

Klinische aspecten van vrijheidsbeperkende maatregelen

Prof. Koen Milisen

Centrum voor Ziekenhuis- en verplegingswetenschap, K.U.Leuven

en

Dienst Geriatrie, UZ Leuven

Definitie fysieke fixatie

- Elke handelingsmethode (menselijk of mechanisch toegepast), materiaal of uitrusting aan of in de buurt van het lichaam van een persoon
- met de opzettelijke bedoeling dat de persoon deze niet kan verwijderen
- en die de bewegingsvrijheid beperkt

(Retsas, 1998)

Voorbeelden

- Pols- en enkelbanden
- Riemen
- Vestjes
- Lakens
- Handschoenen
- Rolstoelen of zetels die achterwaarts kunnen kantelen al dan niet met aangepaste veiligheidsgordels en/of voorzettafel
- Slaapzak (trappelzak)
- Onrusthekkens
- ...

Andere vormen van vrijheidsbeperking (naast fysieke fixatie)

- Chemisch fixatie
 - sedativa, antipsychotica, ...
- Elektronische bewaking
- Onder dwang vasthouden tijdens een medisch onderzoek of verzorging

(Kirkevold & Engedal, 2004a)

Afzondering

- Het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt onder te brengen in een daartoe speciaal voorziene afzonderingskamer
- al of niet met fixatie
- indien de fysische en psychische integriteit van deze persoon acuut gevaar loopt en er geen enkel ander therapeutisch alternatief beschikbaar is

(MPG, 1996)

Epidemiologie fysieke fixatie

- **Algemene ziekenhuizen**
 - Algemeen: 6% tot 17%
 - 65-plus: 18% tot 22%
 - Dementie, verhoogd valrisico: > 50%

(Fregley & Mion, 1986; Sullivan-Marx et al., 1999, Hamers & Huizing 2005)

Epidemiologie fysieke fixatie

- **Rusthuizen: 49%**
 - 90% continu gefixeerd en meer dan 3 maanden

(Hamers et al., 2004)

Epidemiologie fysieke fixatie

- **Survey bij zorgverantwoordelijken in 154 Vlaamse rusthuizen en 41 Vlaamse ziekenhuizen**

- Geschatte prevalentie in de afgelopen week

Fixatie	RH	ZH
0% tot 29%:	61,3%	65,0%
30% tot 59%:	26,0%	10,0%
> 60%:	7,3%	2,5%
Geen idee:	5,3%	25,0%
Te hoog %	/	33,3%

(Milisen, Talloen, Lodewijckx, Evers en Gastmans, 2002 en 2003)

Epidemiologie Psychiatrische setting

Keski-Valkama et al. 2009. Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide postal survey study in Finland

Table 1 Distribution of age, gender, diagnosis and phase of hospital stay among all psychiatric inpatients ($n = 28,064$) during the study weeks in 1990, 1991, 1994, 1998 and 2004, and proportion (% with 95% CI) of the restrained/secluded (R/S) ($n = 617$) in each sub-group

