

HET GEBRUIK VAN FYSIEKE FIXATIE BIJ OUDEREN: EEN ZORG-ETHISCHE AANPAK¹

C. GASTMANS^{2,4}, K. MILISEN³

Inleiding

In de zorg voor ouderen worden regelmatig maatregelen genomen die de bewegingsvrijheid van deze mensen beperken. Doorgaans liggen hieraan zorgzame motieven ten grondslag, soms spelen ook praktische overwegingen of overmacht een rol. Via empirisch onderzoek wordt een steeds beter inzicht verworven in de prevalentie, de redenen voor en de lichamelijke gevolgen van fysieke fixatie bij ouderen. Minder is gekend over de psychosociale beleving van fysieke fixatie. De ethische waarden die bij de toepassing van fysieke fixatie met elkaar in conflict kunnen komen, kregen tot op heden nauwelijks aandacht.

In dit artikel wordt een bondig overzicht gegeven van de klinische state of the art omtrent fysieke fixatie in rust- en verzorgingshuizen. Tegen deze achtergrond worden enkele waarden en normen geïdentificeerd die bij een ethische evaluatie van fysieke fixatie in overweging moeten worden genomen. Deze waarden en normen vormen de basis voor een aantal aanbevelingen die hulpverleners kunnen ondersteunen in de klinisch-ethische besluitvorming inzake fysieke fixatie. Deze aanbevelingen zijn hoofdzakelijk van toepassing op ouderen in de langetermijnzorg. Ze kunnen eveneens inspirerend zijn

Samenvatting

In dit artikel wordt een bondig overzicht gegeven van de klinische state of the art omtrent fysieke fixatie bij ouderen in rust- en verzorgingshuizen. Tegen deze achtergrond worden essentiële waarden en normen geïdentificeerd die bij een ethische evaluatie van fysieke fixatie in overweging moeten worden genomen.

Deze waarden en normen vormen de ethische grondslag voor een aantal concrete aanbevelingen die hulpverleners kunnen ondersteunen in de klinisch-ethische besluitvorming inzake fysieke fixatie. Respect voor de autonomie en het integrale welzijn van de oudere, een proportionele afweging van de voor- en nadelen, een prioritaire aandacht voor alternatieven voor fysieke fixatie, een geïndividualiseerde zorgaanpak, een interdisciplinair besluitvormingsproces (inclusief de oudere persoon en zijn familie) en een gericht instellingsbeleid zijn de centrale aandachtspunten die een verantwoorde omgang met fysieke fixatie bij ouderen in rust- en verzorgingshuizen moeten mogelijk maken.

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 Biomedische Ethiek en Recht, Katholieke Universiteit Leuven & Caritas-Verbond der Verzorgingsinstellingen, Brussel.

³ Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven & Dienst Geriatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven.

⁴ Correspondentieadres: prof. dr. C. Gastmans, Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, Faculteit Geneeskunde, K.U.Leuven, Kapucijnenvoer 35, 3000 Leuven; e-mail: Chris.Gastmans@med.kuleuven.be

voor de omgang met fysieke fixatie bij andere patiëntengroepen, bijvoorbeeld geriatrische patiënten opgenomen in het ziekenhuis en psychiatrische patiënten.

State of the art

Klinische ethiek is gericht op de oplossing van ethische problemen die zich stellen in de klinische praktijk. De klinische praktijk vormt zowel het vertrekpunt (in de vorm van „een

probleem”) als het eindpunt (in de vorm van „een oplossing”) van de klinisch-ethische reflectie. Hieronder wordt de klinische state of the art inzake fysieke fixatie bij ouderen geschetst.

Definitie en prevalentie

Fysieke fixatie wordt meestal gedefinieerd als: „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” (1). Voorbeelden zijn pols- en enkelbanden, riemen, vestjes, lakens, handschoenen, rolstoelen of zetels die achterwaarts kunnen kantelen al dan niet met aangepaste veiligheids gordels en/of voorzettafel, slaapzak (trappelzak) en onrusthekkens (1, 2).

Het gebruik van dergelijke middelen in de rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) varieert van 4 tot 85% (1, 3-9). De ruime variatie in deze cijfers wordt bepaald door verschillen in de studiepopulatie (bv. al dan niet includeren van ouderen met fysieke en/of cognitieve problematiek), het land waar de studie werd uitgevoerd (bv. verschillen in wetgeving, opleiding, cultuur), de gebruikte methodologie (bv. „survey-bevraging”, analyse van verpleegkundige en medische dossiers, directe observatie), alsook de gehanteerde definitie (bv. al dan niet includeren van onrusthekkens) (6, 10).

