht:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

4. Informeren van de eerste contactpersoon

Informeren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

5. Evaluatie binnen het multidisciplinair team

Multidisciplinair overleg: evaluatie		
Startdatum:	Startuur:	
Aanwezig:		
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties verpleegkundige:		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Observaties behandelend geneesheer:		
.....		
.....		
.....		
.....		
Observaties MDT:		
.....		
.....		
.....		
.....		
Besluit:		
De fysieke fixatie wordt: (Duid aan wat van toepassing is)		
<input type="checkbox"/> Voortgezet	<input type="checkbox"/> Afgebouwd	<input type="checkbox"/> Stopgezet
Motivering:		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

5.1. Afbouwen van de fysieke fixatie

Mogelijk afbouwstappen:
In bed:
1. Stop 5-puntsfixatie
2. Stop 3-puntsfixatie
3. Stop Zweedse riem
4. Stop verpleegdeken
5. Stop trippelhoes
6. Stop bedsponden
7. Stop 5- puntsfixatie, start 3-puntsfixatie
8. Stop 5- puntsfixatie, start Zweedse riem
9. Stop 5- puntsfixatie, start verpleegdeken
10. Stop 5- puntsfixatie, start trippelhoes
11. Stop 5- puntsfixatie, start bedsponden
12. Stop 3- puntsfixatie, start Zweedse riem
13. Stop 3- puntsfixatie, start verpleegdeken
14. Stop 3- puntsfixatie, start trippelhoes
15. Stop 3- puntsfixatie, start bedsponden
16. Stop Zweedse riem, start verpleegdeken
17. Stop Zweedse riem, start trippelhoes
18. Stop Zweedse riem, start bedsponden
19. Stop verpleegdeken, start trippelhoes
20. Stop verpleegdeken, start bedsponden
21. Stop trippelhoes, start bedsponden
In de rolstoel/geriatrie stoel/zetel:
22. Stop voorzettafel
23. Stop Zweedse riem
24. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel
25. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start Zweedse riem.
26. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start voorzettafel
27. Stop Zweedse riem, start voorzettafel

Op het toilet:
28. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
29. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
30. Stop Zweedse band
31. Stop bevestigingsriem
32. Stop Zweedse band, start bevestigingsriem
33. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
34. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
35. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
36. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
37. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
38. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt

Op de kamer:
39. Stop met de deur sluiten

Anderen:
40. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van familie/directe omgeving
41. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van verpleegkundigen/therapeut in de directe omgeving (ochtendzorg, therapie,...)

Afbouwstap nr:	Startdatum:	Stopdatum:

7. Uitvoering

7.1. Materiaal

Kruis hieronder aan welke fysieke fixatie interventie wordt toegepast.										
Start uur:	Datum:									
Alternatieven voor fysieke fixatie										
Alternatieven in de rolstoel/geriatrie stoel/zetel met:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Relaxstoel										
<input type="checkbox"/> Ballenstoel										
<input type="checkbox"/> Half rolstoelblad										
<input type="checkbox"/> Opsta-alarm in de stoel										
Alternatieven in bed met:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Ballendeken										
<input type="checkbox"/> Extra laag bed										
<input type="checkbox"/> Valmat naast het bed										
<input type="checkbox"/> Belmat										
<input type="checkbox"/> Rolkussen										
<input type="checkbox"/> Tentbed										
<input type="checkbox"/> Bedbox										
<input type="checkbox"/> Bedbeugel										
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder										
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie										
Alternatieven op het toilet:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
Alternatieven op de kamer:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder										
<input type="checkbox"/> Dwaaldetectie										
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie (enkel overdag)										

