

Fysieke fixatiefiche

De fysieke fixatiefiche wordt aangevuld met een verslag in het patiëntendossier per bezoek van een zorgverlener.

Ga voor het invullen van deze fiche steeds in overleg met de patiënt, familie, mantelzorgers en andere zorgactoren.

Evalueer en rapporteer op regelmatige tijdstippen.

- Fixatiearme thuiszorg vereist zorgvuldig en doelbewust omgaan met situaties waar fysieke fixatie wordt overwogen, gevraagd of reeds aanwezig is.
- Er dient zoveel mogelijk rekening gehouden te worden met de wensen van de patiënt.
- De patiënt en de familie dienen vanaf het begin betrokken te worden.
- De risicofactoren en oorzaken van het probleem worden steeds grondig geëvalueerd en behandeld (vb. bij valproblematiek dien je steeds de risicofactoren zoals evenwicht en mobiliteit, orthostatische hypotensie etc. te evalueren en behandelen)
- Fixatie is een middel van de laatste keuze, alternatieven worden steeds overwogen; indien er toch gefixeerd wordt, gebeurt dit kortstondig, onder verhoogd toezicht en met middelen die in verhouding staan tot het gedrag van de patiënt.

Doel Fysieke fixatiefiche:

Fysieke fixatie mag enkel als uitzonderingsmaatregel worden toegepast, hierdoor moet er duidelijk gerapporteerd worden in het patiëntendossier waaruit blijkt dat in heel het proces zorgvuldig gehandeld werd. Deze fysieke fixatiefiche heeft daarom als doel om zorgverleners in de thuiszorg te ondersteunen in het duidelijk rapporteren van het besluitvormingsproces inzake fysieke fixatie in de thuiszorg.

Doel stroomdiagram:

Het stroomdiagram heeft als doel om zorgverleners te stimuleren doelbewust en omzichtig om te gaan met situaties waar fysieke fixatie wordt overwogen, gevraagd of reeds aanwezig is en om het beslissingsproces te ondersteunen. Er wordt dan ook sterk aangeraden om bij het invullen van deze fysieke fixatiefiche het stroomdiagram uit de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' te gebruiken ([hier](#) kan u de [samenvatting van de praktijkrichtlijn en het stroomdiagram](#) downloaden)





Identificatie

Naam patiënt:	
Voornaam patiënt:	

Naam mantelzorger:	
Voornaam mantelzorger:	

Naam wettelijke vertegenwoordiger (indien van toepassing):	
Voornaam wettelijke vertegenwoordiger:	



Datum overleg:	___/___/_____
Betrokken:	<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Verpleegkundige <input type="checkbox"/> Zorgkundige <input type="checkbox"/> Verzorgende <input type="checkbox"/> Kinesitherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Logopedist <input type="checkbox"/> Mantelzorger <input type="checkbox"/> Patiënt <input type="checkbox"/> Wettelijke vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> Andere:
Naam en voornaam betrokken zorgverleners:	

Datum (dd/mm/jjjj)

Start datum: ___/___/_____

Evaluatie datum: ___/___/_____

Datum verslag in patiëntendossier: ___/___/_____



Overzicht

Probleem:	Evaluatie & behandeling:	Alternatieven:	Fysieke fixatie:	Motiveer uw keuze:	Wanneer:	Taakverdeling:
<input type="checkbox"/> Valproblematiek <input type="checkbox"/> Overmatig dwalen <input type="checkbox"/> Fysieke agressie <input type="checkbox"/> Agitatie en/of onrustig gedrag <input type="checkbox"/> Suïcide gevaar <input type="checkbox"/> Delirant gedrag <input type="checkbox"/> Incontinentie <input type="checkbox"/> Andere:	<p>Werden de oorzaken of risicofactoren van het probleem geëvalueerd?</p> <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<p>Gebruikte alternatieven:</p> <input type="checkbox"/> Laag bed <input type="checkbox"/> Valmat <input type="checkbox"/> Verhogen toezicht <input type="checkbox"/> Ballendeken <input type="checkbox"/> Nachtverlichting <input type="checkbox"/> Camera's <input type="checkbox"/> Sensoren <input type="checkbox"/> Meldingsystemen <input type="checkbox"/> Andere:	<p>Gebruikte materiaal:</p> <input type="checkbox"/> Voorzettafel <input type="checkbox"/> Enkelband en polsband <input type="checkbox"/> Lendengordel <input type="checkbox"/> Bedsponden <input type="checkbox"/> Remmen rolstoel <input type="checkbox"/> Verpleegdeken <input type="checkbox"/> Andere:	<p>Voordelen gebruik alternatieven of fysieke fixatie:</p>	<input type="checkbox"/> 's nachts <input type="checkbox"/> Overdag <input type="checkbox"/> 24/24u <input type="checkbox"/> Occasioneel:	<input type="checkbox"/> Huisarts <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opvolging <input type="checkbox"/> Uitvoeren handeling (alternatieven of fixatie) <input type="checkbox"/> Verpleegkundige <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opvolging <input type="checkbox"/> Uitvoeren handeling (alternatieven of fixatie) <input type="checkbox"/> Zorgkundige <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opvolging <input type="checkbox"/> Uitvoeren handeling¹ (alternatieven of fixatie) <input type="checkbox"/> Mantelzorger <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opvolging <input type="checkbox"/> Uitvoeren handeling² (alternatieven of fixatie) <input type="checkbox"/> Verzorgende <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opvolging

¹ Onder toezicht van een verpleegkundige en binnen een gestructureerde equipe.

² Mits opleiding en mantelzorgattest opgemaakt door de arts of verpleegkundige.





		<p>Overwogen alternatieven:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Laag bed<input type="checkbox"/> Valmat<input type="checkbox"/> Verhogen toezicht<input type="checkbox"/> Ballendecken<input type="checkbox"/> Nachtverlichting<input type="checkbox"/> Camera's<input type="checkbox"/> Sensoren<input type="checkbox"/> Meldingsystemen<input type="checkbox"/> Andere:	<p>Overwogen materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Voorzettafel<input type="checkbox"/> Enkelband en polsband<input type="checkbox"/> Lendengordel<input type="checkbox"/> Bedsponden<input type="checkbox"/> Remmen rolstoel<input type="checkbox"/> Verpleegdeken<input type="checkbox"/> Andere:	<p>Nadelen gebruik alternatieven of fysieke fixatie:</p>		<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kinesitherapeut<ul style="list-style-type: none">○ Opvolging<input type="checkbox"/> Ergotherapeut<ul style="list-style-type: none">○ Opvolging<input type="checkbox"/> Logopedist<ul style="list-style-type: none">○ Opvolging<input type="checkbox"/> Andere:
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

