

RICHTLIJN BETREFFENDE VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN TER BEVEILIGING VAN DE PATIËNT IN DE UZ LEUVEN¹

K. MILISEN^{2,3}, J. VANDENBERGHE, M. SABBE, R. LAGAE, T. BRAES, V. VANDERLINDEN, K. KERCKHOFS, K. BUYSSCHAERT, F. VERBRUGGEN, S. VANECKHOUT, K. VANDENBERGH, G. MEYFROIDT, J. DEWOLF, R. VANDENBERGHE, J. VANDESANDE, A. VERBIEST, H. VANDEWEEGE, L. NICAISE, R. VAN NUFFELEN, P. DEBOUTTE, R. LEKEU, M. WAER, F. RADEMAKERS EN E. JOOSTEN VOOR DE UZ LEUVEN WERKGROEP DELIRIUM

Inleiding

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en fysieke fixatiemiddelen in het bijzonder is vanuit medisch en sociaal standpunt, maar ook op juridische en deontologische grond een *middel van laatste keuze*. Enkel als de veiligheid van de patiënt (en anderen) en de behandeling op geen enkele andere manier kan gewaarborgd worden, is vrijheidsbeperking een aanvaardbare „minst slechte” oplossing.

Hoewel het deskundig gebruik van fysieke fixatie in bepaalde omstandigheden niet te mijden is, wordt ze vaak voor foute indicaties en zonder weloverwogen richtlijnen toegepast. Zo weten we uit meerdere studies dat fixatie geen efficiënt middel is in de preventie van vallen en in de behandeling van onrust (de onrust kan er mogelijk door verhoogd worden). Daarenboven zijn er risico's verbonden aan het gebruik ervan (letsels en ongevallen, risico's verbonden aan immobilisatie door langdurige en/of inadequate fixatie, psychisch lijden, ...).

Wat de wettelijke bepalingen betreft, staat de *wet betreffende de rechten van de patiënt* van

Samenvatting

Een patiënt kan gefixeerd worden als gevreesd wordt voor zijn eigen veiligheid en die van anderen, alsook wanneer in levensbedreigende situaties het goede verloop van een behandeling in het gedrang komt.

Omdat fixatie vaak op basis van foute indicaties wordt toegepast, stelden de UZ Leuven een ethisch verantwoord en een „evidence-based” fixatiebeleid op. Met deze richtlijn wordt een verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening beoogd door onder andere een interdisciplinaire aanpak, het delen van de verantwoordelijkheid in het beslissingsproces en een betere communicatie met de patiënt en zijn familie rond fysieke fixatie.

22/8/2002 (Belgisch Staatsblad 26/9/2002) centraal. In het kader hiervan wil deze richtlijn een doordacht en deskundig gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt stimuleren met als doelstellingen:

- een verbeterde kwaliteit van de zorg door een ethisch verantwoord en „evidence-based” fixatiebeleid,
- de bevordering van een gedeelde verantwoordelijkheid in het beslissingsproces rond fysieke fixatie, en
- de bevordering van een proactief communicatiebeleid met patiënt en familie.

¹ Studiedag „Cirkels van zorg: ethiek in zorg voor ouderen”, georganiseerd door het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, K.U.Leuven, en het Caritas-Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI), Brussel.

² Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven & Dienst Geriatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven.

³ Correspondentieadres: prof. dr. K. Milisen, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen, Faculteit Geneeskunde, K.U.Leuven, Kapucijnenvoer 35, 3000 Leuven; e-mail: Koen.Milisen@med.kuleuven.be

Definitie

Deze richtlijn is afgebakend op het gebruik van *fysieke fixatiemiddelen*.

Het gaat om fysieke fixatie in ruime zin toegepast bij volwassen personen (18 jaar of ouder) en betreft „*elke handeling of het gebruik van materiaal die de bewegingsvrijheid beperkt en niet gemakkelijk kan worden verwijderd*”.

Basisprincipes

– Deze richtlijn is geen protocol, wat wil zeggen dat de richtlijn bedoeld is om het beslissingsproces rond fixatie te ondersteunen.

– De beslissing tot het gebruik van fixatie gebeurt bij voorkeur in team samen met de patiënt en/of familie.

– Het aanwenden van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel is een technisch-verpleegkundige verstrekking waarvoor geen medisch voorschrift nodig is. Het blijft echter altijd een handeling met medische verantwoordelijkheid (KB nr. 78, 10/11/1967). De arts beslist eveneens mee over de duur en de vorm ervan.

– Alvorens over te gaan tot fixatie worden eerst alternatieven overwogen⁴.