Fysieke fixatie										
Fixatie in de rolstoel/geriatrische rolstoel/zetel met:										
<input type="checkbox"/> Voorzettafel										
<input type="checkbox"/> Zweedse band										
<input type="checkbox"/> Tailleband met schouder- en bekkengordel										
<input type="checkbox"/> Andere.....										
Fixatie in bed met:										
<input type="checkbox"/> Zweedse band										
<input type="checkbox"/> 3- puntsfixatie										
<input type="checkbox"/> 5- puntsfixatie										
<input type="checkbox"/> Verpleegdeken										
<input type="checkbox"/> Trippelhoes										
<input type="checkbox"/> Bedsponden										
<input type="checkbox"/> Andere										
Fixatie op het toilet:										
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt										
<input type="checkbox"/> Steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt										
<input type="checkbox"/> Bevestigingsriem										
<input type="checkbox"/> Zweedse band										
<input type="checkbox"/> Andere										
Fixatie op de kamer:										
<input type="checkbox"/> Deur sluiten										
<input type="checkbox"/> Andere										

7.2. Controleren

Controle materiaal	
Datum controle:	Uur controle:
Naam verpleegkundige 1:	Paraaf verpleegkundige 1:
Naam verpleegkundige 2:	Paraaf verpleegkundige 2:

7.3. Zorg voor maximaal comfort

Zie verpleegplan: “fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”.

7.4. Verhogen van het toezicht

7.4.1. Eerste controle na 10 minuten

Controle na 10 minuten		
Startdatum:	Startuur:	
	Aanwezig	Afwezig
Is er afklemmingsgevaar?		
Voldoet het fixatiemateriaal in functie van de patiënt		
Kan de patiënt de fysieke fixatie losmaken		
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:	

7.4.2. Beloproepsysteem

Beloproepsysteem	
Datum:	Uur:
<input type="checkbox"/> De patiënt heeft toegang tot het beloproepsysteem <input type="checkbox"/> De patiënt heeft geen toegang tot het beloproepsysteem	
<input type="checkbox"/> Indien toegang tot het beloproepsysteem, elke verpleegkundige ronde controleren van de toestand van de patiënt en het fysiek fixatiemateriaal. <input type="checkbox"/> Indien geen toegang tot het beloproepsysteem, overleg in verpleegkundig team.	
De controlefrequentie gebeurt om de/elke: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> 10 min. <input type="checkbox"/> 20 min. <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 40 min. <input type="checkbox"/> 50 min. <input type="checkbox"/> 60 min.	
<input type="checkbox"/> Verpleegkundige ronde	

7.4.3. Nachtrust

Zie verpleegplan: “fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”.

7.5. Zorg voor een veilige omgeving

Zie verpleegplan: “fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”.

7.6. Heb aandacht voor de basisbehoeften van de patiënt

Zie verpleegplan: “fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”.

8. Evaluatie

Multidisciplinair overleg: evaluatie	
Startdatum:	Startuur:
Aanwezigen:	
.....
.....
.....
.....
Observaties verpleegkundige:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties behandelend geneesheer:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties MDT:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

9. Continuering van de fysieke fixatie?

9.1. Continuering van de fysieke fixatie

Informereren van de patiënt	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam patiënt:	Paraaf patiënt:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De patiënt geeft: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> Toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> Geen toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	

Informereren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf eerste contactpersoon:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De eerste contactpersoon geeft: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> Toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> Geen toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	

9.2. Afbouwen/stoppen van de fysieke fixatie

Informereren van de patiënt	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam patiënt:	Paraaf patiënt:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De patiënt is op de hoogte gebracht over: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> De afbouw van de fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> De stopzetting van de fysieke fixatie	

Informereren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf eerste contactpersoon:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De eerste contactpersoon is op de hoogte gebracht over: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> De afbouw van de fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> De stopzetting van de fysieke fixatie	

