Vrijheidsbeperkende maatregelen in de woonzorgcentra: aanzet tot een Vlaamse richtlijn

Leirman Florentine – KU Leuven

In samenwerking met Bonte Marie-Laure en Breughe Loes – KU Leuven

Promotor: Prof. dr. De Lepeleire Jan – KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context: Het toepassen van fixatie, zowel fysische als chemisch, is tot op de dag van vandaag een groot probleem in de Vlaamse woonzorgcentra (WZC). In 2021 ondergingen, volgens het Vlaams Indicatoren Project (VIP²), 17,3% van de bewoners fysieke fixatie overdag, wat zelfs opliep tot 34,3% 's nachts. Betreffende chemische fixatie bestaat geen systematische registratie, doch nemen maar liefst 70% van de ouderen in de Belgische WZC psychofarmaca. Deze cijfers kunnen in realiteit echter nog hoger liggen, gezien niet elk Vlaams WZC data rapporteerde. Ook internationaal is de prevalentie heel uiteenlopend. Enerzijds ligt het ontbreken van een eenduidige definitie voor fixatie hiervoor aan de oorzaak. Anderzijds zijn er amper richtlijnen voorhanden om het zorgpersoneel te ondersteunen in het beslissingsproces.

Doel: Het primaire doel van deze master-na-master thesis was het opstellen van een uniforme richtlijn omtrent fysieke en chemische fixatie, die een leidraad kan bieden voor alle Vlaamse woonzorgcentra en meer bepaald alle (para-)medici die voor de zorg van oudere patiënten instaan.

Methoden: Voor het opmaken van deze richtlijn maakten we gebruik van de 'Leidraad Richtlijn Ontwikkeling' van de 'Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn' (WOREL), opgesteld door EBPracticeNet. Deze thesis werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van KU Leuven. Concreet werden de eerste acht stappen van WOREL uitgewerkt. Panelgesprekken en literatuuronderzoek ondersteunden de klinische vragen, waarbij onder andere de definiëring van fixatie en het proces werden geëxploreerd.

Resultaten: In functie van de vooropgestelde klinische vragen werd een literatuurzoektocht uitgevoerd. Na een grondige kwaliteitsbeoordeling via de AGREEII-tool werden vier richtlijnen weerhouden, respectievelijk twee omtrent fysieke en twee rond chemische fixatie. In de vijfde stap werden de aanbevelingen per klinische vraag gecategoriseerd, waarna de onderbouwing, interpretatie en formulering werd gecontroleerd en beoordeeld. Vervolgens werd gezocht naar recentere literatuur. Er werden geen nieuwe richtlijnen gevonden, wel enkele systematische reviews, dewelke de huidige evidentie ondersteunden. De toepasbaarheid in de Belgische context werd nagegaan door contact met patiëntenorganisaties, panelgesprekken met deskundigen en actuele adviesdocumenten. Tenslotte werden in consensus de aanbevelingen geselecteerd die opgenomen kunnen worden in de richtlijn.

Conclusie: Deze thesis gaf een eerste aanzet tot een Vlaamse richtlijn met het oog op een correct fixatiebeleid. Hierin stelden wij ook de nieuwe term en definiëring 'vrijheidsbeperkende maatregelen' voor, die beter de lading dekt dan fixatie: *'Onder vrijheidsbeperkende maatregelen verstaan we elke handeling, maatregel, materiaal en medicatie, toegepast in de zorg, met als intentie de vrije lichaamsbeweging of zelfbeschikking van de persoon te beïnvloeden gedurende een bepaalde periode, met of zonder toestemming van de persoon.'* De resterende stappen tot een gevalideerde richtlijn zullen nog verder uitgewerkt moeten worden.

Dankwoord

Deze master-na-master thesis kwam tot stand met behulp van professor Dr. Jan De Lepeleire.
Graag willen wij hier dan ook onze oprechte dank betuigen voor alle raad en daad tijdens deze vlotte samenwerking.

We wensen aanvullend alle deelnemers van de panelgesprekken te bedanken voor het delen van hun expertise.

Tot slot willen wij ook onze familie en vrienden bedanken voor de steun gedurende deze opleiding huisartsgeneeskunde.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 6
2. Methode 8
3. Resultaten 9
   Stap 1: De voorbereidende fase 9
      1.1 Methode 9
      1.2 Uitkomst 9
   Stap 2: Het doel bepalen en de klinische vragen definiëren 10
      2.1 Methode 10
      2.2 Uitkomst 10
   Stap 3: Naar relevante richtlijnen zoeken 14
      3.1 Methode 14
      3.2 Uitkomst 15
   Stap 4: De gevonden richtlijnen screenen en beoordelen 16
      4.1 Methode 16
      4.2 Uitkomst 16
   Stap 5: De aanbevelingen selecteren 18
      5.1 Methode 18
      5.2 Uitkomst 18
   Stap 6: De samenhang (consistentie) van de individuele aanbeveling met de onderbouwing beoordelen 23
      6.1 Methode 23
      6.2 Uitkomst 23
   Stap 7: Zoektocht naar recentere literatuur en de toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext nagaan 33
      7.1 Methode 33
      7.2 Uitkomst 33
   Stap 8: De aanbevelingen selecteren voor adaptatie 42
      8.1 Methode 42
      8.2 Uitkomst 42
4. Discussie 46
5. Conclusie 49
6. Persoonlijke reflectie 50
7. Bibliografie 52
8. Bijlages 56
   Bijlage 1: Goedgekeurd protocol ethische commissie 56
   Bijlage 2: Gunstig advies ethische commissie 74
   Bijlage 3: Literatuur onderzoek richtlijnen fixatie t.e.m. 2021 - Stap 3 76
   Bijlage 4: Mini-AGREE II – Stap 4 84
   Bijlage 5: AGREE II – Stap 4 88
   Bijlage 6: Aanbevelingen per richtlijn – Stap 5 99
   Bijlage 7: Literatuur onderzoek nieuwe richtlijnen 2021-2022 – Stap 7 100
   Bijlage 8: Literatuur zoektocht systematische reviews – Stap 7 105
   Bijlage 9: Panelgesprekken 113

