

# Fixatiarm beleid bij personen met een verstandelijke beperking

---

## ❖ OMSCHRIJVING VAN HET PROJECT

Verantwoord fixatiarm beleid bij bejaarde tot hoogbejaarde bewoners met een voornamelijk ernstig tot diep verstandelijke beperking met bijkomende gedrags-, functie- en zintuiglijke problemen.

## ❖ EVOLUTIE VAN HET FIXATIEBELEID 2009-2015



## Doelgroep PVT MG

- Gemiddelde leeftijd: 67.6
  - jongste bewoner: 52.8
  - oudste bewoner : 94.2
- Cognitief functioneren
  - licht verstandelijke beperking : 2
  - matig: 9
  - ernstig: 14
  - diep: 18
  - psychiatrische problematiek: 1
  - jongdementie: 1
- Blindheid: 4
- Rolstoelgebonden: 11
- Geregeld probleemgedrag: 12

PVT MG huisvest 45 bewoners. Ze zijn gemiddeld 68 jaar, waarbij de jongste 55 en de oudste 94 is.

Het overgrote deel van hen woont al jaren in OPZC Rekem omdat er indertijd geen aangepaste voorzieningen waren voor personen met een verstandelijke beperking. O.w.v. hun laag cognitief functioneren (het merendeel van de bewoners heeft een verstandelijke leeftijd te vergelijken met een ontwikkelingsleeftijd van 0-5 jaar) in combinatie met gedragsproblemen (verbale en fysieke agressie, zelfverwonding...) kwamen zij nadien niet meer in aanmerking voor opname binnen de voorzieningen van het Vlaams Fonds. Dit is de reden waarom er in verschillende psychiatrische centra nog bewoners met een verstandelijke beperking wonen, waarvan het merendeel geen psychiatrische stoornis heeft.

## Visie

Bij PVT MG wordt er interdisciplinair gewerkt. Verpleegkundigen, zorgkundigen, opvoeders, therapeuten en pedagogen, samen zo'n 25 personeelsleden zetten zich elke dag in om een zo goed mogelijke thuis te bieden aan de bewoners. Het aanbieden van een thuissituatie staat immers centraal in de visie van PVT MG. Mede van daaruit is het belangrijk een verantwoord fixatiearm beleid te voeren. Een mens is immers meer dan zijn fysieke toestand, waar vroeger voornamelijk de aandacht op gericht werd. Om de bewoners een thuis te kunnen bieden is het belangrijk om hen in hun totaliteit te begeleiden met aandacht voor zowel hun lichamelijke, psychische, sociale als levensbeschouwelijke behoeften.

De begeleiding balanceert op een slappe koord tussen verschillende evenwichten:

- tussen gezamenlijk en apart;
- tussen vrijheid en bescherming;
- tussen zinvolle uitdagingen en voorhanden zijnde mogelijkheden;
- tussen ingrijpen en laten betijen;
- tussen distantie en betrokkenheid.

Binnen deze totaliteit is vrijheidsbeperking een heikel punt, omdat daar net evenwichten moeten gevonden worden tussen het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van een specifieke bewoner en de veiligheid en de rust voor medebewoners en begeleiders.

Het feit dat met de stijgende leeftijd de mobiliteit afneemt, het valgevaar en de fysieke afhankelijkheid vergroot, de cognitieve beperkingen, gedragsproblemen en zelfverwonding al van bij aanvang aanwezig zijn, zijn factoren die de kans op fixatie vergroten.

Daarnaast is er een lagere personeelsbezetting dan in de voorzieningen van het VAPH en was er aanvankelijk een tekort aan kennis bij de begeleiding over de negatieve gevolgen van fixatie.

Tel daarbij op dat bepaalde bewoners vanuit het verleden sinds jaar en dag op bepaalde momenten van de dag of nacht gefixeerd werden, dan is het duidelijk dat er een mooie uitdaging lag in het uitwerken van een fixatiearm beleid.

In **2009** startte het eerste project daaromtrent als **verbeterproject** voor de hele zorgeenheid.

De volgende vooropgestelde doelstellingen werden behaald: het kaderen van het project en het motiveren van teams, inventariseren van bewoners die gefixeerd waren met achterliggende motivatie, sensibilisering over gevolgen op fysiek en psychisch gebied van fixatie, alternatieven zoeken ( bezoeken, werkgroepen, internet...) en per bewoner concrete afspraken maken en formulieren invullen volgens procedure.

Door dit eerste project werd er concreet een afbouw gerealiseerd van 21 naar 15% en werd de procedure correct toegepast voor degenen die wel nog gefixeerd moesten worden.

In **2011** werd er een vervolgtraject gerealiseerd via een **innovatieproject**, aangeboden tot het bekomen van het getuigschrift interdisciplinair postgraduaat ouderen: 'Het gebruik van fysieke fixatie in de zorg bij ouderen met een ernstige verstandelijke beperking.'