Mogelijk afbouwstappen:
In bed:
1. Stop 5-puntsfixatie
2. Stop 3-puntsfixatie
3. Stop Zweedse riem
4. Stop verpleegdeken
5. Stop trippelhoes
6. Stop bedsponden
7. Stop 5- puntsfixatie, start 3-puntsfixatie
8. Stop 5- puntsfixatie, start Zweedse riem
9. Stop 5- puntsfixatie, start verpleegdeken
10. Stop 5- puntsfixatie, start trippelhoes
11. Stop 5- puntsfixatie, start bedsponden
12. Stop 3- puntsfixatie, start Zweedse riem
13. Stop 3- puntsfixatie, start verpleegdeken
14. Stop 3- puntsfixatie, start trippelhoes
15. Stop 3- puntsfixatie, start bedsponden
16. Stop Zweedse riem, start verpleegdeken
17. Stop Zweedse riem, start trippelhoes
18. Stop Zweedse riem, start bedsponden
19. Stop verpleegdeken, start trippelhoes
20. Stop verpleegdeken, start bedsponden
21. Stop trippelhoes, start bedsponden
In de rolstoel/geriatische rolstoel/zetel:
22. Stop voorzettafel
23. Stop Zweedse riem
24. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel
25. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start Zweedse riem.
26. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start voorzettafel
27. Stop Zweedse riem, start voorzettafel

Op het toilet:
28. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
29. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
30. Stop Zweedse band
31. Stop bevestigingsriem
32. Stop Zweedse band, start bevestigingsriem
33. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
34. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
35. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
36. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
37. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
38. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt

Op de kamer:
39. Stop met de deur sluiten

Anderen:
40. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van familie/directe omgeving
41. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van verpleegkundigen/therapeut in de directe omgeving (ochtendzorg, therapie,..)

Afbouwstap nr:	Startdatum:	Stopdatum:

Bijlage 9



Revalidatie en MS Centrum vzw

Auteurs:

-Claassen Bram

-Peeten Jordy

-Wevers Inge

**VERPLEEGPLAN: FYSIEKE FIXATIE MET BEHULP VAN
FIXATIEMIDDELEN ALS VRIJHEIDSBEPERKENDE
MAATREGEL**

**VERPLEEGPLAN:
FYSIEKE FIXATIE MET BEHULP VAN FIXATIEMIDDELEN ALS
VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGEL**

WERKDOCUMENT: NIET-ACUTE SITUATIE

1. Multidisciplinair overleg

Multidisciplinair overleg	
Startdatum:	Startuur:
Aanwezigen:	
.....
.....
.....
.....
Observaties verpleegkundige:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties behandelend geneesheer:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties MDT:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Besluit:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

1.1. Gedragsobservatieschaal

Dit document wordt gebruikt voor het toepassen van de Neecham Confusion Scale en is een gevalideerd instrument. In de bijlage vindt u de niet-gevalideerde vertaalde versie. Om het in de praktijk makkelijker te maken hebben wij deze vertaald en ter beschikking gesteld.

Neecham Confusion Tool

Confusion Risk Screen

Date/Time/Initials						
Reason for Screen admission, daily, status change						
Age >= 75 years?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
History of Acute Confusion?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Pre-existing Brain Damage?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
History of Depression?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Immobility?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Sensory Impairment?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

If any Yes Boxes are checked, complete the Neecham Confusion Scale.

Neecham Confusion Scale

Date/Time/Initials	Score	Score	Score		Score	Score	Score
Level One – Processing – Attention 4 – Full attentiveness/alertness 3 – Short or hyper attention/alertness 2 – Attention/Alertness inconsistent or inappropriate 1 – Attention/Alertness disturbed 0 – Arousal/responsiveness depressed				Level Two-Behavior-Verbal 4 – Initiates speech appropriately 3 – Limited speech initiation 2 – Inappropriate speech 1 – Speech/sound disturbed 0 – Abnormal sounds			
Level One – Processing – Command 5 – Able to follow a complex command 4 – Slowed complex command response 3 – Able to follow a simple command 2 – Unable to follow a direct command 1 – Unable to follow visually guided command 0 – Hypoactive, lethargic				Vital Function Stability 2 – BP, HR, Temp, Respiration in Normal range 1 – One of the above in abnormal range 0 – Two or more in abnormal range Normals: Temperature = 36-37 Systolic BP = 100-160 Diastolic BP = 50-90 Heart Rate = 60-100 reg/irreg Respirations = 14-22			
Level One – Processing- Orientation 5 – Oriented to time, place, and person 4 – Oriented to person and place 3 – Orientation inconsistent 2 – Disoriented and memory/recall disturbed 1 – Disoriented, disturbed recognition 0 – Processing of stimuli depressed				Oxygen Saturation Stability 2 – O2 Sat in normal range 993 or above) 1 – O2 Sat 90 to 92 or is receiving oxygen 0 – O2 Sat is below 90			
Level Two – Behavior – Appearance 2 – Controls posture, maintains appearance, hygiene 1 – Either posture or appearance disturbed 0 – Both posture and appearance abnormal				Urinary Continence Control 2 – Maintains bladder control 1 – Incontinent of urine in last 24 hours or has condom cath 0 – incontinent or had indwell/intermittent catheter or is anuric			
Level Two – Behavior – Motor 4 – Normal motor behavior 3 – Motor behavior slowed or hyperactive 2 – Motor movement disturbed 1 – Inappropriate, disrupted movements 0 – Motor movement depressed				Total Neecham Score			

