



1. Fixatiebeleid

Wat is fixatie?

Fixatie omvat verschillende immobiliserende maatregelen: namelijk elke mechanische, chemische, fysieke of omgevingsmaatregel die als doel heeft de activiteit, bedrijvigheid van de persoon te beperken en/of het gedrag van een persoon te controleren. (Calgary General Hospital Administrative Policy, 1994)

Omstandigheden?

Er zijn twee grote groepen van gedragingen die om een fysieke beveiliging kunnen vragen:

- Gedrag van de patiënt brengt levensnoodzakelijke medische behandeling in het gedrang
- Gedrag van de patiënt brengt de veiligheid van zichzelf of anderen in gevaar

Volgende redenen kunnen leiden tot fysieke beveiliging:

- Vallen
- Weglooptgedrag
- Desoriëntatie, verwardheid, onrust
- Agressie t.o.v. zichzelf of anderen
- Verwijderen van levensnoodzakelijke medische hulpmiddelen (bv. infuusleidingen, katheters, ...)

De verantwoordelijkheid voor de beslissing tot een dwangmaatregel ligt in eerste plaats bij de behandelende arts. Het is een therapeutische maatregel, waarvoor artsen hun verantwoordelijkheid moeten opnemen.

Evaluatie

De duur van een fixatie wordt bepaald door de doelstellingen van het fixeren en is steeds zo kort mogelijk. Indien 1 of meerdere voorwaarden tot fixeren niet meer van toepassing zijn dient de fixatie te worden opgeheven. Om tot deze beslissing te komen is intensieve zorg vereist. Frequent individueel contact en observatie met de patiënt ondersteunt de beslissing of de maatregel al dan niet kan worden verlengd of opgeheven of afgebouwd. (van 5-puntsfixatie naar 3-puntsfixatie)

Om een onnodig lange fixatieperiode te voorkomen is een evaluatie en verhoogd toezicht noodzakelijk. Minstens om de 30 minuten dient toezicht te gebeuren door middel van klinische blik via het kijkgat/ raam van de afzonderingsruimte minstens om de 60 minuten dient men de ruimte fysiek te betreden en in communicatie te gaan met de patiënt. De evaluatie gebeurt ook steeds tijdens de overdracht.

Bij langdurige fixatie dient bij iedere overdracht een grondige evaluatie te gebeuren. Elke 24 uur gebeurt ook een evaluatie met een arts. Dit wordt steeds geregistreerd in het dossier. De evaluatie gebeurt idealiter multidisciplinair. Registratie van het toezicht verplicht te noteren in het elektronisch patiëntendossier.

Bij de beslissing tot opheffing van de maatregel wordt steeds de arts geconsulteerd. Tijdens deze maatregel wordt geen bezoek toegestaan

Informatie

De regelgeving voorziet, voor beslissingsbekwame patiënten, dat hun toestemming is vereist alvorens we overgaan tot fysieke beveiliging. Wanneer een hulpverlener de noodzaak tot fysieke beveiliging vaststelt bij een wilsbekwame patiënt en deze laatste weigert dat, dan dient de hulpverlener altijd onmiddellijk te overleggen met de arts of een verpleegkundige. De patiënt moet op voorhand maximaal ingelicht worden over de verschillende keuzemogelijkheden en over de gevolgen van fixeren of niet-fixeren. De arts moet op een zo objectief mogelijke wijze informatie verstrekken over de verschillende behandelingsmethoden, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's.

Als een wilsbekwame patiënt de fysieke beveiliging blijft weigeren, zullen we deze keuze eerbiedigen. Deze beslissing wordt genoteerd in het patiëntendossier.

Wanneer de patiënt beslissingsonbekwaam is (dit wordt beoordeeld door een arts, die indien nodig het advies van een psychiater hiervoor inwint) wordt de toestemming gevraagd aan :

- Een door de patiënt zelf (op voorhand) benoemde vertegenwoordiger
- Een wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt: de samenwonende echtgenoot, de wettelijk of feitelijk samenwonende partner > een meerderjarig kind > een ouder > een meerderjarige broer of zus.
- Indien er geen wettelijke vertegenwoordiger is, of bij conflict tussen wettelijke vertegenwoordigers van dezelfde rang, of wanneer de wettelijke vertegenwoordiger een beslissing neemt die een bedreiging van het leven of ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt inhoudt zal de verpleegkundige of de arts de belangen van de patiënt behartigen (art. 14 §2 en art. 15§2 van de wet op de patiëntenrechten).