Naast het gebruik van fysieke fixatie als de meest gehanteerde vorm van vrijheidsbeperking, wijst een beperkt aantal studies ook op het veelvuldig gebruik van chemische fixatie (bv. het gebruik van sedativa, antipsychotica en anxiolytica) en andere vormen, zoals opsluiting in een kamer, elektronische bewaking, het onder dwang vasthouden van personen tijdens een medisch onderzoek of behandeling en verzorging tijdens de algemene activiteiten van het dagelijks leven (ADL), zoals wasen en aankleden. (6, 9, 11). De ethische beschouwing over het gebruik van deze middelen wordt in dit artikel buiten beschouwing gelaten.

Persoonskenmerken en niet-persoonsgebonden invloeden

Oudere personen op wie fysieke fixatie wordt toegepast, verschillen op diverse kenmerken van

ouderen wier vrijheid niet wordt beperkt. Ouderen met functionele beperkingen, toegenomen lichamelijke afhankelijkheid, mobiliteitsproblemen, cognitieve stoornissen, gedragsproblemen en een verleden met veelvuldige valpartijen lopen een verhoogd risico om gefixeerd te worden (12-16).

Verder kunnen een lage personeelsbezetting en de vraag van de familie de aanwending van fysieke fixatiemiddelen beïnvloeden (4, 17, 18). Veiligheidsoverwegingen voor de oudere zelf (bv. zelfverwonding, vallen) en/of voor anderen (bv. verwonding van anderen) spelen eveneens een belangrijke rol.

Ook routinegedrag, een negatieve en/of paternalistische houding van de zorgverlener tegenover ouderen, de vrees voor gerechtelijke vervolging, het gebrek aan kennis van de negatieve gevolgen van fysieke fixatie en van alternatieven, alsook het beperkte vermogen om met probleemgedrag om te gaan, kunnen tot de toepassing van fysieke fixatie leiden (1, 14, 18, 19).

Lichamelijke risico's

Er groeit sinds enkele jaren een wetenschappelijke consensus over de lichamelijke risico's van het toepassen van fysieke fixatie bij ouderen (tabel 1). Deze lichamelijke risico's worden niet altijd rechtstreeks toegeschreven aan de fysieke fixatie zelf, maar veeleer aan de fysieke en psychische conditie van de oudere. Een oudere persoon met een verminderde fysieke en/of psychische conditie zal sneller nadelige gevolgen vertonen ten gevolge van de fysieke fixatie dan een gezonde oudere persoon. Verder werd vastgesteld dat fysieke fixatiemiddelen niet effectief zijn in het voorkomen van een

TABEL 1

Lichamelijke risico's van fysieke fixatie

-
- kneuzingen en hematomen
 - ernstige lichamelijke verwondingen (bv. breuken en decubitusletsels)
 - respiratoire verwikkelingen
 - urinaire incontinentie en constipatie
 - ondervoeding of toenemende afhankelijkheid met betrekking tot voeding/vochtopname
 - verminderde spiermassa, spierkracht en uithoudingsvermogen
 - toegenomen agitatie en cardiale stress
 - overlijden door wurging of ten gevolge van ernstige verwondingen
-

valaccident of ernstige verwondingen bij agressief gedrag. In vele gevallen nemen de onrust en de angst van de gefixeerde oudere toe, met een toegenomen risico op schade en zelfs overlijden tot gevolg (22, 24).

Psychosociale beleving

De toepassing van fysieke fixatie bij ouderen in RVT's wordt door de oudere zelf, maar ook door de familie en hulpverleners op een bepaalde manier beleefd.

Oudere persoon

Ouderen melden gemengde gevoelens over hun ervaringen met fysieke fixatie (25). Voor sommige ouderen hebben deze middelen (bv. onrusthekkens en rolstoelbladen) een *positieve* betekenis. Het verleent hen een gevoel van veiligheid en stabiliteit („Ik voel me 's nachts veiliger met een onrusthekkens, zo kan ik niet uit bed vallen”). Afhankelijkheid wordt door ouderen niet altijd als iets negatiefs beleefd. Veel oudere personen hebben waardering voor de geboden hulp. Hier is dan ook sprake van een positief ontvangen van zorg („Ik denk niet dat het me echt beperkt. Ik heb er nog niet zo goed bij stilgestaan. Als ik wil opstaan, helpen ze me wel. Maar ik heb het nodig voor m'n kussens, anders glijdt m'n arm omhoog. Ik vind het een goed idee”).

Meestal wordt de toepassing van fysieke fixatie echter *niet als positief* ervaren (25). Integendeel, de toepassing van deze middelen heeft in de beleving van vele ouderen *eerder een traumatisch* dan wel een therapeutisch karakter. Dit gaat gepaard met gevoelens van schaamte, van verlies van zelfrespect, waardigheid en identiteit, van angst en agressie, van sociale isolatie en ontluistering. Vele ouderen uiten gevoelens van gevangenschap („Ik voel me gevangen als een vogel in een kooi”) en beperking van bewegingsvrijheid („Ik kan mijn handen zelfs niet bij elkaar brengen”). Ouderen maken zich ook zorgen over de kans op verwonding bij hun pogingen om te ontsnappen aan de fysieke fixatie. Anderen uiten gevoelens van depressie en apathie ten opzichte van het gebruik van deze maatregelen (4, 26, 27).