Scoring	<u>Total Score of</u>	<u>Indicates:</u>
Level 1 Score: Processing (0-14 points)	0-19	Moderate to severe confusion
Level 2 Score: Behavior (0-10 points)	20-24	Mild to early development of confusion
Level 3 Score: Physiological control (0-6 points) (VS, O2 sat, urinary continence)	25-26 27-30	"Not confused", but at high risk of confusion "Not confused", or normal function

2. Alternatieven voor fysieke fixatie

Alternatieven voor fysieke fixatie										
Alternatieven in de rolstoel/geriatrie stoel/zetel met:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Relaxstoel										
<input type="checkbox"/> Ballenstoel										
<input type="checkbox"/> Half rolstoelblad										
<input type="checkbox"/> Opsta-alarm in de stoel										
Alternatieven in bed met:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Ballendeken										
<input type="checkbox"/> Extra laag bed										
<input type="checkbox"/> Valmat naast het bed										
<input type="checkbox"/> Belmat										
<input type="checkbox"/> Rolkussen										
<input type="checkbox"/> Tentbed										
<input type="checkbox"/> Bedbox										
<input type="checkbox"/> Bedbeugel										
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder										
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie										
Alternatieven op het toilet:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
Alternatieven op de kamer:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder										
<input type="checkbox"/> Dwaaldetectie										
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie (enkel overdag)										

3.1.2. Overleg met multidisciplinair team

Multidisciplinair overleg	
Startdatum:	Startuur:
Aanwezigen:	
.....
.....
.....
.....
Observaties verpleegkundige:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties behandelend geneesheer:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties MDT:	
.....	
.....	
.....	
.....	
Besluit	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

4. Uitvoering

4.1. Materiaal

Kruis hieronder aan welke fysieke fixatie interventie wordt toegepast.										
Start uur:	Datum:									
Alternatieven voor fysieke fixatie										
Alternatieven in de rolstoel/geriatrie stoel/zetel met:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Relaxstoel										
<input type="checkbox"/> Ballenstoel										
<input type="checkbox"/> Half rolstoelblad										
<input type="checkbox"/> Opsta-alarm in de stoel										
Alternatieven in bed met:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Ballendeken										
<input type="checkbox"/> Extra laag bed										
<input type="checkbox"/> Valmat naast het bed										
<input type="checkbox"/> Belmat										
<input type="checkbox"/> Rolkussen										
<input type="checkbox"/> Tentbed										
<input type="checkbox"/> Bedbox										
<input type="checkbox"/> Bedbeugel										
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder										
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie										
Alternatieven op het toilet:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
Alternatieven op de kamer:										
<input type="checkbox"/> Verhoogd toezicht										
<input type="checkbox"/> Bewegingsmelder										
<input type="checkbox"/> Dwaaldetectie										
<input type="checkbox"/> Infrarooddetectie (enkel overdag)										