De hoofddoelstelling was het in kaart brengen van de kennis en de mening van de begeleiding . Door de enquêtes kwam aan het licht dat de kennis van de negatieve gevolgen van fixatie bij de (steeds veranderende) begeleiding reeds was afgenomen. De resultaten van de enquête werden teruggekoppeld en een nieuwe bijscholing werd gegeven door de ergotherapeut.

In **2015** werd opnieuw expliciet aandacht gegeven aan het fixatiarm beleid door het uitwerken van het **Project Valpreventie**. De doelstelling was preventief werken naar valpreventie toe als alternatief voor fixatie. Een procedure (hoe preventief werken) en een protocol (wat te doen indien iemand gevallen is) werden grondig uitgewerkt, coaches per zorgeenheid gevormd en de praktijkrichtlijn val- en fractuurpreventie van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen werd geduid en in gebruik genomen. Bij dit expertisecentrum heeft de projectgroep hiervoor een eervolle vermelding gekregen.

Om de materie blijvend onder de aandacht te houden, wordt dit thema op structurele basis onder de loep genomen tijdens het maandelijks teamoverleg en op de dagelijkse briefings.

### Bereikte doelstellingen

- fixatie wordt afgebouwd waar mogelijk;
- indien afbouw van fixatie (nog) niet mogelijk is, wordt gezocht naar de meest comfortabele vorm van fixatie en wordt deze op een correcte en veilige manier toegepast, inclusief de aandacht voor de nodige formaliteiten;
- mobiliteit wordt dagelijks onderhouden bij personen met vergroot valgevaar;
- gerichte aandacht naar schoeisel, medicatie, zicht, omgeving en sterk uitgebouwde werking rond comfort- en hulpmiddelen;
- vlotte samenwerking met dienst onderhoud en techniek.

## Concrete evoluties aan de hand van casussen

- RW werd tot 2009 24 uur per dag gefixeerd (in bed en in de zetel met een buikriem). De reden: zeer broze botten in combinatie met het zich continu op de grond laten vallen, diep verstandelijke beperking en blindheid.  
Sinds juli 2014 slaapt hij in een omkast bed en ligt hij overdag op een waterbed, waarbij hij niet de mogelijkheid heeft om eraf te laten vallen.  
Een omkast bed is een gewoon houten bed met een houten kader waarin plexiglas is gemonteerd en een deuropening aan beide lange zijden. Oorspronkelijk had dit bed slechts één deuropening, waardoor het voor de begeleider moeilijk was om de bewoner te positioneren of uit bed te halen en voor de bewoner oncomfortabel. Vanuit de visie van het **hef- en tilbeleid** werd er bekeken hoe er meer ergonomisch kon gewerkt worden. Dit heeft geresulteerd in een aanpassing van de omkast door aan beide lange zijden een deuropening te voorzien.  
Het grote voordeel van deze bedden is de totale bewegingsvrijheid van de bewoner. De enige tekortkoming aan deze bedden is de onmogelijkheid om met een tillift te werken.
- RP is sinds september 2014 overgeschakeld van een 2- puntsfixatie (buik en enkel) naar een omkast bed.
- JV maakt kledij stuk en eet de vezels op met darmproblematieken als gevolg. Hij is in de periode van het eerste project overgeschakeld van een dwangvest naar beschermingshandschoenen.
- AV, MD en RV slapen omwille van valgevaar in een verpleegdeken i.p.v. van een 2- puntsfixatie, hetgeen veel meer comfort geeft en evenveel veiligheid.
- GH automutileert en vertoont fysieke agressie naar voorwerpen. Hij is in het voorjaar van 2014 overgeschakeld van een 3- puntsfixatie mét dwangvest naar volledige vrijheid dankzij de toewijzing van één van de weinige eenpersoonskamers en een doorgedreven zoektocht naar alternatieve materialen, zoals antischeurdeken, antischeurmatras en antischeurpyjama.
- RV ,FC, JW, RV dragen omwille van het groot valrisico door afnemende mobiliteit knie- en polsbescherming en/of een helm i.p.v. de vroegere fixatie in de zetel.

## Huidige cijfers fixaties

- 's nachts:
  - klassieke fixatie: 7/45 personen = 15.5 %, waarvan
  - 4 verpleegdeken: 8.8%
  - 1 beschermende wanten
- overdag:
  - 5/45 personen = 11%, waarvan
  - 1 beschermende wanten

## ❖ UITDAGINGEN VOOR 2016 EN VERDER

- realiseren van 2 extra omkaste bedden;
- aanpassing van de omkaste bedden om de bewoners met de tillift te kunnen positioneren;
- alternatief zoeken voor CB, namelijk gepaste fixatie 's nachts ter bescherming van de ogen o.w.v. automutilatie;
- alternatief zoeken voor AH 's nachts: valgevaar en AH is te klein voor een verpleegdeken.

Een enthousiast team van therapeuten (kine en ergo), zorgkundigen, verpleegkundigen, opvoeders en pedagogen, ondersteund door de psychiater en de hoofdverpleegkundige werken dagelijks mee aan het succes van dit project.