In dit geval is overleg noodzakelijk met een duidelijke vermelding in het patiëntendossier. Het is belangrijk de patiënt of zijn vertegenwoordiger rechtstreeks te betrekken in het zorg- en beslissingsproces.

Daar het in praktijk niet steeds haalbaar is de toestemming van de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger te verkrijgen op voorhand (daar dit enige aversie zou kunnen teweeg brengen), kunnen we de vraag tot toestemming ook vertalen in een meldingsplicht. Concreet betekent dit dat wanneer de patiënt gefixeerd wordt, de verantwoordelijke verpleegkundige of de dagverantwoordelijke van de afdeling, de opdracht heeft om de contactpersoon van de patiënt hierover in te lichten.

In alle gevallen wordt de familie ten gepaste tijde op de hoogte gebracht van de reden en omstandigheden. Indien nodig worden bijkomstig voldoende begeleiding en ondersteuning voorzien.

2. Afzonderingsbeleid

Wat?

Afzondering is het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt onder te brengen in een daartoe speciaal voorziene afzonderingskamer, al dan niet met fixatie, indien de fysieke en/of psychische integriteit van deze persoon of anderen acuut gevaar loopt, er geen enkel ander therapeutisch alternatief beschikbaar is en de patiënt geen controle heeft over zijn gedrag. Wanneer 1 of meerdere voorwaarden tot afzondering wegvallen dient de maatregel te worden afgebouwd/gestopt.

Definitie afzondering volgens de Multi Disciplinaire Richtlijn (MDR) van 2020 : het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene afzonderingskamer, hetzij in een andere individuele ruimte, welke de zorggebruiker niet individueel kan verlaten.

In ons ziekenhuis is er enkel op de PAAZ een afzonderingskamer.

Omstandigheden

Medewerkers dienen er zich van bewust te zijn dat deze vrijheidsberovende maatregelen uitzonderlijk zijn en slechts kunnen toegepast worden wanneer alle andere maatregelen falen. Bij toepassing van de maatregelen van afzonderen, wordt verondersteld dat de medewerker er zorg voor draagt dat deze maatregelen de veiligheid verhogen en dat hij toezicht blijft houden op deze patiënt, zoals voorzien in het koninklijk besluit van 18 juni 1990.

Om de beslissing tot afzondering te nemen dient de patiënt aan drie voorwaarden te voldoen:

1: Beperkte of afwezigheid van keuzebekwaamheid van de patiënt. Dikwijls ten gevolge van de problematiek van de patiënt.

2: Bedreiging of schending van de fysieke en/of psychische onschendbaarheid van de patiënt of een ander en zijn omgeving.

3: Alle alternatieve behandelmethoden zijn uitgeput. Onder alternatieve methoden wordt onder andere verstaan : bijzijn geven aan de patiënt, medicamenteuze ondersteuning, inroepen ondersteuning context, uitgang geven, gesprek aangaan...

Volgende doelgroepen mogen weerhouden worden als risicogroepen :

- Patiënten met realiteitsverlies (psychosen..)
- Patiënten met een intoxicatie (alcohol, medicatie, drugs)
- Patiënten met suïcidale klachten
- Patiënten met acute verwardheid (organische stoornissen..)
- Patiënten met een traumatische voorgeschiedenis: hierbij dient de afzondering op een dergelijke wijze te verlopen dat nieuwe traumatisering zo veel mogelijk vermeden wordt
- Patiënten met gedragsproblematiek

Evaluatie

De duur van een afzondering wordt bepaald door de doelstellingen van het afzonderen en is steeds zo kort mogelijk. Indien 1 of meerdere voorwaarden tot afzondering niet meer van toepassing zijn dient de afzondering te worden opgeheven. Om tot deze beslissing te komen is intensieve zorg tijdens een afzonderingsperiode vereist. Frequent individueel contact en observatie met de patiënt ondersteunt de beslissing of de maatregel al dan niet kan worden verlengd of opgeheven.

Om een onnodig lange afzonderingsperiode te voorkomen is een evaluatie en verhoogd toezicht noodzakelijk. Minstens om de 30 minuten dient toezicht te gebeuren door middel van klinische blik via het kijkgat/ raam van de afzonderingsruimte, minstens om de 60 minuten dient men de ruimte fysiek te betreden en in communicatie te gaan met de patiënt. De evaluatie gebeurt ook steeds tijdens de overdracht.