4.4. Verhogen van het toezicht

4.4.1. Eerste controle na 10 minuten

Controle na 10 minuten		
Startdatum:	Startuur:	
	Aanwezig	Afwezig
Is er afklemmingsgevaar?		
Voldoet het fixatiemateriaal in functie van de patiënt		
Kan de patiënt de fysieke fixatie losmaken		
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:	

4.4.2. Beloproepsysteem

Beloproepsysteem	
Datum:	Uur:
<input type="checkbox"/> De patiënt heeft toegang tot het beloproepsysteem	
<input type="checkbox"/> De patiënt heeft geen toegang tot het beloproepsysteem	
<input type="checkbox"/> Indien toegang tot het beloproepsysteem, elke verpleegkundige ronde controleren van de toestand van de patiënt en het fysiek fixatiemateriaal.	
<input type="checkbox"/> Indien geen toegang tot het beloproepsysteem, overleg in verpleegkundig team.	
De controlefrequentie gebeurt om de/elke : (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> 10 min. <input type="checkbox"/> 20 min. <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 40 min. <input type="checkbox"/> 50 min. <input type="checkbox"/> 60 min.	
<input type="checkbox"/> Verpleegkundige ronde	

4.4.3. Nachtrust

Zie verpleegplan: “fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”.

4.5. Zorg voor een veilige omgeving

Zie verpleegplan: “fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”.

4.6. Heb aandacht voor de basisbehoeften van de patiënt

Zie verpleegplan: “fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel”.

5. Evaluatie

Multidisciplinair overleg: evaluatie	
Startdatum:	Startuur:
Aanwezigen:	
.....
.....
.....
.....
Observaties verpleegkundige:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties behandelend geneesheer:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Observaties MDT:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

6. Continuering van de fysieke fixatie?

6.1. Continuering van de fysieke fixatie

Informereren van de patiënt	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam patiënt:	Paraaf patiënt:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De patiënt geeft: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> Toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> Geen toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	

Informereren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf eerste contactpersoon:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De eerste contactpersoon geeft: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> Toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	
<input type="checkbox"/> Geen toestemming voor het verder zetten van fysieke fixatie	

6.2. Afbouwen/stoppen van de fysieke fixatie

Informereren van de patiënt	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam patiënt:	Paraaf patiënt:
.....	
De patiënt is op de hoogte gebracht over: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> De afbouw van de fysieke fixatie <input type="checkbox"/> De stopzetting van de fysieke fixatie	

Informereren van de eerste contactpersoon	
Startdatum:	Startuur:
Naam verpleegkundige:	Paraaf verpleegkundige:
Naam eerste contactpersoon:	Paraaf eerste contactpersoon:
.....	
De eerste contactpersoon is op de hoogte gebracht over: (Duid aan wat van toepassing is)	
<input type="checkbox"/> De afbouw van de fysieke fixatie <input type="checkbox"/> De stopzetting van de fysieke fixatie	

Mogelijk afbouwstappen:
In bed:
1. Stop 5-puntsfixatie
2. Stop 3-puntsfixatie
3. Stop Zweedse riem
4. Stop verpleegdeken
5. Stop trippelhoes
6. Stop bedsponden
7. Stop 5- puntsfixatie, start 3-puntsfixatie
8. Stop 5- puntsfixatie, start Zweedse riem
9. Stop 5- puntsfixatie, start verpleegdeken
10. Stop 5- puntsfixatie, start trippelhoes
11. Stop 5- puntsfixatie, start bedsponden
12. Stop 3- puntsfixatie, start Zweedse riem
13. Stop 3- puntsfixatie, start verpleegdeken
14. Stop 3- puntsfixatie, start trippelhoes
15. Stop 3- puntsfixatie, start bedsponden
16. Stop Zweedse riem, start verpleegdeken
17. Stop Zweedse riem, start trippelhoes
18. Stop Zweedse riem, start bedsponden
19. Stop verpleegdeken, start trippelhoes
20. Stop verpleegdeken, start bedsponden
21. Stop trippelhoes, start bedsponden
In de rolstoel/geriatische rolstoel/zetel:
22. Stop voorzettafel
23. Stop Zweedse riem
24. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel
25. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start Zweedse riem.
26. Stop tailleband met schouder- en bekkengordel, start voorzettafel
27. Stop Zweedse riem, start voorzettafel