– Het comfort voor de patiënt wordt maximaal nagestreefd.

– De vrijheidsbeperking moet zo kort mogelijk zijn; de nood moet regelmatig geëvalueerd worden.

– Een verhoogd toezicht is aangewezen in functie van de mogelijkheden.

– Een verslag wordt toegevoegd aan het patiëntendossier als uiting van een doordacht teambesluit.

– Steeds wordt op zoek gegaan naar onderliggende uitlokkende factoren.

Indicaties

Het risico op beschadiging van de fysieke en/of psychische integriteit van de patiënt of die van anderen en het risico op onderbreking van levensnoodzakelijke therapie vormen de indicaties voor het gebruik van fysieke fixatiemiddelen.

⁴ Zie tabel 2 in: Gastmans C, Milisen K. Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak. Tijdschr Geneesk 2006; 62: 1650-1658.

Proces van besluitvorming

Een onderscheid wordt gemaakt tussen urgente en niet-urgente situaties.

Vrijheidsbeperking in een urgente situatie

Elke hulpverlener handelt volgens de wet *onverwijld* (en uiteraard zonder de toestemming af te wachten), maar beperkt zich tot de *onmiddellijk noodzakelijke tussenkomsten in het belang van de gezondheid en de veiligheid van de patiënt en/of anderen*.

In dit geval dient hij de behandelend arts in de besluitvorming tot vrijheidsbeperking te betrekken. Indien dit wegens urgentie niet onmiddellijk mogelijk is (bv. zeer acute situatie), dient elke hulpverlener (indien deze zelf niet verpleegkundige of arts is) eerst te overleggen met een verpleegkundige. Indien deze laatste de noodzaak tot fixeren onderschrijft, mag de beslissing genomen worden om over te gaan tot fixatie. De behandelend arts of de arts van wacht wordt zo snel mogelijk gecontacteerd voor een evaluatie aan bed van de patiënt.

De familie wordt ten gepaste tijde op de hoogte gebracht van de reden en de omstandigheden. Indien noodzakelijk wordt eveneens voldoende begeleiding en ondersteuning voorzien.

Vrijheidsbeperking in een niet-urgente situatie

Bij de beslissingsonbekwame patiënt

Beslissingsonbekwaamheid is niet wettelijk omschreven en berust op een klinische beoordeling van de behandelend arts, die – indien nodig – het advies inwint van een collega of van een psychiater. Een beslissingsonbekwame patiënt is op het ogenblik van evaluatie mentaal en/of fysiek niet in staat om

– de verstrekte informatie te begrijpen,

– of inzicht te verwerven in de aard van de situatie,

– of 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*,

– een door de patiënt zelf (of voorhand) *benoemde vertegenwoordiger*, of

– een *wettelijke vertegenwoordiger* van de patiënt; in de wettelijk bepaalde hiërarchische volgorde zijn dat:

- 1) de samenwonende echtgenoot, de wettelijk of feitelijk samenwonende partner,
- 2) een meerderjarig kind,
- 3) een ouder,
- 4) een meerderjarige broer of zus.

In de praktijk is een voorafgaande wilsverklaring zelden voorhanden. Het is dus van belang – in de mate van het mogelijke – de vertegenwoordiger (meestal de familie) rechtstreeks te betrekken in het zorg- en beslissingsproces. Door het mededelen van de voor- en nadelen van fixatie en door het voeren van 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 het fixeren of niet-fixeren een ongeval of ander probleem zou voordoen. Daarenboven kan de fysieke aanwezigheid van een familielid in de nabijheid van de patiënt op zich preventief werken ten aanzien van fixatie (bewakingsfunctie).

Op bovenstaand principe bestaat een *uitzondering*. De verpleegkundige of de arts behartigt de belangen van de beslissingsonbekwame patiënt (art. 14 §2 en art. 15 §2 van de wet op de patiëntenrechten) telkens wanneer er:

1. geen voorafgaande wilsverklaring is,
2. geen door de patiënt zelf benoemde vertegenwoordiger is (of deze niet bereid is)
3. geen wettelijke vertegenwoordiger is (of deze niet bereid is),
4. een geval van conflict ontstaat tussen wettelijke vertegenwoordigers van dezelfde rang,
5. 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 beslissings(on)bekwaamheid, optreden van en overleg met vertegenwoordigers en eventueel optreden als belangenbehartiger) steeds in het patiëntendossier gedocumenteerd worden (art. 15 §3 van de wet op de patiëntenrechten verplicht een schriftelijke motivering). De familie wordt ten gepaste tijde op de hoogte gebracht van de reden en de omstandigheden. Indien noodzakelijk wordt eveneens voldoende begeleiding en ondersteuning voorzien.

