

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 1 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

<u>Beschrijving van een indicator</u>
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch gebruik van fixatiemiddelen.

Wijzigingen ten opzichte van vorige versie

Niet van toepassing

Inhoud

1	Doelstellingen die door de raad worden nagestreefd	2
2	Motivatie keuze indicator	4
3	Beschrijving van de indicator	6
4	Tellers en noemer	7
5	Domein	7
6	Communicatie/Rapportering	7
7	Interpretatie van resultaten	8
8	Referenties	8
9	Bijlagen	10

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 2 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

1 Doelstellingen die door de raad worden nagestreefd

De FRKVA indicatorenset rond het zorgthema **fysieke fixatie van patiënten in acute ziekenhuizen** is gebaseerd op de besluiten van het eindverslag van de technische commissie voor verpleegkunde rond fixatie en isolatie (FOD Volksgezondheid oktober 2007):

1. De technische verpleegkundige verstrekking B1: “Maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht” blijft een **uitzonderingsmaatregel** die bij voorkeur na **multidisciplinair overleg** wordt genomen, in akkoord met **de patiënt of zijn vertegenwoordiger of zijn verwant**. In de procedure, die verplicht wordt opgesteld, wordt bepaald dat de verpleegkundige zo nodig zelfstandig een vrijheidsberovende maatregel kan toepassen, maar dit zo spoedig mogelijk in het multidisciplinair teamoverleg moet brengen. Zo blijft de verpleegkundige in de mogelijkheid in dringende omstandigheden onmiddellijk een vrijheidsberovende maatregel toe te passen volgens de bepalingen van de procedure. Het verdient aanbeveling in de procedure met voorziene maatregelen een beslissingsboom te voorzien (algoritme).
2. De toepassing van vrijheidsberovende maatregelen houdt automatisch in dat de verpleegkundige op de patiënt een **verhoogd toezicht** houdt om de veiligheid van de patiënt te verzekeren.
3. In het overleg tot voorkomen, beperken of accepteren van het gevaar op lichamelijk letsel, wordt steeds gekozen voor de **minst ingrijpende vrijheidsberovende maatregel**.
4. Steeds wordt onderzocht welke de **onderliggende oorzaken** van de mentale stoornis zijn en deze worden zo nodig behandeld.
5. Een **fixatie- en isolatiearm beleid** wordt door de verpleegkundigen en de instellingen en organisaties waarin zij werken, nagestreefd. De inrichtende macht van de instelling of de organisatie dient volgende maatregelen te nemen om dit beleid te realiseren:
 - Het opstellen van een **procedure na multidisciplinair overleg** voor de instelling, eventueel specifiek per afdeling.
 - Een **voldoende aantal personeelsleden** met een minimum van twee 's

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 3 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

nachts voor een verpleegeenheid van 30 bedden (waarvan minstens 1 verpleegkundige).

- Een **doelmatige inrichting en uitrusting** die degelijk onderhouden wordt.
- Een efficiënte vorming van de betrokken gezondheidszorgverstrekkers die regelmatig herhaald wordt.

De huidige normen laten niet toe om 's nachts in 2 personeelsleden te voorzien voor een verpleegeenheid van 30 bedden. De overheid zal de personeelsnormen dringend moeten aanpassen om deze doelstelling te kunnen bereiken.

6. De beleidsprincipes en de toepassing van vrijheidsberovende maatregelen worden in de procedure neergeschreven. Hierbij wordt rekening gehouden met volgende **wetten**:

- Het Europees Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens (art. 5).
- De Belgische Grondwet (art.12).
- De Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (art.5).
- De Wet van 26 juni 1990 met betrekking tot de bescherming van de persoon van de geesteszieke.
- De Wet van 18 juli 1991 betreffende bescherming van de goederen van personen die wegens hun lichaams- of geestestoestand geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn die te beheren.
- De Ministeriële Omzendbrief van de Vlaamse Gemeenschap van 24 oktober 1990 betreffende de afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.
- Artikel 422bis van het strafwetboek.

7. De procedure beschrijft de **afspraken** voor het correct fixeren en isoleren van de patiënt: de voorbereiding (welke materialen gebruiken, ...), de uitvoering (volgorde van handelen, aandachtspunten, technische zorgvuldigheid, ...), de veiligheidsmaatregelen - waaronder de indicatie voor en wijze van verhoogd toezicht, de nazorg en het correct onderhoud van het materiaal.

8. De genomen maatregelen worden uitvoerig in het **patiëntendossier** beschreven,

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 4 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

verantwoord en dagelijks door het team geëvalueerd.

9. Om zijn medewerking te bekomen, wordt in de eerste plaats aan **de patiënt** uitgelegd waarom een maatregel genomen werd.

De volgende definitie van fysieke fixatie wordt gehanteerd: 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**” (Milisen et al., 2006).