Op het toilet:
28. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
29. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
30. Stop Zweedse band
31. Stop bevestigingsriem
32. Stop Zweedse band, start bevestigingsriem
33. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
34. Stop Zweedse band, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
35. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
36. Stop bevestigingsriem, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt
37. Stop steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt, start steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt
38. Stop steunbaren omlaag en rolstoel voor de patiënt, start steunbaren omlaag en ziekenlift voor de patiënt

Op de kamer:
39. Stop met de deur sluiten

Anderen:
40. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van familie/directe omgeving
41. Stop fixatie tijdens aanwezigheid van verpleegkundigen/therapeut in de directe omgeving (ochtendzorg, therapie,..)

Afbouwstap nr:	Startdatum:	Stopdatum:

Bijlage 10

Neecham Confusion Scale

Risico tabel

Datum			
Reden van screening:			
Leeftijd: 75 jaar of ouder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ooit acute verwardheid doorgemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ooit hersenschade opgelopen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Gekend met depressie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Immobiel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Zintuiglijke beperking?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Indien er een ja werd aangevinkt ga dan verder met deze schaal

Neecham Confusion Scale

Datum:	Score	Score	Score
Niveau 1: AANDACHT 4 – Volledige aandacht / alertheid 3 – Kortstondige of te hoge aandacht / alertheid 2 – Wisselende of inadequate aandacht / alertheid 1 – Verstoorde aandacht / alertheid 0 – verminderde waakzaamheid / repons			
Niveau 1: VERWERKING VAN OPDRACHTEN 5 – In staat een complexe opdracht uit te voeren 4 – Vertraagde uitvoering van een complexe opdracht 3 – In staat een eenvoudige opdracht uit te voeren 2 – Niet in staat een gegeven opdracht uit te voeren 1 – Niet in staat een visueel ondersteunende opdracht uit te voeren 0 – Hypoactief, lethargisch			
Niveau 1: ORIËNTATIE 5 – Georiënteerd naar tijd, plaats en persoon 4 – Georiënteerd naar plaats en persoon 3 – Inconsistente oriëntatie 2 – Gedesoriënteerd en geheugenstoornissen 1 – Gedesoriënteerd, verstoorde herkenning 0 – Verminderde reactie op stimuli			
Niveau 2: HET VOORKOMEN 2 – Heeft een goede houding, voorkomen, hygiëne 1 – Verstoring van houding of voorkomen 0 – Houding en voorkomen abnormaal			
Niveau 2: MOTORIEK 4 – Normaal motorisch gedrag 3 – Vertraagd of versneld (hyperactief) psychomotorisch gedrag 2 – Verstoorde motorische bewegingen 1 – Abnormaal / storend gedrag 0 – Verminderde motoriek			
Niveau 2: VERBAAL 4 – Kan op een normale manier spreken 3 – Beperkte spraakmogelijkheden 2 – Spreekt abnormaal 1 – Stoornissen in spraak / geluid 0 – Abnormale geluiden			
Niveau 3: VITALE FUNCTIES 2 – Bloeddruk, pols, temperatuur en ademhaling binnen de normale grenzen en pols is regelmatig 1 – Één van de waarden is abnormaal 0 – Twee of meer waarden zijn abnormaal Normaal: Temperatuur = 36 – 37 °C Systole = 100 – 160 mmHg Diastole = 50 – 90 mmHg Hartslag = 60 – 100 sl/min Ademhaling = 14 – 22 ah/min			
Niveau 3: ZUURSTOFSATURATIE 2 – O ² Saturatie binnen normale grenzen (93% of hoger) 1 – O ² Saturatie tussen 90 en 92 % of krijgt zuurstof toegediend 0 – O ² Saturatie 89% of lager			
Niveau 3: URINE CONTINENTIE 2 – Continent 1 – Incontinent voor urine in de laatste 24 uur of heeft een condoom catheter 0 – Incontinent of heeft een verblijfscatheter of intermitterend catheteriseren of anurie			
Totale score			