Indien de beslissingsonbekwaamheid te voorzien is zoals tijdens een verblijf op een intensievezorgafdeling, is het verstrekken van voorafgaandelijke informatie of het dienstegen protocol aangewezen.

Bij de beslissingsonbekwame patiënt

Bij de beslissingsonbekwame patiënt is de regel dat de toestemming is vereist alvorens over te gaan tot vrijheidsbeperking.

Indien de hulpverlener de noodzaak tot vrijheidsbeperking vaststelt bij een wilsbekwame patiënt die weigert, dient de hulpverlener altijd en onmiddellijk te overleggen met de arts of een verpleegkundige. De patiënt moet op voorhand maximaal ingelicht worden over de verschillende keuzemogelijkheden en de gevolgen van bijvoorbeeld het fixeren en niet-fixeren. De arts moet op een zo objectief mogelijke en voor de patiënt begrijpelijke wijze informatie geven over de verschillende behandelingsmogelijkheden, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's.

Als de beslissingsonbekwame patiënt de fixatie blijft weigeren, wordt dit geëerbiedigd en de beslissing genoteerd in het patiëntendossier.

Rapportage

In het verpleegkundig dossier wordt een verslag opgemaakt met een motivering voor de fixatie, tijdstip van fixatie en herevaluatie, type fixatiemiddel en naam en overleg met alle betrokkenen.

Herevaluatie

De vrijheidsbeperking wordt in principe zo kort mogelijk gehouden en dient zo snel mogelijk opgeheven te worden.

De herevaluatie dient regelmatig door een verpleegkundige te gebeuren en wordt in team besproken.

Indien verdere vrijheidsbeperking noodzakelijk blijkt, wordt dit genoteerd in het verpleegkundig dossier.

Begeleiding en ondersteuning van de patiënt

Er dient verhoogde aandacht besteed te worden aan de basisbehoeften van de patiënt.

Ondersteuning en begeleiding voor de patiënt zijn noodzakelijk.

Bij de familie dient gevraagd te worden naar mogelijkheden om een geruststellende aanwezigheid bij de patiënt te voorzien.

Beëindiging van de vrijheidsbeperking

De beslissing tot het beëindigen wordt genomen door minstens een verpleegkundige, bij voorkeur in overleg met de andere teamleden.

De beslissing wordt genoteerd in het verpleegkundig dossier en zo spoedig mogelijk medegedeeld aan de behandelend arts.

De patiënt en de familie worden ingelicht over de beslissing. Indien noodzakelijk volgt een nabespreking.

Dankbetuiging

De auteurs wensen prof. dr. H. Nys, dhr. F. Bosmans, de Commissie voor Medische Ethiek, het Directiecomité en

de Medische Raad van de UZ Leuven te bedanken voor hun bemerkingsen en suggesties op de ontwerpversie van de richtlijn.

Abstract

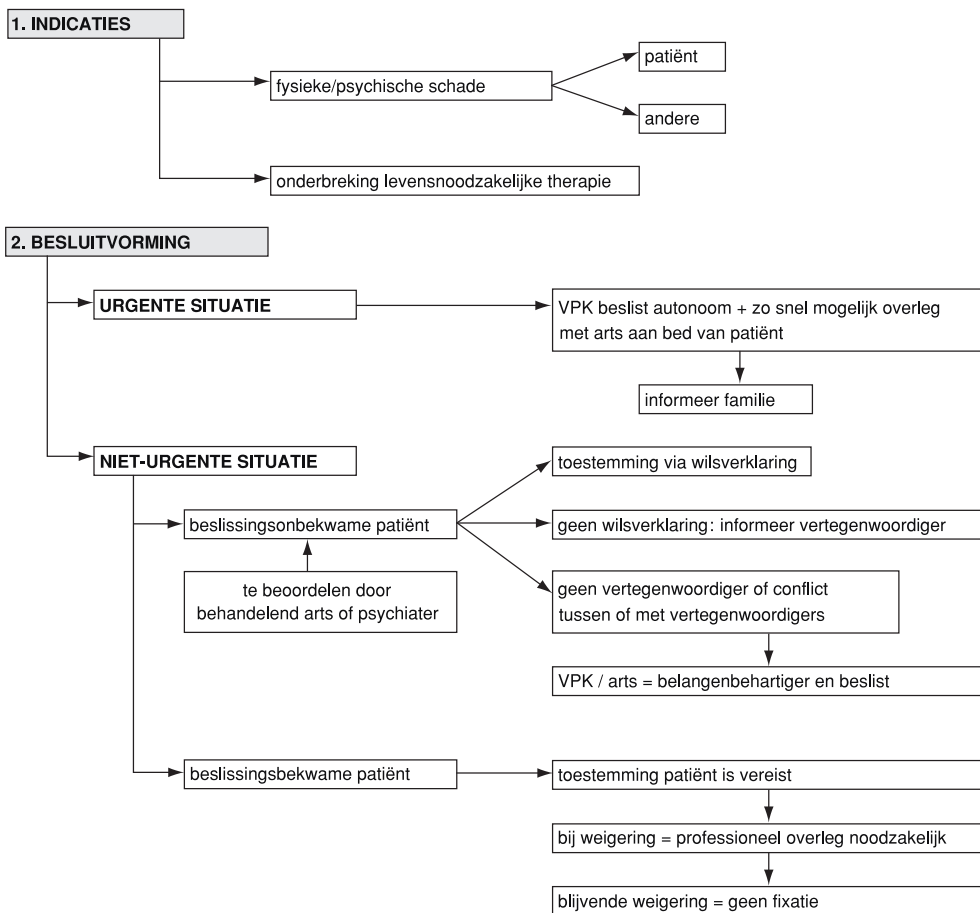
Clinical practice guidelines for the maintenance of patient safety in the University Hospitals of Leuven: Use of physical restraints.