Bij langdurige afzondering dient bij iedere overdracht een grondige evaluatie te gebeuren. Elke 24 uur gebeurt ook een evaluatie met een arts. Dit wordt steeds geregistreerd in het dossier. De evaluatie gebeurt idealiter multidisciplinair. Registratie van het toezicht verplicht te noteren in het patiëntendossier.

Bij de beslissing tot opheffing van de maatregel wordt steeds de arts geconsulteerd.

Bij het de-escalerend beleid geldt bij suïcidaliteit volgend uitgangspunt: wanneer de maatregel afzondering noodzakelijk gebleken is in de context van een (bescherming tegen een) suïcide(poging) geldt bij patiënten, waarbij er een manifeste intentie is/was om te sterven als uitgangspunt, in eerste instantie het borgen van de veiligheid.

Informatie

De regelgeving voorziet, voor beslissingsbekwame patiënten, dat hun toestemming is vereist alvorens we overgaan tot afzondering. Wanneer een hulpverlener de noodzaak tot afzondering vaststelt bij een wilsbekwame patiënt en deze laatste weigert dat, dan dient de hulpverlener altijd onmiddellijk te overleggen met de arts of een verpleegkundige. De patiënt moet op voorhand maximaal ingelicht worden over de verschillende keuzemogelijkheden en over de gevolgen. De arts moet op een zo objectief mogelijke wijze informatie verstrekken over de verschillende behandelingsmethoden, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's.

Als een wilsbekwame patiënt de afzondering blijft weigeren, zullen we deze keuze eerbiedigen. Deze beslissing wordt genoteerd in het patiëntendossier.

Wanneer de patiënt beslissingsonbekwaam is (dit wordt beoordeeld door een arts, die indien nodig het advies van een psychiater hiervoor inwint) wordt de toestemming gevraagd aan :

- Een door de patiënt zelf (op voorhand) benoemde vertegenwoordiger

- Een wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt: de samenwonende echtgenoot, de wettelijk of feitelijk samenwonende partner > een meerderjarig kind > een ouder > een meerderjarige broer of zus.
- Indien er geen wettelijke vertegenwoordiger is, of bij conflict tussen wettelijke vertegenwoordigers van dezelfde rang, of wanneer de wettelijke vertegenwoordiger een beslissing neemt die een bedreiging van het leven of ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt inhoudt zal de verpleegkundige of de arts de belangen van de patiënt behartigen (art. 14 §2 en art. 15§2 van de wet op de patiëntenrechten).

In dit geval is overleg noodzakelijk met een duidelijke vermelding in het patiëntendossier. Het is belangrijk de patiënt of zijn vertegenwoordiger rechtstreeks te betrekken in het zorg- en beslissingsproces.

Daar het in praktijk niet steeds haalbaar is de toestemming van de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger te verkrijgen op voorhand (daar dit enige aversie zou kunnen teweeg brengen), kunnen we de vraag tot toestemming ook vertalen in een meldingsplicht. Concreet betekent dit dat wanneer de patiënt gefixeerd wordt, de verantwoordelijke verpleegkundige of de dagverantwoordelijke van de afdeling, de opdracht heeft om de contactpersoon van de patiënt hierover in te lichten.

In alle gevallen wordt de familie ten gepaste tijde op de hoogte gebracht van de reden en omstandigheden. Indien nodig worden bijkomstig voldoende begeleiding en ondersteuning voorzien.

24 uur na de opheffing van de maatregel wordt de patiënt gezien door de arts. Dit wordt genoteerd in het dossier. De IB zal het gebeuren op eigen initiatief of op vraag van de patiënt verder opvolgen. Een gesprek met de familie behoort eveneens tot de mogelijkheden.

Van de directe leidinggevende, arts en individuele begeleider wordt verwacht dat hij/zij oog heeft voor eventuele latere verwerkingsproblemen bij patiënt en de context. Concreet houdt dit in dat er regelmatig bij de betrokken personen getoetst wordt hoe zij de gebeurtenis verwerken en er mee omgaan. Wanneer er sprake is van blijvend (hevige) emotionele reacties, spreekt de leidinggevende de betrokken personen aan en adviseert hij professionele hulp.

Het nazorgtraject heeft tot doel te praten over de verwerking van de schokkende ervaring en te onderzoeken of verdere begeleiding noodzakelijk is.