1. Inleiding

Als huisarts komt men dagelijks in contact met oudere multimorbide patiënten, dewelke gepaard gaan met functionele achteruitgang en een lagere levenskwaliteit (1). In de laatste zorgfasen ontstaan vaak moeilijk hanteerbare situaties, zoals vallen, weglopen en storend gedrag voor zichzelf en/of anderen. Om deze risico's te minimaliseren, wordt in 15 tot 66% van de binnen- en buitenlandse woonzorgcentra (WZC) beroep gedaan op fixatie (2). 17,3% van de Vlaamse bewoners onderging in 2021 fysieke fixatie overdag, oplopend tot 34,3% 's nachts (3). 79% van de patiënten in WZC in België ontvangt tevens psychotropica (4). Fixatiebeleid is dan ook een belangrijke kwaliteitsindicator voor de Vlaamse zorginspectie.

Vanuit een exploratieve literatuurzoektocht rond dit brede thema definieerde Bleijlevens et al. in 2016 samen met 47 experts uit 14 landen, fysieke fixatie als *'any action or procedure that prevents a person's free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person's body that he/she cannot control or remove easily'* (5). Hoewel dit gebruik van fixatiemiddelen indruist tegen het recht op vrijheid, mag een verpleegkundige of zorgkundige onder toezicht dit in België volgens het KB van 7 oktober 2002 en 2006 uitvoeren zonder medisch voorschrift met als doel lichamelijke letsels te voorkomen (6–10). Hierbij gaat het vooral om bedhekken, voorzettafels en banden/gordels.
Bij gebrek aan een internationale consensusdefinitie, doelt men met chemische fixatie doorgaans op het ongepast voorschrijven van medicatie, in het bijzonder psychotropica zoals hypnotica, anxiolytica, antidepressiva en antipsychotica (11). CMS, Centers for Medicare and Medicaid Services in de Verenigde Staten, omschrijft dit als *'any drug used for discipline or convenience and not required to treat medical symptoms'* (12).
Beide definities laten echter veel ruimte voor persoonlijke invulling, wat de interpretatie van studies en prevalentiecijfers compliceert (11).

Over de indicaties voor fixatie bestaat er meer eensgezindheid. Nagenoeg elke studie in woonzorgcentra haalt valpreventie als voornaamste reden aan. Andere frequent genoemde redenen zijn continuïteit van zorg, bijvoorbeeld om het verwijderen van medisch materiaal te vermijden, en de veiligheid van de patiënt en/of derden te bevorderen (13–15). Dit laatste kadert vooral in gedragsmatige en psychologische symptomen bij dementie (BPSD) zoals agitatie, agressie, angst, sociale ongeremdheid, dwalen, insomnia enz., waarbij tevens snel naar medicatie wordt gegrepen (4,13,16,17). Concreet lopen bewoners met een zwakkere cognitieve status, gebrekkige mobiliteit en hogere mate van afhankelijkheid meer kans om onderworpen te worden aan fixatie (13–15,18,19).
Van minder voorspellend belang zijn de institutionele karakteristieken. Huizing et al. toonde in 2007 in Nederland namelijk aan dat jobkenmerken, bijvoorbeeld een hoge werkdruk, en organisatorische factoren, zoals de ratio zorgpersoneel ten opzichte van bewoners, geen significante invloed hadden op het immobiliseren van bewoners (18). Duitse studies beaamden deze resultaten (19,20). Recente literatuur kon evenzeer geen significante relatie aantonen tussen bestaffing en psychotropica gebruik (4).

Hoewel dementie een bewezen onafhankelijke risicofactor is voor vallen, bestaat er op heden geen wetenschappelijke evidentie dat fixatiemaatregelen effectief kwetsuren voorkomen (21).