Familie

Uit beperkt onderzoek naar de beleving van fysieke fixatie door familieleden blijkt dat het

gebruik van deze middelen vooral geassocieerd wordt met het thema van de eindigheid: de fixatie symboliseert de eindigheid en de beperktheid die onlosmakelijk met het leven verbonden zijn („Toen ik mijn vader vastgeboden zag, verloor ik elke hoop”) (28). Andere betekenissen die aan de fixatie worden gegeven zijn: controle van de situatie („Ik wil niet dat hij valt”), ontkenning („Zolang ik de vrijheidsbeperking niet zie, is alles OK voor mij”), kwaadheid („Ik geloof niet dat ze het doen om hem te helpen”), ontluistering („Door de vrijheidsbeperking lijkt het alsof hij niet meer over zijn geestelijke vermogens beschikt”). De nood aan emotionele ondersteuning van de oudere en zijn familie wordt door de meeste familieleden verwoord.

Hulpverlener

Het toepassen van fysieke fixatiemiddelen brengt een bepaalde structuur met zich mee. Het niet toepassen van deze middelen zou deze structuur voor hulpverleners in gevaar kunnen brengen, waardoor de kans op chaos toeneemt (29). Dit heeft ertoe bijgedragen dat het toepassen van fysieke fixatie in een aantal gevallen een ritueel is geworden, dat eerder tegemoetkomt aan *de behoefte aan een vaste structuur van de hulpverlener* dan aan de therapeutische noden van de oudere.

Daarnaast hebben hulpverleners de indruk dat het toepassen van fixatiemiddelen hen in staat stelt om controle uit te oefenen op de oudere; het wordt door hen ervaren als een vorm van ordehandhaving (30). Opvallend is dat sommige hulpverleners hierbij gebruikmaken van een kinderlijke taal om de ervaringen met ouderdom te structureren. Een dergelijke aanpak wordt door ouderen vaak als vernederend ervaren (infantilisering) en is vaak bedoeld om de bestaande machtsrelaties te behouden (31).

Voor sommige hulpverleners verschaft het toepassen van fysieke fixatie hen het gevoel dat ze hierdoor kunnen ontsnappen aan juridische vervolging (32). Niettemin stelt men bij hulpverleners ook innerlijke conflicten vast, zoals frustratie, ambivalentie en schuldgevoelens inzake fysieke fixatie (33-35).

Ethische afweging van waarden en normen

De klinisch ethicus kan zich niet beperken tot een beschrijving van de klinische stand van zaken, maar is erop gericht de klinische

werkelijkheid te interpreteren in het perspectief van menswaardigheid (36, 37). Meer concreet gaat het in de klinische ethiek om de afweging van ethische waarden en normen die voor het klinisch handelen richtinggevend zijn. Waarden drukken uit wat in de zorgverlening dient te worden nagestreefd om tot meer menswaardigheid te komen. Normen verwoorden concrete gedragsregels die algemeen aanvaard worden als redelijk verantwoord en als adequaat om een menswaardig gehalte te geven aan de zorgverlening. Hieronder worden waarden en normen toegelicht die van belang zijn bij de ethische evaluatie van fysieke fixatie in RVT's.

Respecteren van de waardigheid van de oudere als persoon

Als eerste waarde stellen we voorop dat iedere oudere ten einde toe behandeld moet worden als een persoon. Het persoon-zijn maakt immers de waardigheid uit van de mens. Deze waardigheid is gegrond in het feit dat ieder mens een uniek wezen is (individueel), dat met en door de relatie met andere mensen steeds meer mens wordt (relatoneel), en als zodanig deel uitmaakt van de samenleving als geheel (sociaal) (36,37). De menselijke waardigheid kan niet worden verspeeld, ook niet door ziekte, handicap of een nakende dood.

Uit deze waarde leiden we de ethische norm af dat hulpverleners, op het vlak van zorg, het respect voor de waardigheid van de oudere als persoon zonder meer prioritair moeten stellen.

Respecteren van de autonomie

Als tweede waarde geldt dat de oudere steeds als een verantwoordelijke persoon moet worden beschouwd. De menselijke persoon is immers geen voorwerp, zoals de materiële dingen die ons omringen. De meerwaarde van de mens bestaat er onder meer in dat hij in principe in staat is bewust en vrij en dus op een verantwoorde wijze te kiezen en te handelen (36). In dit kader verwijzen we ook naar *de wet betreffende de rechten van de patiënt* van 22/8/2002 (Belgisch Staatsblad 26/9/2002). Deze stelt dat voor elke interventie bij een meerderjarige de voorafgaandelijke en vrije toestemming vereist is van de geïnformeerde, beslissingsbekwame patiënt (cf. art. 8 §1).