2 Motivatie keuze indicator

In een studie van kristine Slachmuylders (2013) werden de prevalentie, redenen en risicofactoren onderzocht met betrekking tot fysieke fixatie bij Vlaamse gehospitaliseerde patiënten. Daarnaast werd gepeild naar kennis, houding en beslissingsproces van zorgverleners in verband met fixatie. De studie gebeurde in 4 Antwerpse ziekenhuizen met 1584 patiënten. Daarnaast werden 198 verpleeg- en zorgkundigen rond kennis, houding en beslissingswijze bevroegd.

De prevalentie van fysieke fixatie was 48%. Zonder bedhekken was dit nog steeds 16%. De belangrijkste reden was valpreventie. Een hogere leeftijd en hulpbehoevendheid waren geassocieerd met een verhoogd fixatierisico. Er bleken hiaten in de 'fixatiekennis' over patiëntenveiligheid en wetgeving terwijl de houding tegenover fixatie matig positief was. Zorgverleners overleggen vooral met collega's. Uit deze studie blijkt dat de prevalentie van fysieke fixatie hoog is en dat er belangrijke kennis- en houding tekorten zijn. Om de veiligheid van patiënten binnen Vlaamse ziekenhuizen te garanderen is er nood aan een fixatiebeleid dat rust op vier peilers: (1) een op fixatiearme gerichte organisatie, (2) een degelijk educatiebeleid, (3) kennis betreffende alternatieven en (4) een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn. De studie concludeerde dat onderzoek naar efficiënte educatiestrategieën, het gebruik van alternatieven in de acute zorg en de invoering van een gedragen fixatiebeleid is aangewezen.

In een recent Nederlands onderzoeksrapport “**extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg: meer inzet externe deskundigen**

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 5 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

en betere focus op afbouw” (*Inspectie voor de Gezondheid December 2012*) was de beslissing om tot de vrijheidsbeperking over te gaan in 43% onzorgvuldig en in 35% minder zorgvuldig. Ook de uitvoering scoorde niet goed namelijk 26% onzorgvuldig en 56% minder zorgvuldig. De reden van de slechte scores heeft te maken met het niet halen van een aantal belangrijke kwaliteitseisen zoals de inzet van externe deskundigen, de focus op de afbouw van de vrijheidsbeperking en een goede verslaglegging. Uit het onderzoek komt echter ook naar voren dat het afbouwen van vrijheidsbeperkingen goed mogelijk is. De door de inspectie getoetste vrijheidsbeperkingen waren in meer dan driekwart van de gevallen op een zorgvuldige manier afgebouwd. Iets minder dan een kwart was minder zorgvuldig en 5% onzorgvuldig. De cliënt of zijn vertegenwoordiger vond in 88% het alternatief beter dan de afgebouwde vrijheidsbeperking. Zorgverleners konden veel succesfactoren aangeven voor het geslaagd en verantwoord afbouwen van een onrustband of het afzonderen. Het betrekken van de cliënt en zijn vertegenwoordiger, een multidisciplinaire aanpak en een goede analyse van het (probleem)gedrag van de cliënt werden vaak genoemd.

In een Duitse studie met 4 actue ziekenhuizen en 61 verpleegeenheden was de prevalentie van fysieke fixatie geobserveerd bij 1267 patiënten van 6,2% tot 16,6%. Kenmerken die een fysieke fixatie beïnvloeden waren leeftijd (> 80 jaar; Odds Ratio of OR : 4,34, 95% CI: 2,18-8,64), een maagsonde (OR: 2,70, 1,40-5,22), een blaassonde (6,52, 3,75-11,34 en opname op intensieve zorgen (3,39, 1,28-8,29). Opname op een meerpersoonskamer (0,55, 0,35-0,89) en een centraal veneuze catheter waren invers gerelateerd aan fysiek fixatie (Krüger et al 2013). Een interventiestudie over 24 maanden introduceerde een fixatiearm beleid en programma (waaronder educatie, consultatie en het aanbieden van alternatieven) in 13 woonzorgcentra met 6 centra in de interventiegroep en 7 centra in de controlegroep. De interventie toonde een daling aan van het gebruik van fixatiegordel in de interventiegroep (3%) ten opzichte van controlegroep (13%) bij een studypopulatie van > 900 residenten (Gulpers et al 2013). Een cluster randomized controlled trial met 40 verpleegeenheden in woonzorgcentra toonde een positief effect aan van de implementatie van een fixatiearm beleid op de kennis, de attitude en het gebruik van fysieke fixatie (Pellfolk et al 2010). Een interventiestudie over 4 maanden in 4 acute ziekenhuizen toonde eveneens een effect aan van een fixatiearmbeleid en programma (Enns et al 2014). Fysieke fixatie bij patiënten met een leeftijd van > 65 jaar evolueerde van 16% tot 27% pre-interventie naar 7% tot 14%

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 6 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

postinterventie.

Voortgaand op de besluiten van het eindverslag van de technische commissie voor verpleegkunde rond fixatie en isolatie en op de recente resultaten van de studies uitgevoerd in Vlaanderen, Nederland en internationaal stelt de FRKVA een structuurindicator met betrekking tot de organisatie van ***bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen*** in alle Belgische ziekenhuizen.