Enerzijds toonde Capezuti et al. (1998) aan dat fysieke fixatiereductie niet leidde tot meer valincidenten of gerelateerde blessures (22). Verscheidene studies bevestigen deze gegevens (15,23,24). Als gevolg van het vastbinden ontwikkelt er zich immers spieratrofie en een verminderde coördinatie, waardoor evenwichtsproblemen ontstaan, die op hun beurt kunnen leiden tot vallen (15). Dit resulteert dikwijls in de misvatting dat fixatie een adequate aanpak blijkt.
Anderzijds kon men ook een toegenomen valrisico waarnemen bij inname van benzodiazepines en antidepressiva (25,26). Bovendien gaan fysieke en chemische fixatie vaak hand in hand, waardoor ze elkaars effect kunnen versterken (27,28).
Afgezien van het verhoogd valrisico, ondervinden gefixeerde patiënten tevens meer doorligwonden, contracturen, incontinentie en een grotere afhankelijkheid voor hun dagelijkse taken (28,29). Alzheimerpatiënten onder antipsychotica lopen een toegenomen risico op cardiovasculaire events en mortaliteit (30). Algemeen kunnen bewoners de situatie soms onvoldoende vatten, waardoor gedragsproblemen uitgelokt worden (28,31).
Daarnaast mag de mentale impact niet worden onderschat. Desondanks sommige patiënten zich veiliger voelen, ervaart de meerderheid fysieke fixatie als een verlies van waardigheid, wat schaamte en agressie oproept, depressiviteit doet stijgen, en leidt tot een achteruitgang van cognitieve vermogens en een verminderde sociale betrokkenheid (29,32).
Jaarlijks leidt dit overigens tot - vermijdbare – bevrijdingspogingen met zelfs fatale gevolgen (33).

Kennis van deze fixatievormen en hun gevolgen blijkt vaak onvoldoende bij zowel verpleegkundigen als verwanten, wat de positieve perceptie en fixatie in stand houdt (34–36). Educatie, aanbevelingen of richtlijnen met betrekking tot een fixatie-arm beleid zouden hierin ondersteuning kunnen bieden. Voor de thuiszorg schreef Scheepmans et al. reeds een duidelijke richtlijn in 2016 (37). In hetzelfde jaar stelde de Hoge Gezondheidsraad aanbevelingen op voor de geestelijke gezondheidszorg, waarna De Cuyper et al. een Vlaamse richtlijn formuleerde (38,39). Slechts de residentiële ouderenzorg blijft achter. Dankzij het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP^2) wordt fysieke fixatie in woonzorgcentra momenteel wel geregistreerd (3). Desalniettemin worden hier op dit moment geen adviezen aan gekoppeld, noch vanuit de Vlaamse overheid, noch vanuit de verschillende koepels. De verantwoordelijkheid ligt bij de woonzorgcentra zelf, wat zorgt voor een grote grijze zone met impact op de kwaliteit van onze ouderenzorg.

Aldus kunnen we concluderen dat de nood voor een uniforme, gevalideerde, wetenschappelijk onderbouwde richtlijn hoog is. Door middel van deze masterthesis willen wij dan ook nagaan welke stappen er gezet moeten worden om tot deze ontwikkeling te komen.

2. Methode

Voor het opmaken van deze richtlijn gebruikten we de 'Leidraad richtlijn ontwikkeling' van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL), opgesteld door EBPracticeNet (40). Dit is een leidraad aan de hand van 16 stappen om een evidence-based richtlijn te ontwikkelen. Het vooropgestelde doel van deze masterpaper was het afwerken van de eerste acht stappen, de resterende stappen zouden in een hierna volgende masterpaper worden afgewerkt.
Het protocol voor deze studie werd goedgekeurd door de Onderwijs-Begeleidingscommissie (OBC). Voor het protocol en de goedkeuring zie bijlage 1 en 2.

Het doorlopen van de eerste acht stappen van de WOREL verliep over een periode van drie jaar. Het eerste jaar bestond voornamelijk uit literatuur onderzoek. Vanaf het tweede jaar hebben wij de WOREL stappen doorlopen, alsook meerdere panelgesprekken gevoerd. Het derde jaar betrof voornamelijk het uitschrijven van de uitgevoerde stappen.

Deze masterpaper werd ontwikkeld door drie huisartsen-in-opleiding onder begeleiding van promotor prof. dr. Jan De Lepeleire. In de resultaten sectie volgt een uitgebreide uiteenzetting van de methodiek per stap.

3. Resultaten

De resultaten worden weergegeven per stap van de WOREL-richtlijn.

Stap 1: De voorbereidende fase

1.1 Methode

In deze eerste fase beoogden we het opstellen van ons studieonderwerp. Hiervoor werd een exploratieve zoektocht uitgevoerd, alsook een verkennend gesprek met prof. dr. De Lepeleire.

De communicatie verliep via Zoom vergaderingen en per e-mail, zowel onderling als met de promotor.

1.2 Uitkomst

We stelden vast dat er in Vlaanderen geen algemene evidence-based richtlijn bestaat over de toepassing van fixatie in de woonzorgcentra. Desondanks er dagelijks gebruik wordt gemaakt van fixatie in al zijn vormen en fixatie een kwaliteitsindicator is. Het gaat van een voorzettafel tot puntfixatie, tot de toediening van psychofarmaca. Er werd beslist om zowel fysieke als chemische fixatie op te nemen in deze richtlijn.

De exploratieve zoektocht leerde ons dat er eigenlijk nog te weinig kwaliteitsvol onderzoek werd gevoerd naar fixatie, ondanks de complexiteit van het thema. Om te beginnen moet er een goede reden tot fixatie zijn. Studies wijzen uit dat valpreventie de belangrijkste reden is om iemand te fixeren (13–15). Helaas is er ook aangetoond dat er vaak een groter risico is op vallen wanneer bewoners in hun vrijheid beperkt zijn. Als het over chemische fixatie gaat, worden er vandaag veel psychofarmaca voorgeschreven, bijvoorbeeld aan bewoners die rusteloos gedrag vertonen en daarmee de sereniteit op de afdeling verstoren (4,16,17). Deze medicatie zorgt er dan wel voor dat de bewoner rustiger is, maar heeft ook veel nevenwerkingen. Het kan leiden tot sufheid en vallen.