	1990			1991			1994			1998			2004			Total				
	All	R/S		All	R/S		All	R/S		All	R/S		All	R/S		All	R/S			
	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)		
Age (years)																				
18-29	972	3.8	(2.8-5.2)	1,109	3.2	(2.4-4.5)	1,115	3.2	(2.3-4.4)	1,025	1.8	(1.1-2.8)	1,146	1.8	(1.2-2.8)	5,367	2.8	(2.4-3.2)		
30-39	1,686	2.8	(2.1-3.7)	1,595	2.9	(2.2-3.9)	1,486	2.6	(1.9-3.5)	1,321	1.9	(1.3-2.8)	988	2.1	(1.4-3.2)	7,089	2.5	(2.2-2.9)		
40-49	1,674	2.4	(1.8-3.2)	1,552	2.4	(1.7-3.3)	1,789	2.6	(2.0-3.5)	1,471	1.4	(0.9-2.2)	1,176	1.5	(1.0-2.4)	7,663	2.1	(1.8-2.5)		
50-64	2,085	1.5	(1.1-2.2)	1,847	0.8	(0.5-1.3)	1,395	1.6	(1.1-2.5)	1,349	2.0	(1.4-2.9)	1,269	2.5	(1.8-3.5)	7,945	1.6	(1.4-1.9)		
Gender																				
Male	3,741	2.4	(1.9-2.9)	3,544	2.2	(1.7-2.7)	3,385	2.4	(2.0-3.0)	2,944	1.5	(1.1-2.0)	2,497	2.2	(1.7-2.9)	16,111	2.2	(1.9-2.4)		
Female	2,676	2.5	(2.0-3.2)	2,559	2.2	(1.7-2.9)	2,400	2.6	(2.0-3.3)	2,226	2.1	(1.6-2.8)	2,092	1.7	(1.3-2.4)	11,953	2.3	(2.0-2.5)		
Diagnosis																				
Schizophrenia	4,457	2.5	(2.1-3.0)	4,256	2.4	(2.0-2.9)	3,911	2.9	(2.4-3.4)	3,323	1.9	(1.5-2.5)	2,760	2.0	(1.6-2.6)	18,707	2.4	(2.2-2.6)		
Substance use	198	8.6	(5.4-13.3)	191	4.2	(2.2-8.1)	240	6.2	(3.8-10.1)	275	2.9	(1.5-5.6)	269	6.7	(4.3-10.3)	1,172	5.6	(4.5-7.1)		
Mood disorder	592	1.7	(0.9-3.1)	670	2.1	(1.3-3.5)	874	1.0	(0.5-2.0)	937	1.3	(0.7-2.2)	1,081	1.1	(0.6-1.9)	4,154	1.4	(1.1-1.8)		
Other	981	1.7	(1.1-2.8)	822	1.2	(0.7-2.2)	661	1.2	(0.6-2.4)	617	1.1	(0.6-2.3)	465	1.3	(0.6-2.8)	3,546	1.4	(1.0-1.8)		
Phase of hospital stay																				
Acute	251	13.5	(9.9-18.3)	322	11.5	(8.5-15.4)	437	11.2	(8.6-14.5)	421	7.4	(5.3-10.3)	433	9.2	(6.9-12.3)	1,863	10.3	(9.0-11.7)		
Sub-acute	2,342	1.2	(0.9-1.8)	2,454	1.4	(1.1-2.8)	2,680	1.8	(1.3-2.3)	2,703	1.2	(0.9-1.7)	2,599	1.2	(0.9-1.7)	12,778	1.4	(1.2-1.6)		
Chronic	3,824	2.4	(2.0-3.0)	3,327	1.9	(1.5-2.4)	2,668	1.8	(1.4-2.4)	2,047	1.3	(0.9-1.9)	1,557	1.3	(0.9-2.1)	13,423	1.9	(1.7-2.1)		
Total	6,417	2.4	(2.1-2.8)	6,103	2.2	(1.9-2.6)	5,785	2.5	(2.1-2.9)	5,170	1.8	(1.4-2.2)	4,589	2.0	(1.6-2.5)	28,064	2.2	(2.0-2.4)		

Length of hospital stay prior to the index restraint/seclusion episode or at the end of the study week: acute (0-4 days), sub-acute (5-90 days), chronic (over 90 days)

Risicofactoren

● Patiëntgebonden

– Risicogroep zijn ouderen met

- functionele beperkingen
- toegenomen lichamelijke afhankelijkheid
- mobiliteitsproblemen
- cognitieve stoornissen
- gedragsproblemen
- voorgeschiedenis van valproblematiek

(Strumpf et al., 1998)

Risicofactoren

- Niet patiëntgebonden
 - Architectonisch
 - Lage personeelsbezetting??
 - Vrees voor gerechtelijke vervolging
 - Personeel
 - een negatieve en/of paternalistische houding
 - routinegedrag
 - gebrek aan kennis van de negatieve gevolgen en van alternatieven
 - beperkt vermogen om met probleemgedrag om te gaan

(Hamers et al., 2009; Koch et al., 2007; Wagner et al., 2007)

Fysieke fixatie enkel als middel van laatste keuze

- Fixatie is geen efficiënt middel in de
 - preventie van valincidenten
 - behandeling van onrust
 - onrust kan er mogelijk door verhoogd worden
- Er zijn risico's verbonden aan fixatie

(Capezutti 2004; Castle & Mor, 1998; Gallinagh et al., 2001; Healy et al., 2008; Hignett & Griffiths, 2005; Parker & Miles 1997)

Kans op letsels en ongevallen

- Hogere kans op letsels indien de persoon valt
 - vb. over de bedsponden te kruipen
- Kans op ernstige huidletsels als de persoon probeert uit de fixatie te geraken
 - pols- en enkelletsels, decubitus en huidletsels door vast te geraken in de bedsponden, ...
- Kans op een dodelijk ongeval
 - bijvoorbeeld door verstikking