3 Beschrijving van de indicator

Type indicator	structuurindicator
Beschrijving	Het organiseren van bijscholing in verband met theoretische en praktische kennis over de besluitvorming, de maatregelen en handelingen voor fysieke fixatie van patiënten - opgenomen in een protocol - is een onderdeel van het continue bewaken van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Alle verpleegkundige met directe patiëntencontact binnen <i>een periode van 24 maanden</i> en alle nieuwe verpleegkundigen hebben deze bijscholing genoten.

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 7 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

4 Tellers en noemer

$\text{FRKVA 5c} = \frac{5c1 + 5c2}{2}$	
Teller 1	Is er een bijscholing over de theoretische kennis, het protocol en het technisch gebruik van fixatiemiddelen voor alle verpleegkundigen in de loop van de laatste 24 maanden?
Noemer	/
Antwoord	Ja = 1 Neen = 0
Teller 2	Wordt er een bijscholing voor elke nieuwe verpleegkundige binnen het jaar van in dienst name over de theoretische kennis, het protocol en het technisch gebruik van fixatiemiddelen georganiseerd?
Noemer	/
Antwoord	Ja = 1 Neen = 0

5 Domein

- ☒ Kwaliteit van zorg
 ☒ Patiëntveiligheid
 ☐ Patiënttevredenheid
☐ Personeeltevredenheid

6 Communicatie/Rapportering

Verantwoordelijke	Directeur verpleging
Communicatieforum	Mail

5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen. FRKVA / CFQAI 2013

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 8 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

Doel rapportering	Benchmark
Periodiciteit	Jaarlijks
Opstartdatum	2015

7 Interpretatie van resultaten

Redenen die aan de basis kunnen liggen van minder goede resultaten.

De redenen die het ontbreken van bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen verklaren, zouden de volgende kunnen zijn:

- een gebrekkige kennis over het belang van een dergelijke functie
- een gebrek aan ondersteuning in de instelling om een dergelijke functie te ontwikkelen
- een gebrek aan motivatie om een dergelijke functie te ontwikkelen
- het ontbreken van voldoende kwalitatieve human resources en/of middelen om een dergelijke functie te ontwikkelen
- een gebrek aan motivatie of kennis over het belang om duidelijk de inhoud van een dergelijke functie te omschrijven

8 Referenties

Eindverslag technische commissie voor verpleegkunde werkgroep fixatie en isolatie.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, oktober 2007

Fysieke fixatie in Antwerpse ziekenhuizen een prevalentie meting met peiling naar kennis, houding en beslissingsbevoegdheid en het ontwerp van een educatiepakket. Eindverslag PWO-project fixatie, hoofdonderzoeker Kristin Slachmuylers.

Karel De Grote – Hogeschool vzw departement gezondheidszorg, maart 2013.

Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg: meer inzet externe deskundigen en betere focus op afbouw.

Inspectie voor de Volksgezondheid Ministerie Gezondheid Welzijn en sport Utrecht,

5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen. FRKVA / CFQAI 2013

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/201519/11/2014	Pagina 9 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

december 2012.

Milisen K, Vandenberghe J, Sabbe M, Lagau R, Braes T, Vanderlinden V, Kerckhofs K, Buysschaert K, Verbruggen F, Vaneckhout S, Vanberghe K, Meyfrod G, Dewolf J, Vandenberghe R, Vandesande J, Verbist A, Vandeweege H, Nicaise L, Van Nuffelen R, Deboutte P, Lekeu R, Waer M, Rademakers F en Joosten E voor de UZ Leuven werkgroep delirium. Richtlijnen betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiling van de patient in de UZ Leuven. Tijdschrift voor Geneeskunde 62 (23) 2006.

Enns E, Rhemtulla A, Ewa V, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM 2014. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. Journal of American Geriatric Society 62(3):541-5.

Gulpers M, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossem E, Hamers JP 2013 Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. Journal of American Geriatric Society 61:107–112.

Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G 2013 Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies 50 (2013) 1599–1606.

Milisen K, Vandenberghe J, Sabbe M, Lagau R, Braes T, Vanderlinden V, Kerckhofs K, Buysschaert K, Verbruggen F, Vaneckhout S, Vanberghe K, Meyfrod G, Dewolf J, Vandenberghe R, Vandesande J, Verbist A, Vandeweege H, Nicaise L, Van Nuffelen R, Deboutte P, Lekeu R, Waer M, Rademakers F en Joosten E voor de UZ Leuven werkgroep delirium. Richtlijnen betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiling van de patient in de UZ Leuven. Tijdschrift voor Geneeskunde 62 (23) 2006.

Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial Journal of the American Geriatrics Society 2010 Jan;58(1):62-9.

5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen. FRKVA / CFQAI 2013

FRKVA/ CFQAI			
Indicatoren mbt fysieke fixatie acute ziekenhuizen			
Identificatienummer CFQAI-FRKVA 5c	Versienummer 0.1	17/08/2015 19/11/2014	Pagina 10 van 11
5c. Bijscholing (theoretische en praktische kennis) over het protocol en het technisch praktisch gebruik van fixatiemiddelen.			

9 Bijlagen

geen