Het aanwezige vermogen van de mens om zelf beslissingen te nemen zal dus ook in de context van fysieke fixatie steeds moeten worden gerespecteerd (38). Hieruit leiden we de ethische norm af dat – in geval fysieke fixatie wordt overwogen – de hulpverleners de wilsbekwame oudere en zijn familie maximaal moeten informeren over de verschillende keuzemogelijkheden. Ze moeten op een zo objectief mogelijke en voor de oudere en zijn familie begrijpelijke wijze informatie geven over de verschillende behandelmogelijkheden, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's. Hulpverleners, ouderen en hun familie moeten op basis van deze informatie proberen te komen tot een overwogen keuze (39). Het toepassen van fysieke fixatiemiddelen bij een wilsbekwame oudere zonder diens toestemming is onaanvaardbaar (40, 41). Zelfs bij een wils- onbekwame persoon dient men zo veel mogelijk de oudere in het besluitvormingsproces te betrekken. Het verlies aan cognitief functioneren – meestal een gradueel proces (bv. dementie) – betekent immers niet noodzakelijk dat een persoon geen eigen keuzen en beslissingen meer kan maken (38). Verder moeten hulpverleners via de wettelijk vertegenwoordiger (meestal de familie) zo veel mogelijk inzicht proberen te verwerven in wat de wils- onbekwame persoon zou gewild hebben.

Bevorderen van het integrale welzijn

In de zorgpraktijk krijgen de lichamelijke aspecten van het menselijk welzijn dikwijls veel aandacht, omdat deze zich het gemakkelijkst laten vertalen in objectiveerbare klachten. Zo wordt voor de preventie van lichamelijke schade vaak fysieke fixatie gebruikt (4). Als de oudere echter als persoon wordt opgevat, dan moeten we aanvaarden dat zorg voor zijn welzijn méér inhoudt dan het vermijden van lichamelijke schade. Respect voor het integrale welzijn is de derde waarde die moet beschermd worden. In een aantal gevallen kan deze waarde op gespannen voet komen te staan met de waarde van lichamelijke integriteit (40). Hoewel de bescherming van de lichamelijke integriteit als een fundamentele waarde kan worden beschouwd, kan men geenszins stellen dat deze waarde steeds voorrang heeft op andere waarden. In sommige situaties kan de keuze voor een andere waarde

gerechtvaardigd zijn, ook al brengt dit eventueel risico's voor het lichamelijke welzijn met zich mee. Mensen ontplooiën tijdens hun hele leven activiteiten met het oog op de realisering van waarden die zij belangrijk vinden, ook al wordt hierdoor hun lichamelijke integriteit eventueel geschaad. Er is geen reden om aan te nemen dat het leven van oudere mensen volledig in het teken moet staan van de bescherming van hun veiligheid (lichamelijke integriteit).

Uit de keuze voor het integrale welzijn van de oudere als waardeprioriteit leiden we de norm af dat in de besluitvorming inzake fysieke fixatie niet alleen aandacht moet geschonken worden aan het lichamelijke welzijn van de oudere, maar ook aan de relationele (mogelijkheid tot contactname), de psychische (beleving van de oudere en familie) en de morele (respect voor autonomie, geïnformeerde toestemming) dimensies van diens welzijn.

Bevorderen van zelfredzaamheid

De vierde ethische waarde stelt de maximale ondersteuning van de zelfredzaamheid van de oudere persoon voorop. Het creëren van een huiselijke sfeer (bv. rustige kamer, nachtverlichting, contacten met vrijwilligers en familie) voor mensen die gedesoriënteerd en onrustig zijn, het bieden van ondersteuning aan mensen met mentale achteruitgang via het opvolgen van

een duidelijk dagschema (bv. vaste afspraken, activiteitenkalender), het organiseren van groepsactiviteiten (bv. oefeningen ter bevordering van de mobiliteit, zoals tai chi, muziek- en danstherapie), enz.; het zijn zorginterventies die een grote sociale en psychische betekenis hebben, zowel voor de oudere als voor degene die de zorg verleent. De zorg voor de „gewone” dagelijkse activiteiten verdient de hoogste prioriteit, niet alleen omwille van de menselijke waarde, maar ook omdat ze in vele gevallen de toepassing van fysieke fixatiemiddelen kan uitstellen of zelfs vermijden (40).