Dit onderwerp trok onze aandacht omdat er geen concrete overkoepelende richtlijn aanwezig is in Vlaanderen over een dermate relevant en belangrijk onderwerp.

In deze fase hebben we bij verschillende Vlaamse woonzorgcentra fixatie protocollen opgevraagd via mail. Het viel op dat deze protocollen duidelijk van elkaar verschilden. Er waren ook heel wat centra die moesten toegeven dat ze niet over dergelijke protocollen beschikten. De woonzorgcentra die ons hun richtlijnen hebben gegeven, vroegen expliciet om deze niet openbaar te maken of te delen in ons werk. Voor een belangrijke kwaliteitsindicator is deze terughoudendheid toch opvallend.

Stap 2: Het doel bepalen en de klinische vragen definiëren

2.1 Methode

De richtlijn werd opgesteld op basis van klinische vragen. Deze klinische vragen waren belangrijk voor het verdere verloop van het ontwikkelingsproces. Omdat fysieke en chemische fixatie verschillende verantwoordelijkheden en processen met zich meebrengen, werd de richtlijn opgesplitst. Er werden voor beide onderdelen klinische vragen opgesteld, die nadien apart werden beantwoord. Hieraan werden bijkomend uitkomstmaten gelinkt.

Om deze vragen op te stellen, maakten we gebruik van PIPOH-elementen. De PIPOH staat voor respectievelijk: de patiëntenpopulatie, de interventie, de professionals voor dewelke de richtlijn van toepassing is, de uitkomst en de setting en context binnen de gezondheidszorg.

2.2 Uitkomst

Het doel was om een aanzet te geven tot een goed onderbouwde en hanteerbare richtlijn over fixatie maatregelen, zowel fysiek als chemisch, in woonzorgcentra, toepasbaar in Vlaanderen. Deze richtlijn zou bedoeld zijn voor directies, verantwoordelijken, (hoofd)verpleegkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, coördinerende en raadgevende artsen (CRA's) en behandelende huisartsen binnen de Vlaamse WZC. Alle bewoners in die WZC vormen de doelpopulatie van deze richtlijn, ongeacht hun leeftijd, geslacht en mogelijke comorbiditeiten. We beoogden met deze richtlijn de levenskwaliteit van deze bewoners te verbeteren.

<u>PIPOH fysieke fixatie:</u>
P: Bewoners Vlaamse WZC
I: Opstellen richtlijn fixatie - fysiek
P: Directie, medici en paramedici betrokken bij WZC
O: Uniforme richtlijn
H: Vlaamse WZC

<u>PIPOH chemische fixatie:</u>
P: Bewoners Vlaamse WZC
I: Opstellen richtlijn fixatie - chemisch
P: Directie, medici en paramedici betrokken bij WZC
O: Uniforme richtlijn
H: Vlaamse WZC

Voor de verdere uitwerking en concretisering van de klinische vragen werden meerdere panelgesprekken georganiseerd om de huidige noden en bevindingen rond dit onderwerp na te gaan in Vlaanderen. Hiervoor werden huisartsen, CRA's, verpleegkundigen, ergotherapeuten, stafmedewerkers en directies gecontacteerd. Tijdens deze panelgesprekken werden verschillende stellingen rond het onderwerp fixatie in woonzorgcentra besproken. Alles verliep online via het programma Zoom, na ondertekening van het formulier van de geïnformeerde toestemming voor de deelname aan het panelgesprek. Het sjabloon van de geïnformeerde toestemming is te vinden in

bijlage 1. De ondertekende documenten kunnen enkel opgevraagd worden bij de auteurs om de anonimiteit te vrijwaren.

De stellingen omtrent fixatie die de basis vormden voor de panelgesprekken werden opgesteld door het onderzoeksteam op basis van het voorafgaande literatuuronderzoek.

Volgende stellingen werden opgesteld:

1. Welke term zouden jullie gebruiken: Vrijheidsbeperkende maatregelen? Fixatie?
2. De definitie van fixatie is:
    - Chemische fixatie: Het aanwenden van medicatie (psychofarmaca) om het gedrag van de patiënt te beheersen, dewelke normaal gezien niet tot het behandelingsplan behoren.
    - Fysieke fixatie
        - Retsas 1998: 'Any device, material or equipment attached to or near a person's body and which cannot be controlled or easily removed by the person and which deliberately prevents or is deliberately intended to prevent a person's free body movement to a position of choice and/or a person's normal access to their body' (41).
        - Bleijlevens 2016: 'Any action or procedure that prevents a person's free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person's body that he/she cannot control or remove easily' (5).
3. Toedienen van psychotropica (sedativa, hypnotica, antipsychotica) wordt tegenwoordig onvoldoende aanzien als chemische fixatie.
4. In ons woonzorgcentrum/groep is er een duidelijk beleid omtrent de opstart van fixatie en het afbouwen/stoppen hiervan.
5. Het beleid rond fysieke fixatie overdag/'s nachts hangt sterk samen met: personeel, financiële middelen, logistiek, gebouw, domotica …
6. De beslissing tot start/stop van fixatie ligt bij: directie, verpleegkundige, CRA, huisarts, familie, patiënt, behandelend team (wie behoren tot het behandelend team volgens u?).
7. Het voortzetten van fixatie moet geëvalueerd/besproken worden: dagelijks, wekelijks, maandelijks. Hoe?
8. Valpreventie is een gegronde reden voor het opstarten van fixatie.
9. Het organiseren van opleidingen voor de artsen/verpleegkundigen/zorgkundigen, dewelke legale, ethische en klinische aspecten van fixatie omvat, moet het gebruik van fixatie gebruik doen dalen.
10. Fysieke fixatie moet besproken worden tijdens het proces van de vroegtijdige zorgplanning. Negatieve wilsbeschikking over fixatie?
11. De juridische verantwoordelijkheid over de veiligheid van de patiënt ligt bij de: directie, verpleegkundige, CRA, huisarts, familie, patiënt, behandelend team.
12. Het regelgevend kader rond fixatie is: zeer duidelijk, duidelijk, neutraal, onbestaande.
13. Bij het toepassen van fixatie worden de patiëntenrechten geschonden.
14. Overlijden ten gevolge van fixatie is onopzettelijke doodslag.

Na het eerste panelgesprek werden enkele stellingen aangepast en toegevoegd op basis van de reacties en feedback van de panelleden.

Volgende stellingen werden toegevoegd tijdens het iteratieve proces:

- Een deur met een code is geen vrijheidsbeperkende maatregel, aangezien deze niet naast of vastzit aan de patiënt.
- Apothekers kunnen ingezet worden voor de preventie van chemische fixatie.
- In ons woonzorgcentrum is chemische fixatie goed bespreekbaar met de huisartsen.
- Het fixatieprotocol zou vanuit de koepels moeten komen, in plaats van op het niveau van het woonzorgcentrum zelf.

Volgende stellingen werden verwijderd:

- Het regelgevend kader rond fixatie is: zeer duidelijk, duidelijk, neutraal, onbestaande, …

Volgende stellingen werden aangepast:

- Stelling 5: Het opstarten van fysieke fixatie overdag moet vooraf besproken worden met: patiënt, familie, vertegenwoordiger…
- Stelling 9: Iedere zorgverlener krijgt voldoende opleiding in ons woonzorgcentrum omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en deze worden regelmatig herhaald.

De opgestelde PIPOH-elementen en de conclusies van de panelgesprekken werden de basis voor het opstellen van de klinische vragen voor deze richtlijn.

Klinische vragen bij fysieke fixatie:

1. Hoe wordt fysieke fixatie gedefinieerd?
2. Wie wordt betrokken bij het beslissingsproces in verband met fysieke fixatie?
3. Wie draagt de verantwoordelijkheid over de op- en afbouw van fysieke fixatie?
4. Welke stappen moeten doorlopen worden om fysieke fixatie op te starten?
    a. Correcte indicatiestelling?
    b. Verloop van het proces?
5. Hoe verloopt de opvolging van fysieke fixatie?
6. Hoe verloopt de afbouw van fysieke fixatie?

Klinische vragen bij chemische fixatie:

1. Hoe wordt chemisch fixatie gedefinieerd?
2. Wie wordt betrokken bij het beslissingsproces in verband met chemische fixatie?
3. Wie draagt de verantwoordelijkheid over de op- en afbouw van chemische fixatie?
4. Welke stappen moeten doorlopen worden om chemische fixatie op te starten?
    a. Correcte indicatiestelling
    b. Verloop van het proces
5. Hoe verloopt de opvolging van chemische fixatie?
6. Hoe verloopt de afbouw van chemische fixatie?

Bij het uitwerken van de klinische vragen zijn ook de uitkomstmaten belangrijk. Deze uitkomstmaten werden onderverdeeld in kritische, belangrijke en onbelangrijke uitkomstmaten. Voornamelijk de kritische en belangrijke uitkomstmaten zijn bepalend bij het toekennen van de sterkte van de aanbeveling op het einde van de richtlijn.

De opgestelde uitkomstmaten zijn:

1. Het opstellen van een omvattende definitie = belangrijke uitkomst
2. Een duidelijke beschrijving van de verwachtingen en verantwoordelijkheden binnen het fixatiebeleid = kritische uitkomst
3. Het opstellen van een onderbouwd en uniform proces = kritische uitkomst

Het opstellen van een definitie was een belangrijke uitkomstmaat omdat het bepaalt wat volgens de richtlijn werd aanzien als fixatie. Het was dus bepalend voor wat werd opgenomen in de richtlijn. De twee andere uitkomstmaten werden gescoord als kritisch omdat er zonder duidelijke verwachtingen, verantwoordelijkheden en onderbouwd proces geen richtlijn kan worden opgesteld.

Tot slot werd al het bovenstaand voorgelegd aan prof. dr. De Lepeleire voor goedkeuring.

Stap 3: Naar relevante richtlijnen zoeken

3.1 Methode

In deze stap werd gezocht naar de reeds bestaande richtlijnen omtrent het toepassen van fysieke als chemische fixatie in de woonzorgcentra. Hiervoor hebben we een PICO opgesteld, dewelke staat voor patiënten, interventie, controle en uitkomst.