Totale score:

- 0 – 19 Ernstig tot gemiddeld acuut verward
- 20 – 24 Mild of beginnend acuut verward
- 25 – 26 Niet acuut verward, maar een verhoogd risico om verward te raken
- 27 – 30 Niet acuut verward, functioneert normaal

Datum	Initialen	Handtekening

Bijlage 11

NEECHAM Confusion Scale

(Neelon et al., 1996, vertaling Milisen 1999)

Toelichting

NEECHAM Confusion Scale: Vul deze schaal in op basis van observaties tijdens de zorg aan de patiënt en de routine verpleegkundige gegevensverzameling. Scoor (=omcirkel) het item (vb. AANDACHT, VERWERKING VAN OPDRACHTEN, ...) waarvan de beschrijving het meest overeenkomt met de respons of het gedrag van de patiënt tijdens de zorg. Scoor altijd het laagst geobserveerde gedrag. Voor het correct scoren van de NEECHAM dient met altijd rekening te houden

met culturele verschillen en fysische handicaps (zicht, gehoor, motoriek, ...) die de respons kunnen beïnvloeden niet ieder gedrag beschreven per score dient bij de patiënt aanwezig te zijn, echter het gedrag moet wel representatief zijn voor de beschrijving. LEES EERST ALLE SCORINGSMOGELIJKHEDEN PER ITEM ALVORENS EEN DEFINITIEE SCORE TOE TE KENNEN.

Datum:

Paraaf:

Naam patiënt:

Niveau 1 – VERWERKING VAN INFORMATIE

AANDACHT: (aandacht – alertheid – respons)

- 4 Volledige aandacht / alertheid: reageert onmiddellijk en adequaat op aanspreking of aanraking doormiddel van oogcontact of door het naar je toe draaien met het hoofd: volledig bewust van omgeving, normale aandacht voor gebeurtenissen uit de omgeving.
- 3 Kortstondige of te hoge aandacht / alertheid: kortstondige aandacht voor aanspreking, aanraking, of gebeurtenissen uit de omgeving of reageert overdreven alert, is vlug afgeleid door gebeurtenissen / voorwerpen uit de omgeving.
- 2 Wisselende of inadequate aandacht / alertheid: reageert langzaam, herhaaldelijk aanspreken of aanraken is nodig om aandacht te verkrijgen of te behouden; is in staat voorwerpen / stimuli te herkennen, doch kan in slaap vallen tussen de stimuli door.
- 1 Verstoorde aandacht / alertheid: opent ogen bij lawaai of aanraking, kan er angstig uitzien, onmogelijk om contact te behouden of te herkennen, of vertoont terughoudendheid / defensief gedrag.
- 0 Verminderde waakzaamheid / respons: ogen kunnen zowel open als gesloten zijn; slechts minimale reactie na herhaaldelijk stimuleren, reageert niet op contact.

VERWERKING VAN OPDRACHTEN: (herkenning – interpretatie – uitvoering)

- 5 In staat een complexe opdracht uit te voeren: “Bel de verpleegkundige”. (Kan de bel zelf vinden, het voorwerp herkennen en bellen).
- 4 Vertraagde uitvoering van een complexe opdracht: heeft aansporing of herhaalde aanwijzingen nodig om een complexe opdracht te volgen of uit te voeren. Voert een complexe opdracht op een trage manier of met overdreven veel concentratie uit.
- 3 In staat een eenvoudige opdracht uit te voeren: “Hef uw hand omhoog, hef uw voet omhoog, mevrouw / meneer”. (geef slechts 1 opdracht tegelijkertijd).
- 2 Niet in staat een gegeven opdracht uit te voeren: Voert opdracht pas uit na stimulering door aanraking of visuele aanmoedigen – drinkt slechts van een glas / beker wanneer het bij de mond gehouden wordt. Contact en geruststelling van verpleegkundige of het vasthouden van de handen heeft een kalmerende invloed.