3. Dwangmedicatie

Wat

Medicamenteuze fixatie/ingrijpmedicatie: (ook chemische fixatie genoemd) is het (acuut of chronisch) gebruik van neuroleptische, anxiolytische, sedatieve of hypnotische medicatie om het gedrag te controleren of te beheersen, om afzondering of fixatie te vermijden en/of indien de patiënt een gevaar voor zichzelf of anderen/zijn omgeving is.

Omstandigheden

Op de PAAZ afdeling maken we gebruik van acute ingrijpmedicatie wanneer de psychiatrische toestand van een patiënt zodanige onrust of agitatie met zich meebrengt dat zijn fysieke of psychische gezondheid acuut en ernstig in gevaar komt of wanneer de fysieke of psychische gezondheid van de omgeving in gevaar komt. Het doel van het toedienen van medicatie is een snelle de-escalatie van de agitatie te bekomen en gevaar af te wenden. Het doel kan nooit enige vorm van vrijheidsberoving zijn.

Procedure

Het toedienen van medicatie gebeurt enkel na evaluatie van andere manieren om veiligheid te verzekeren. Het toedienen van medicatie gebeurt enkel op advies van de aanwezige arts of arts van wacht of na toestemming van de arts op een vraag van de verpleegkundige en wordt steeds genoteerd in het patiëntendossier. De medicatie wordt genoteerd en gevalideerd in Infohos.

De keuze van de medicatie en de dosis worden bepaald door de arts en houden rekening met de psychiatrische en somatische toestand van de patiënt. De arts baseert zich hiervoor op de geldende richtlijnen en op zijn klinische evaluatie van de toestand van de patiënt.

Het toedienen van medicatie wordt besproken met de patiënt en gebeurt bij voorkeur maximaal op basis van vrijwilligheid en met toestemming? Orale toediening heeft steeds de voorkeur boven intramusculaire of intraveneuze toediening.

Informatie

De regelgeving voorziet, voor beslissingsbekwame patiënten, dat hun toestemming is vereist alvorens we overgaan tot dwangmedicatie. Wanneer een hulpverlener de noodzaak tot dwangmedicatie vaststelt bij een wilsbekwame patiënt en deze laatste weigert dat, dan dient de hulpverlener altijd onmiddellijk te overleggen met de arts of een verpleegkundige. De patiënt moet op voorhand maximaal ingelicht worden over de verschillende keuzemogelijkheden en over de gevolgen. De arts moet op een zo objectief mogelijke wijze informatie verstrekken over de verschillende behandelingsmethoden, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's.

Als een wilsbekwame patiënt de dwangmedicatie blijft weigeren, zullen we deze keuze eerbiedigen. Deze beslissing wordt genoteerd in het patiëntendossier.

Wanneer de patiënt beslissingsonbekwaam is (dit wordt beoordeeld door een arts, die indien nodig het advies van een psychiater hiervoor inwint) wordt de toestemming gevraagd aan :

- Een door de patiënt zelf (op voorhand) benoemde vertegenwoordiger
- Een wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt: de samenwonende echtgenoot, de wettelijk of feitelijk samenwonende partner > een meerderjarig kind > een ouder > een meerderjarige broer of zus.
- Indien er geen wettelijke vertegenwoordiger is, of bij conflict tussen wettelijke vertegenwoordigers van dezelfde rang, of wanneer de wettelijke vertegenwoordiger een beslissing neemt die een bedreiging van het leven of ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt inhoudt zal de verpleegkundige of de arts de belangen van de patiënt behartigen (art. 14 §2 en art. 15§2 van de wet op de patiëntenrechten).

In dit geval is overleg noodzakelijk met een duidelijke vermelding in het patiëntendossier. Het is belangrijk de patiënt of zijn vertegenwoordiger rechtstreeks te betrekken in het zorg- en beslissingsproces.

Daar het in praktijk niet steeds haalbaar is de toestemming van de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger te verkrijgen op voorhand (daar dit enige aversie zou kunnen teweeg brengen), kunnen we de vraag tot toestemming ook vertalen in een meldingsplicht. Concreet betekent dit dat wanneer de patiënt gefixeerd wordt, de verantwoordelijke verpleegkundige of de dagverantwoordelijke van de afdeling, de opdracht heeft om de contactpersoon van de patiënt hierover in te lichten.

In alle gevallen wordt de familie ten gepaste tijde op de hoogte gebracht van de reden en omstandigheden. Indien nodig worden bijkomstig voldoende begeleiding en ondersteuning voorzien.