Restraints may be justified to maintain optimal patient safety or to guarantee proper treatment in life-threatening situations. Still, the decision to apply physical restraints is often based on improper clinical arguments.

The University Hospitals of Leuven developed a sound ethical and evidence-based institutional restraint policy. These clinical practice guidelines intend better patient quality by enhancing interdisciplinary decision making and responsibility as well as by improving communication with the patient and his relatives concerning the use of physical restraints.

LITERATUUR

- CAPEZUTI E, MAISLIN G, STRUMPF N, EVANS LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 90-96.
- DE HERT M, MAGIELS G, THYS E. Over mijn lijf: Bijsluiters bij de wet over de rechten van de patiënt. Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet, 2003.
- EVANS D, WOOD J, LAMBERT L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs* 2002; 40: 616-625.
- EVANS LK, STRUMPF NE. Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 65-74.
- GASTMANS C, MILISEN K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics* 2006; 32: 148-152.
- MACCIOLI G, DORMAN T, BROWN BR, et al. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies – American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2003; 31: 2665-2676.
- MCLARDY-SMITH P, BURGE PD, WATSON NA. Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand. A hazard of physical restraint. *Hand Surg (BR)* 1986; 11: 65-67.
- NYS H. De rechten van de patiënt. Gids voor patiënten en zorgverleners die in deze Eis-tijd voor een vertrouwensrelatie kiezen. Leuven: Universitaire Pers Leuven, 2001.
- PARKER K, MILES SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 797-802.
- RETSAS AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Studies* 1998; 35: 184-191.
- Richtlijn fixatie vzw Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaars, St.-Niklaas, januari 2004.
- SCOTT TF, GROSS JA. Brachial plexus injury due to vest restraints. *N Engl Med* 1989; 320: 598.
- VAN WESENBEECK A, DE BECKER I, MAN B, MILISEN K. Het gebruik van fixatiemiddelen bij ouderen. In Milisen K, De Maesschalck L, Abraham I, eds. Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002: 373-384.
- Visietekst V.V.I. Omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor ouderen. 22 oktober 2004.
- Wet betreffende de rechten van de patiënt (22/8/2002, Belgisch Staatsblad 26/9/2002): <http://www.health.fgov.be/EMDMI/nl/Wetgeving/wet-rechtenPatient.htm>



3. UITVOERING

- * kies materiaal aangepast aan de ernst van de toestand
- * controleer of het materiaal veilig en correct is aangebracht
- * zorg voor maximaal comfort en oproepsysteem voor de patiënt
- * zorg voor regelmatig toezicht en controle:
 - * vitale parameters
 - * beweging, gevoel, bloeddorstrooming/pulsaties t.h.v. fixatie
 - * psychosociale toestand

4. RAPPORTAGE IN HET VERPLEEGKUNDIG DOSSIER

- * motivering
- * type en tijdstip fixatie - herevaluatie
- * naam en overleg met alle betrokkenen

5. HEREVALUATIE

- * gebeurt regelmatig door een VPK en wordt besproken in team
- * rapporteer in VPK-dossier verlenging of stop fysieke fixatie

(VPK = verpleegkundige)

Fig. 1: Stroomdiagram: richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt in de UZ Leuven.