- 1 Niet in staat een visueel ondersteunende opdracht uit te voeren: reageert met verbijsterde of angstige gelaatsuitdrukking en / of terughoudende, afwerende reactie op stimuli, hyper/hypoactief gedrag; reageert niet als verpleegkundige de hand lichtjes vastgrijpt.
- 0 Hypoactief, lethargisch: minimale psychomotorische respons op omgevingsstimuli.

ORIËNTATIE: (oriëntatie, korte termijn geheugen, gedachten- en gespreksinhoud)

- 5 Georiënteerd naar tijd, plaats en persoon: gedachtegang inhoud van gesprekken of vragen zijn relevant, adequaat. Korte termijn geheugen is intact.
- 4 Georiënteerd naar plaats en persoon: minimale geheugenstoornissen, inhoud en antwoorden op vragen zijn over het algemeen adequaat; herhaald zichzelf, vereist stimulering tot het voortzetten van het contact. Werkt over het algemeen mee.
- 3 Inconsistente oriëntatie: georiënteerd naar zichzelf en familie, maar oriëntatie naar tijd en plaats kan verstoord zijn. Gebruikt visuele geheugensteuntjes om zich te oriënteren. Gedachten- en geheugenstoornissen komen vaak voor, kan hallucinaties en illusies vertonen. Passieve medewerking op gerichte vraag.
- 2 Gedesoriënteerd en geheugenstoornissen: georiënteerd naar zichzelf en familie. Vraagt de noodzaak af de verpleegkundige handelingen of weigert er aan mee te werken. Gesprekken / gedachtegang inhoudelijk verstoord. Illusies en hallucinaties komen vaak voor.
- 1 Gedesoriënteerd, verstoorde herkenning: inconsistentie in het herkennen van vertrouwde personen, familie, vertrouwde voorwerpen. Abnormaal taalgebruik.
- 0 Verminderde reactie op stimuli: minimale respons op verbale stimuli.

Totaal score van niveau 1:

Niveau 2 – GEDRAG

HET VOORKOMEN

- 2 Heeft een goede houding, voorkomen, hygiëne netjes gekleed, goede persoonlijke hygiëne proper. Normale houding in bed / stoel.
- 1 Verstoring van houding of voorkomen: enige wanorde in kledij / bed of persoonlijk voorkomen, of enig verlies van controle in houding, positie.
- 0 Houding en voorkomen abnormaal: wanorde, slechte hygiëne onmogelijk om een juiste houding in bed te behouden.

MOTORIEK

- 4 Normaal motorisch gedrag: normale bewegingen, coördinatie en activiteit, kan rustig uitrusten in bed. Normaal bewegen van de handen.
- 3 Vertraagd of versneld (hyperactief) psychomotorisch gedrag: overdreven rustig of weinig spontane beweging (handen / armen voor de borst gekruist of langs het lichaam) of hyperactief (op en neer, ‘springerig’), beven van handen kan voorkomen.
- 2 Verstoorde motorische bewegingen: rusteloze of snelle bewegingen. Abnormale handbewegingen, (plukken aan lakens,). Kan hulp nodig hebben bij doelgerichte handelingen.
- 1 Abnormaal / storend gedrag: trekken aan sondes, infusen drains, over bedhekken kruipen, vaak doelloos handelen.
- 0 Verminderde motoriek: weinig bewegen tenzij gestimuleerd, afwerende bewegingen.

TOTAALSCORE

Score niveau 1 (0 – 14)	
Score niveau 2 (0 – 10)	
Score niveau 3 (0 – 6)	
Totaalscore	

0 – 19: ernstig tot gemiddeld acuut verward

20 – 24: mild of beginnend acuut verward

25 – 26: niet acuut verward, maar een verhoogd risico om verward te raken

27 – 30: niet acuut verward, functioneert normaal