Met het oog op een maximale ondersteuning van de zelfredzaamheid van de oudere stellen we als norm voorop dat het toepassen van fysieke fixatiemiddelen slechts uitzonderlijk kan worden overwogen wanneer het gedrag van de oudere een ernstig gevaar inhoudt voor hemzelf of voor anderen, en waarbij alternatieve maatregelen, die het gebruik van fysieke fixatie kunnen uitstellen of vermijden (tabel 2), falen.

Klinisch-ethische besluitvorming

Op basis van de bovenbeschreven normatieve interpretatie (waarden en normen) reiken we nu concrete oriëntaties aan voor een goede klinische-ethische besluitvorming inzake fysieke fixatie.

TABEL 2

Voorbeelden van maatregelen die het gebruik van fysieke fixatie kunnen uitstellen of vermijden

Specifieke maatregelen:

bed in de laagste stand of matras op de grond, verhoogd toezicht door inschakeling familie/vrijwilligers, schokabsorberende vloerbedekking, heupbeschermers, antislipkousen, vast schoeisel, aangepaste loophulpmiddelen, installatie van de patiënt in nabijheid/in het zicht van verpleegstation, ...

Omgevingsfactoren:

zorg voor een evenwichtige cognitieve en sensorische stimulatie, zoals het aanbieden van krant, klok, kalender en foto's van vertrouwenspersonen; oriënteer patiënt regelmatig in tijd, plaats en persoon; correct gebruik van bril en hoorapparaat; zorgen voor voldoende verlichting en vermijd verblindend licht; laat zwerfgedrag toe, ...

Geïndividualiseerde zorg:

creëer een therapeutische omgeving; zorg voor continuïteit van zorg, vertrouwensklimaat en respectvolle benadering; actief luisteren; documenteer en analyseer gedrag van patiënt; moedig bezoek van vertrouwenspersoon aan; geef voldoende uitleg bij diagnostische en therapeutische interventies en bouw voldoende rustperiodes in, bij agitatie de patiënt kalm, duidelijk en geruststellend bejegenen en niet onbewaakt alleen laten, therapeutische aanraking; voorzie voldoende activiteit en vermijd verveling; ...

Evalueer en behandel volgende risicofactoren voor delier en valproblematiek:

onevenwichtig dag-nachtritme, stoornissen in vocht- en voedingsbalans, infecties, pijn, incontinentie, polyfarmacie, cave psychoactieve medicatie en elk recent opgestart of verhoogd geneesmiddel, zichtproblemen, posturale hypotensie en cardiovasculaire problematiek, onvoldoende fysieke activiteit en problemen met evenwicht, mobiliteit en spiersterkte, ...

Voordelen moeten opwegen tegen nadelen

Voor hulpverleners is het vaak niet duidelijk of fysieke fixatie evident moeten worden toegepast, of dat ze eerder als zinloos moet worden beschouwd. De toepassing van fysieke fixatie is slechts verantwoord wanneer de voordelen opwegen tegen de nadelen. De voordelen kunnen zowel lichamelijk, psychisch als sociaal van aard zijn. De toepassing van fysieke fixatiemiddelen is dus enkel te overwegen indien de gezondheid, de integriteit of het leef- en zorgklimaat ernstig geschaad worden zonder gebruik ervan (39). Wat de vorm, duur en frequentie betreft, dient het hulpverlenend team af te wegen welke procedure het best geschikt is om het vooropgestelde doel te bereiken én bovendien het meest aangepast is aan de wensen en de noden van de oudere. Steeds moet de minst beperkende maatregel eerst worden uitgeprobeerd. De vrijheid mag niet sterker en niet langer beperkt worden dan strikt noodzakelijk is. Er moet met andere woorden een proportionele of redelijke verhouding zijn tussen de fysieke fixatie en de schade die erdoor kan worden vermeden (39, 41).

Vertrekkende van de bekommernis om onnodige fysieke fixatie te vermijden, stellen we voorop dat het toepassen van fysieke fixatiemiddelen slechts uitzonderlijk kan worden overwogen wanneer:

- bepaalde voordelen worden nagestreefd,
- een redelijke kans bestaat dat deze voordelen door fysieke fixatie kunnen worden bereikt (effectiviteit),
- er geen effectieve alternatieven zijn voor fysieke fixatie, en
- de toepassing ervan de oudere zo weinig mogelijk belast.

Elke maatregel individualiseren

Het al dan niet gebruiken van fysieke fixatie dient gebaseerd te zijn op een uitgebreide evaluatie (bv. cognitieve, fysieke, functionele en sensorische toestand van de oudere; medicatiegebruik; voorgeschiedenis en omgevingsfactoren) (2, 43). Indien men tot fysieke fixatie overgaat, moet een aantal begeleidende maatregelen worden toegepast opdat de menselijke waardigheid van de oudere zo veel mogelijk wordt gerespecteerd en complicaties worden vermeden (tabel 3).