PICO:
P: Bewoners van Vlaamse WZC
I: Richtlijnen omtrent fixatie gebruik in WZC, fysiek als chemisch
C: Lokale protocollen, woonzorgcentrum-afhankelijk
O: Uniforme richtlijn toepasbaar in Vlaanderen, fysiek als chemisch

De databanken waarin werd gezocht: EBPracticenet, Guidelines International Network (GIN), Domus Medica (DM), de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (nvkg), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), World Health Organization (WHO) guidelines, Canadian Medical Association infobase clinical practice guidelines, Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Pubmed, Embase, Cochrane, CINAHL en Medline.

De zoektermen waren:

- Nederlands: fysieke fixatie, fixatie, immobilisatie, chemische fixatie, psychotropica, antipsychotica, geriatrie, woonzorgcentra, dementie, vrijheidsbeperkende maatregelen
- Engels: physical restraint, restraint, fixation, chemical fixation, medication, drugs, psychotropic drugs, antipsychotics, geriatrics, dementia, nursing homes, long-term care
- Frans: contention, contention physique, gériatrie, personnes âgées, médication, centre de soins residentiels

Voor deze search hanteerden we de volgende criteria:
Inclusiecriteria:

- Alle types artikels betreffende (praktijk)richtlijnen voor gebruik (fysieke/chemische) fixatie
- Target populatie: oudere personen, wonende in woonzorgcentra (geen cut-off leeftijd vooropgesteld)
- Setting: residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra)
- Tijdsvenster: publicaties van 1990 t.e.m. 2021
- Taal: Engels, Nederlands, Frans

Exclusiecriteria

- Acute zorgen en intensieve zorgen
- Residentiële geestelijke gezondheidszorg
- Geriatrische afdeling in het ziekenhuis
- Thuiszorg

3.2 Uitkomst

De volledige en gedetailleerde beschrijving van de volledige databank zoekopdracht kan gevonden worden in bijlage 3.

Er werd eerst gescreend op basis van titel en abstract, ook TiAb-screening genoemd. Indien geen abstract aanwezig was werd er zuiver gescreend op basis van de titel van de gevonden richtlijn. De TiAb-screening leverde 70 hits op. Daarna werd een full-tekst screening uitgevoerd, waarna in overleg werd beslist welke artikels werden geïncludeerd. Tijdens deze screening werd ook het snowball-principe toegepast. De inhoud van de artikels werd gelezen en interessante bronnen werden eveneens gescreend voor een eventuele inclusie. De volledige zoektocht leverde uiteindelijk 16 richtlijnen op, waarvan acht artikels over fysieke fixatie en acht artikels over chemische fixatie.

Stap 4: De gevonden richtlijnen screenen en beoordelen

4.1 Methode

De uitkomst van de extensieve richtlijnen zoektocht in stap drie moest gescreend worden. Tijdens deze vierde stap werden de bekomen richtlijnen stapsgewijs zowel op relevantie als op methodologische kwaliteit beoordeeld.

De inhoudelijke relevantie van de richtlijnen werd eerst getoetst aan de hand van een screening van de titels en volledige tekst. Vervolgens voerden we een mini-AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) uit om op een vlotte manier de kwaliteit van de richtlijnen na te gaan. Hierbij werden de items 7, 9 en 23 van de AGREE II bekeken door elke onderzoeker met ruimte voor mondelinge discussie (42).

- Item 7: Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
- Item 9: De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.
- Item 23: Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.

De resterende richtlijnen werden nadien onderworpen aan een wetenschappelijke beoordeling van de methodologische kwaliteit aan de hand van het AGREE II – instrument (42). Dit is een checklist waarmee zowel de kwaliteit als de rapportering kan worden nagegaan. Er komen zes domeinen aan bod, namelijk ‘onderwerp en doel’, ‘betrokkenheid van belanghebbenden’, ‘methodologie’, helderheid en presentatie’, ‘toepassing’ en ‘onafhankelijkheid van de opstellers’. De drie onderzoekers quoteerden deze thema’s onafhankelijk van elkaar, waarna men tot een finale consensus kwam.

4.2 Uitkomst

4.2.1 Screening op relevantie

De resultaten van de mini-AGREE zijn te vinden in bijlage 4.

Item 7 controleert of het wetenschappelijk bewijs op een systematische manier werd bekomen. Een aanbeveling valt of staat immers met de kwaliteit van de bronnen. Zo vonden we toch enkele richtlijnen waarvan de onderbouwing onvoldoende of onduidelijk was (43–48). Deze werden niet meegenomen in het verdere proces.
Tevens van belang zijn de sterke punten alsook de beperkingen van het wetenschappelijk bewijsmateriaal. Item 9 gaat na of deze aan bod komen. Elk onderzoek of richtlijnontwikkelingsproces gebeurt namelijk in een specifieke context, waaraan voor- en nadelen gebonden zijn. Zo is de richtlijn opgesteld door de Royal College of Nursing (RCN) moeilijk te extrapoleren (43). Gezien onze doelgroep bewoners van de Vlaamse woonzorgcentra zijn, vormt dit een beperking.

Verder moeten conflicterende belangen helder gedocumenteerd worden, wat in item 23 beoordeeld werd.