Immobilisatie door langdurige en/of inadequate fixatie

- Verlies van spiermassa en daardoor verlies van mobiliteit en stabiliteit met een verhoogd risico op vallen
- Risico op dehydratie
- Risico op incontinentie
- Risico op decubitus
- Gevaar voor constipatie

Psychisch lijden

- Voor sommige ouderen een gevoel van veiligheid en stabiliteit
- Meestal een gevoel van vrijheidsbeperking zonder echt te begrijpen waarom
 - kan aanleiding zijn voor het ontwikkelen van nog meer angst en onzekerheid, agressie en/of depressie
- Belemmering sociale contacten & sociale isolatie

Gevolgen bij afzondering

- Negatief percipiëren van dwangmaatregelen door pt.
 - gebruik in functie van machtsvertoon en controle
 - onvoldoende geïnformeerd omtrent
 - reden van afzondering
 - tijdsduur van de afzondering
 - welk gedrag men moet stellen om afzondering te beëindigen
 - gebrek aan communicatie is vaak een versterker van gevoelens zoals eenzaamheid, sociale exclusie en het zich verlaten voelen door anderen
- Sensorische deprivatie
 - ontstaan van verveling, rusteloosheid, irritatie en stemmingswisselingen.
 - verhoogde aandacht voor geluid, moeilijkheden om de tijd in te schatten, dysfunctionele gedachtepatronen en gevoel van controleverlies

(Allen, 2000; Meehan et al., 2000; Meehan et al., 2004; Holmes et al., 2004)

Gevolgen bij afzondering

- **Gedwongen afzondering heeft beperkte therapeutische waarde**
 - hooguit een positief effect in beheersbaar maken van situatie die anders ernstige schade teweeg had gebracht
 - verbetert het gevaar niet dat ten grondslag ligt aan de stoornis
- **Afzondering verstoort het therapeutisch proces en therapeutische relatie; draagt niet bij aan herstel van pt.**

(Abma et al., 2005; Haimowitz et al., 2006; Huckshorn, 2004; Meehan et al., 2004; Noorthoorn et al., 2008)

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; 37: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

- **Resultaten**
 - 24 artikelen; waarvan 9 in ZH, 9 in WZC en 6 in beide settings
 - 3 studies ter reductie van OH wijzen op significante toename in valincidenten of multi-pele valls, en 1 studie wijst op significante afname valincidenten in groep waar OH verminderd worden, echter in deze groep blijft de kans op vallen hoger dan in groep met continu gebruik van OH
 - 1 case-controle studie vindt significant lager valrisico bij patiënten met OH omhoog
 - 1 retrospectieve survey vindt significant lager aantal letsels en hoofdletsels bij valincidenten met OH omhoog
 - 12 studies beschrijven directe letsels ten gevolge van gebruik OH

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; **37**: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

● Conclusies en aanbevelingen

- Ernstige directe schade van OH is meestal gerelateerd aan het gebruik van verouderde modellen (en halve modellen) en onjuiste montage in plaats van inherent gevolg van OH
- OH “lijken” het risico op vallen of letsels door vallen niet te verhogen
- Hoewel de evidentie van beperkte kwantiteit en kwaliteit is, is er weinig reden om aan te nemen dat OH moeten worden afgeschaft of beperkt op basis van hun effect op vallen, letsels van vallen of directe letsels. Een globale afschaffing van het gebruik van OH zou het risico op valincidenten kunnen verhogen.

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; **37**: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

● Conclusies en aanbevelingen

- Omwille van praktische en ethische overwegingen is het gebruik van OH meestal niet van toepassing bij een patiënt
 - die volledig onafhankelijk en mobiel is zonder OH
 - die wilsbekwaam / beslissingsbekwaam is en OH weigert
 - met ernstige verwardheid en onrust en mobiel genoeg is om over OH te kruipen
- voor patiënten die OH vragen, of die niet in staat zijn hun bed te verlaten zonder hulp, kan het gebruik van OH waarschijnlijk niet als een vrijheidsbeperkende maatregel gezien worden.

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; **37**: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

● Conclusies en aanbevelingen

- Bij wilsonbekwame / beslissingsonbekwame patiënten is het personeel verplicht op te treden in het 'beste' belang van de patiënt en dit op basis van een realistische evaluatie en regelmatige herevaluatie / inschatting van het risico verbonden aan het al dan niet toepassen van OH
- Het gebruik van OH is geen substituut voor een adequaat niveau van zorg en observatie en mag nooit worden gebruikt als enige ("stand-alone") methode van valpreventie