Open overleg met alle betrokkenen organiseren

Het omgaan met fysieke fixatie impliceert een moeilijk besluitvormingsproces, waaraan alle betrokkenen elk vanuit hun deskundigheid moeten participeren.

TABEL 3

Begeleidende maatregelen bij gebruik van fysieke fixatie

-
- continue opvolging van fysieke parameters (bv. huidskleur, bloeddorstrooming, pulsaties, beweging en gevoel in de gefixeerde extremiteiten) en van persoonlijke behoeften van de oudere (bv. toiletbezoek, voeding en vocht)
 - maximale bescherming van de privacy en optimalisering van het psychosociaal comfort van de oudere
 - regelmatige onderbreking van de fysieke fixatie
 - regelmatige herevaluatie van indicatie voor fysieke fixatie
-

Management

Het omgaan met fysieke fixatie vraagt om een organisatorische aanpak die door het management van het RVT gedragen wordt. Kernpunten in een dergelijk organisatorisch beleid zijn visie, richtlijnen (zie richtlijn van de U.Z. Leuven als voorbeeld (46)), beleidsplan, opleiding en communicatie (38, 43).

Het management moet een ethische visie ontwikkelen met betrekking tot fysieke fixatie. Een op ethische waarden gebaseerd zorgbeleid kan een motiverende invloed uitoefenen op hulpverleners.

De toepassing van fysieke fixatiemiddelen gebeurt bij voorkeur volgens op voorhand uitgewerkte evidence-based richtlijnen, die door het management en het hulpverlenend team gekend zijn en consequent worden uitgevoerd.

De reductie van fysieke fixatie vraagt om een operationeel beleidsplan. Elementen van zo een plan zijn onder meer: aanpassing van omgevingsfactoren (bv. architectuur, materiaalkeuze), aanstelling van referentiepersonen, interdisciplinaire aanpak (inclusief de oudere persoon en zijn familie), registratie van het gebruik van fysieke fixatie, communicatie over het gevoerde beleid, evaluatie, enzovoort.

De ontwikkeling van een visie, richtlijnen en een beleidsplan gaat hand in hand met een permanente opleiding van hulpverleners inzake de toepassing van fysieke fixatiemiddelen, ethische en juridische aspecten, risico's van en indicaties voor fysieke fixatie, alternatieven, enzovoort.

Tot slot moet een goede communicatie ervoor zorgen dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de gehanteerde visie en het gevoerde beleid inzake fysieke fixatie.

Hulpverlenend team

Hulpverleners dienen elkaar kritisch te bevragen omtrent het verantwoord omgaan met fysieke fixatie. Het zoeken naar nieuwe mogelijkheden om het welzijn van de oudere zo veel mogelijk te bevorderen behoort tot de taak van de ethisch bewogen expert-hulpverlener. Dat zoekproces is niet alleen een kwestie van individuele deskundigheid. Het is veeleer een gezamenlijke onderneming van mensen die openstaan voor elkaars inbreng. Samengevat kunnen de verantwoordelijkheden als volgt worden omschreven (8):

- Het aanwenden van fixatiemiddelen is een technisch-verpleegkundige verstrekking waarvoor geen medisch voorschrift nodig is. Elke verpleegkundige kan dus op basis van gerichte observatie een aanvraag doen tot toepassing van een fixatiemiddel. Het blijft echter altijd een handeling met medische verantwoordelijkheid, aangezien de technisch-verpleegkundige handelingen in juridisch opzicht nog steeds medische handelingen zijn (KB nr. 78, 10/11/1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en KB van 18/6/1990 houdende vaststelling van de lijst van de technisch-verpleegkundige prestaties en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd).
- Het verzoek wordt besproken binnen het interdisciplinair hulpverlenend team. Dit team waakt over de naleving van het instellingsbeleid.
- Wanneer de noodzaak bestaat om „onverwacht en snel” een fixatiemiddel toe te passen, wordt zo snel mogelijk overlegd over de verlenging van of de alternatieven voor de maatregel.
- Het hulpverlenend team informeert alle betrokkenen over de genomen beslissing.

Oudere persoon

Het hulpverlenend team moet de oudere persoon (zelfs in geval van cognitieve achteruitgang) zo veel mogelijk betrekken bij het besluitvormingsproces (38). De hulpverlener biedt toegankelijke informatie over de behan-

delingsmogelijkheden aan de oudere aan, zodat deze ook werkelijk een reële keuze kan maken. Hierbij is niet zozeer de hoeveelheid van de informatie van belang, maar wel wat de oudere met de informatie kan doen. Essentieel bij de besluitvorming is dat men zo veel mogelijk rekening houdt met de wensen van de oudere (38, 47).

Familie

Het hulpverlenend team begeleidt de familie door reeds in een vroeg stadium (bv. bij opname) inlichtingen te verschaffen over de globale instellingsvisie inzake fysieke fixatie (47).