Daarnaast werd ook rekening gehouden met de inhoudelijke relevantie. Er moet immers een antwoord worden geboden op onze onderzoeksvraag of PICO. Studies omtrent de implementatie van richtlijnen in een klinische setting, eerder dan de richtlijnontwikkeling zelf, zijn voor deze WOREL-procedure eveneens minder interessant.

Aan de hand van onze individuele beoordelingen weerhielden wij na mondelinge discussie zes richtlijnen, drie betreffende fysieke alsook drie over chemische fixatie (49–54).

4.2.2 Beoordeling methodologische kwaliteit

De zes resterende richtlijnen werden nadien grondig beoordeeld op methodologische kwaliteit met behulp van het AGREE II-instrument. De uitgebreide scores per domein kan u terugvinden in bijlage 5.

In het kader van fysieke fixatie scoorden de richtlijnen van de 'Registered Nurses' Association of Ontario' (RNAO) en 'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé' (ANAES) het hoogst (49,50). Bijgevolg werden deze twee meegenomen voor de verdere ontwikkeling van de richtlijn.
De Canadese richtlijn van 2012 is de meest recente en behaalde scores van 84,7% op vlak van methodologie en 90,7% op helderheid. De Franse richtlijn dateert uit 2000 en bevat praktische aanbevelingen, doch de methodologie scoorde hier slechts 36,1%. De klinische vragen werden immers niet duidelijk vooropgesteld. Het beleidsprotocol vanuit de Ierse 'Health Service Executive' (HSE) bleek ondermaats, met een gerapporteerde methodologie van slechts 18,1% op de AGREE II (51).

Betreffende chemische fixatie stak de Nederlandse richtlijn van de 'Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde' (Verenso) er bovenuit (54). De onderzoeksvragen zijn uitgebreid en gebaseerd op recente wetenschappelijke evidentie, gezien deze dateert van 2018. Dit reflecteert zich ook in de domeinscores methodologie en helderheid, die beiden 83,3% bedragen. De toepasbaarheid daarentegen, dewelke gescoord werd in domein vijf, schiet wel tekort, waardoor deze slechts 54,2% kreeg.
De overige twee richtlijnen waren aan elkaar gewaagd, doch scoorde de Zwitserse richtlijn van Locca et al. (2008) algemeen net hoger dan deze van Zuidema et al. (52,53). Het ontbreken van een duidelijke literatuurzoektocht en aldus ontoereikende methodologie met 49,3%, speelde hierbij een grote factor. De richtlijn werd immers gebaseerd op een Delphi consensusprocedure onder clinici.

Stap 5: De aanbevelingen selecteren

5.1 Methode

Tijdens deze stap werden de aanbevelingen van de geïncludeerde richtlijnen geëxtraheerd, geordend en vertaald naar het Nederlands. De aanbevelingen werden geïnventariseerd met de zekerheid van het bewijs en sterkte, zo deze beschikbaar waren. Op deze manier konden aanbevelingen vergeleken worden. De aanbevelingen werden na extractie per klinische vraag opgesomd.

5.2 Uitkomst

Lijst aanbevelingen per richtlijn

Voor opsomming per richtlijn, zie bijlage 6.

Lijst aanbevelingen per klinische vraag

Fysieke fixatie:

1. Hoe wordt fysieke fixatie gedefinieerd?
    - ‘Gezondheidszorgorganisaties moeten strategieën voor risicobeheersing en kwaliteitsverbetering implementeren om een cultuur te scheppen waarin alternatieve benaderingen worden gepromoot ter ondersteuning van de patiëntenrechten en de veiligheid van het personeel, door te definiëren wat fysieke fixatie inhoudt.’ (50)
2. Wie wordt betrokken bij het beslissingsproces in verband met fysieke fixatie?
    - ‘Het fixatie order moet worden uitgevoerd nadat de baten-risicoverhouding voor de oudere persoon is beoordeeld door het multidisciplinaire team.’ (49)
    - ‘Het zorgteam ontvangt informatie over de gevaren van fixatie.’ (49)
    - ‘De oudere patiënt en zijn familie moeten worden geïnformeerd over de redenen voor en het doel van de fixatie. Hun toestemming en medewerking moet worden gevraagd.’ (49)
    - ‘Verpleegkundigen moeten de patiënt zowel bij opname als op regelmatige basis beoordelen om eventuele risicofactoren te identificeren die kunnen leiden tot het gebruik van dwangmaatregelen.’ (50)
    - ‘Verpleegkundigen dienen gebruik te maken van hun klinisch inzicht en gevalideerde beoordelingsinstrumenten om patiënten te beoordelen die risico lopen op fixatie.’ (50)
    - ‘Verpleegkundigen moeten in samenwerking met het interprofessionele team en de patiënt/familie/vertegenwoordiger een geïndividualiseerd zorgplan opstellen dat zich richt op alternatieve benaderingen voor het gebruik van fixatiemaatregelen.’ (50)
3. Wie draagt de verantwoordelijkheid over de op- en afbouw van fysieke fixatie?
    - ‘Verpleegkundigen moeten in samenwerking met het interprofessionele team en de patiënt/familie/vertegenwoordiger een geïndividualiseerd zorgplan opstellen dat zich richt op alternatieve benaderingen voor het gebruik van fixatiemaatregelen.’ (50)
4. Welke stappen moeten doorlopen worden om fysieke fixatie op te starten?
    a) Correcte indicatiestelling?
        - ‘Het fixatie order moet worden uitgevoerd nadat de baten-risicoverhouding voor de oudere persoon is beoordeeld door het multidisciplinaire team.’ (49)
        - ‘Het gebruik van alternatieven voor fysieke fixatie wordt aangemoedigd en gefaciliteerd. Er is een formeel systeem voor de beoordeling van deze methoden.’ (49)
        - ‘Gezondheidszorgorganisaties moeten strategieën voor risicobeheersing en kwaliteitsverbetering implementeren om een cultuur te scheppen waarin alternatieve benaderingen worden gepromoot ter ondersteuning van de patiëntenrechten en de veiligheid van het personeel, door structuren te ontwikkelen die het mogelijk maken om patiënten te identificeren die het risico lopen zichzelf of anderen schade te berokkenen en zo vatbaar zijn voor fysieke fixatie.’ (50)