Hoewel het doel is te streven naar een oprechte betrokkenheid van de familieleden bij het besluitvormingsproces omtrent hun familielid, moet benadrukt worden dat de uiteindelijke beslissing door het hulpverlenend team wordt genomen en dat de verantwoordelijkheid volledig voor diens rekening komt. De familie is vaak al te zeer belast door de confrontatie met het aftakelingsproces van de oudere persoon, dat ze zich niet verantwoordelijk gesteld mag voelen voor de uitvoering van diens zorgproces. Dit laatste kan schuldgevoelens losweken.

Schuldgevoelens kunnen bestreden worden door de familie in de mate van het mogelijke (volgens draagkracht en verwerkingscapaciteit) rechtstreeks te betrekken in het zorgproces dat gericht is op het vermijden van fysieke fixatie. Door een intenser contact met zijn vertrouwde omgeving en met vertrouwde personen kan de oudere cognitief, lichamelijk en psychosociaal worden gestimuleerd, waardoor desoriëntatie, agressief gedrag, gevoelens van verveling soms afnemen. Bovendien kan de aanwezigheid van een familielid in de nabijheid van de oudere op zich reeds preventief werken ten aanzien van fixatie (bewakingsfunctie) (2). Deze inschakeling in de zorg kan bijdragen aan het gevoel dat de situatie voor de oudere en voor de betrokken familieleden zinvol is. Het spreekt voor zich dat de familie vrij moet kunnen beslissen al dan niet in te gaan op de uitnodiging om te participeren in de zorg.

Besluit

In deze bijdrage werden twee problemen inzake fysieke fixatie bij ouderen besproken.

Vooreerst bestaat er voldoende empirische evidentie om aan te nemen dat fysieke fixatie in vele gevallen meer schade berokkent dan dat ze voordelen biedt.

Daarnaast gaat de toepassing van fysieke fixatiemiddelen vaak gepaard met een onevenredige inbreuk op het principe van respect voor de autonomie van de oudere persoon.

Hiermee wordt de toepassing van fysieke fixatiemiddelen in uitzonderlijke situaties niet uitgesloten.

De nadruk moet echter liggen op het zoeken van adequate alternatieven. Op deze wijze wordt enerzijds gepoogd de oudere ze veel mogelijk te beschermen tegen schade, terwijl anderzijds zijn persoonlijke vrijheid maximaal wordt gerespecteerd.

Abstract

Use of physical restraint in older persons – A care ethics approach

This article gives a brief overview of the state-of-the-art concerning physical restraint use among older persons in nursing homes. Within this context, we identify some essential values and norms which must be observed in an ethical evaluation of physical restraint of the elderly.

These values and norms provide the ethical foundation for a number of concrete recommendations that could give clinical and ethical support to caregivers when they make decisions about physical restraint. Respect for the autonomy and overall well-being of older persons, a proportional assessment of the advantages and disadvantages, a priority focus on the alternatives to physical restraint, individualized care, interdisciplinary decision-making, and an institutional policy are the central points which make it possible to deal responsibly with physical restraint use among older persons in nursing homes.

LITERATUUR

1. RETSAS AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Studies* 1998; 35: 184-191.
2. GALLINAGH R, SLEVIN E, McCORMACK B. Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue. *J Nurs Manag* 2002; 10: 299-306.
3. EJAZ FK, JONES JA, ROSE MS. Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 960-964.
4. EVANS LK, STRUMPF NE. Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 65-74.
5. KARLSSON S, BUCHT G, ERIKSSON S, SANDMAN PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1348-1354.
6. KIRKEVOLD Ø, ENGEDAL K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2004; 18: 281-286.
7. DE VRIES OJ, LIGTHART GJ, NIKOLAUS T. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly in patients of European hospitals and nursing homes. *European Academy of Medicine of Ageing-Course III. J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: M922-M923.
8. 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.
9. WOO J, HUI E, CHAN F, CHI I, SHAM A. Use of restraints in long-term residential care facilities in Hong Kong SAR, China: predisposing factors and comparison with other countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: M921.
10. LAURIN D, VOYER P, VERREAUULT R, DURAND PJ. Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nurs* 2004; 3: 5.
11. KIRKEVOLD Ø, ENGEDAL K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *BMJ* 2005; 330: 20-22.
12. BURTON LC, GERMAN PS, ROVNER BW, BRANT LJ, CLARK RD. Mental illness and the use of restraints in nursing homes. *Gerontologist* 1992; 32: 164-170.
13. BURTON LC, GERMAN PS, ROVNER BW, BRANT LJ. Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 811-816.
14. CASTLE NG, FOGEL B, MOR V. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: pre- and post-implementation of the Nursing Home Reform act. *Gerontologist* 1997; 37: 737-747.
15. KIRKEVOLD Ø, SANDVIK L, ENGEDAL K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 980-988.
16. SULLIVAN-MARX EM, STRUMPF NE, EVANS LK, BAUMGARTEN M, MAISLIN G. Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following

- restraint reduction efforts. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 342-348.
17. BOURBONNIERE M, STRUMPF NE, EVANS LK, MAISLIN G. Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing homes residents. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1079-1084.
 18. MYERS H, NIKOLETTI S, HILL A. Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraints use and the elderly in an acute care setting. *Nurs Health Sci* 2001; 3: 29-34.
 19. HELMUTH AM. Nurses' attitudes toward older persons on their use of physical restraints. *Orthop Nurs* 1995; 14: 43-51.
 20. LOFGREN RP, MACPHERSON DS, GRANIERI R, MYLLENBECK S, SPRAFKA JM. Mechanical restraints on the medical wards: are protective devices safe? *Am J Public Health* 1989; 79: 735-738.
 21. MCLARDY-SMITH P, BURGE PD, WATSON NA. Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hands. A hazard of physical restraint. *J Hand Surg (Br)* 1986; 11: 65-67.
 22. PARKER K, MILES SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 797-802.
 23. SCOTT TF, GROSS JA. Brachial plexus injury due to vest restraints. *N Engl J Med* 1989; 320: 598.
 24. 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.
 25. GALLINAGH R, NEVIN R, MCALEESE L, CAMPBELL L. Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *Br J Nurs* 2001; 10: 852-859.
 26. COHEN-MANSFIELD J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 722-727.
 27. DAWKINS VH. Restraints and the elderly with mental illness: ethical issues and moral reasoning. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1998; 36: 22-27.
 28. NEWBERN V, LINDSEY I. Attitudes of wives toward having their elderly husband restrained. *Geriatr Nurs* 1994; 15: 135-138.
 29. FAIRMAN J, HAPP MB. For their own good? An historical examination of restraint use. *HEC Forum* 1998; 10: 290-299.
 30. O'CONNOR B. Culture and the use of patient restraints. *HEC Forum* 1998; 10: 263-275.
 31. VAN DONGEN E. Ongelukjes en niet-ongelukjes: infantiliseren en het oude lichaam. *Medische Antropologie* 1997; 7: 41-60.
 32. JANELLI LM, DICKERSON SS, VENTURA MR. Focus groups: nursing staff's experiences using restraints. *Clin Nurs Res* 1995; 4: 425-441.
 33. LAMB KV, MINNICK A, MION LC, PALMER R, LEIPZIG R. Help the health care team release its hold on restraint. *Nurs Manage* 1999; 30: 19-23.
 34. LEE DT, CHAN MC, TAM EP, YEUNG WS. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs* 1999; 29: 153-159.
 35. QUINN CA. Nurses' perceptions about physical restraints. *West J Nurs Res* 1993; 15: 148-162.
 36. JANSSENS L. Artificial insemination: ethical considerations. *Louvain Studies*; 8(1980-1981): 3-29.
 37. SELLING J, ed. *Personalist morals: essays in honor of Professor Louis Janssens*. Leuven: Leuven University Press, 1988.
 38. CHEUNG PP, YAM BM. Patient autonomy in physical restraint. *J Clin Nurs* 2005; 14(Suppl 1): 34-40.
 39. LIÉGEOIS A. Ethische beschouwingen. In: Goeminne L, De Ridder D, Liégeois A. *Fixeren of niet fixeren?* Mechelen: Kluwer, 2003: 81-100.
 40. DODDS S. Exercising restraint: autonomy, welfare and elderly patients. *J Med Ethics* 1996; 22: 160-163.
 41. MOSS RJ, LA PUMA J. The ethics of mechanical restraints. *Hastings Cent Rep* 1991; 21: 22-25.
 42. BROWER HT. The alternatives to restraint. *J Gerontol Nurs* 1991; 17: 18-22.
 43. 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.
 44. GEUSENS P, MILISEN K, DEJAEGER E, BOONEN S. Falls and fractures in postmenopausal women: a review. *J Br Menopause Soc* 2003; 9: 101-106.
 45. MILISEN K, FOREMAN MD, GODDERIS J, ABRAHAM IL, BROOS PL. Delirium in the hospitalized elderly: nursing assessment and management. *Nurs Clin North Am* 1998; 33: 417-439.
 46. MILISEN K, VANDENBERGH K, SABBE M, et al. Richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt in de Universitaire Ziekenhuizen Leuven. *Tijdschr Geneesk* 2006; 62: 1659-1663.
 47. VASSALLO M, WILKINSON C, STOCKDALE R, MALIK N, BAKER R, ALLEN S. Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. *Gerontology* 2005; 51: 66-70.