b) Verloop van het proces?
   - 'Het beleid van de instelling of eenheid inzake het gebruik van fysieke fixatiemaatregelen is geformuleerd in een document dat beschikbaar is voor het zorgpersoneel, patiënten/bewoners en hun familie en naaste vrienden.' (49)
   - 'Voor het gebruik van fysieke fixatiemiddelen moet een schriftelijk order worden uitgevoerd. De redenen voor de maatregel moeten in het patiëntendossier worden genoteerd.' (49)
   - 'De keuze van het fixatiemiddel moet beantwoorden aan de behoeften van de patiënt, waarbij deze veilig en comfortabel is.' (49)
     - 'Indien de patiënt in bed gefixeerd wordt, moet het hulpmiddel bevestigd worden aan vaste delen, zoals de bodem of kader van het bed, en nooit aan de matras of aan het bedhekken.'
     - 'Als het bed verstelbaar is, moeten de fixatiemiddelen worden bevestigd aan de delen van het bed die met de persoon meebewegen.'
     - 'Als de persoon in liggende positie wordt gefixeerd, moeten de risico's van regurgitatie en decubitus worden voorkomen.'

5. Hoe verloopt de opvolging van fysieke fixatie?
   - 'Indien een fixatiemaatregel wordt verlengd zonder een bevredigend resultaat voor de oudere patiënt, kan de instelling een beroep doen op een deskundige met expertise op het gebied van fysieke fixatie (zoals een arts, verpleegkundige, psycholoog) om het zorgteam te helpen duidelijkheid te krijgen over de voor- en nadelen en alternatieven te vinden.' (49)
   - 'Een bewakingsschema moet opgesteld en gekopieerd worden in het dossier van de patiënt. Dit heeft als doel de risico's van immobilisatie te voorkomen, met in het bijzonder de zorg voor hygiëne, voeding, hydratatie en psychologische ondersteuning.' (49)
   - 'De gezondheidstoestand van de patiënt en de gevolgen van de maatregel moeten minstens elke 24 uur worden beoordeeld en in het patiëntendossier worden genoteerd.' (49)
   - 'De fixatiemaatregel moet elke 24 uur worden vernieuwd, indien nodig en na evaluatie, door middel van een fixatieorder dewelke de redenen vermeld.' (49)
   - 'Het gebruik van de maatregelen wordt gemeten, geregistreerd en geanalyseerd.' (49)
   - 'Incidenten en ongevallen die verband houden met fysieke fixatie worden geregistreerd en geanalyseerd en vormen de basis voor preventieve actieplannen.' (49)
   - 'Verpleegkundigen moeten in samenwerking met het interprofessionele team voortdurend het zorgplan van de patiënt controleren en herevalueren op basis van observatie en/of bezorgdheden geuit door de patiënt en/of familie/vertegenwoordiger.' (50)
   - 'Gezondheidszorgorganisaties moeten strategieën voor risicobeheersing en kwaliteitsverbetering implementeren om een cultuur te scheppen waarin alternatieve benaderingen worden gepromoot ter ondersteuning van de patiëntenrechten en de veiligheid van het personeel, door het opstellen van controleprotocollen voor patiënten en de vereisten inzake documentatie voor de duur van elke fixatiemaatregel.' (50)
   - 'Gezondheidszorgorganisaties moeten strategieën voor risicobeheersing en kwaliteitsverbetering implementeren om een cultuur te scheppen waarin alternatieve benaderingen worden gepromoot ter ondersteuning van de patiëntenrechten en de veiligheid van het personeel, door het opstellen van evaluatie programma's om zowel de mate van gebruik van fixatiemaatregelen, als de toepassing van alternatieve benaderingen en de gevolgen voor patiënten/familie/vertegenwoordiger/team te monitoren.' (50)
6. Hoe verloopt de afbouw van fysieke fixatie?
   /

Chemische fixatie:

1. Hoe wordt chemische fixatie gedefinieerd?
   /
2. Wie wordt betrokken bij het beslissingsproces in verband met chemische fixatie?
   - 'Analyse van probleemgedrag bij mensen met dementie gebeurt methodisch en multidisciplinair.' (54)
3. Wie draagt de verantwoordelijkheid over de op- en afbouw van chemische fixatie?
   - 'In acute crisissituaties (heftige agitatie/agressie/angst) of in situaties met afweer/agressie bij verlenen van noodzakelijke zorg kan, in situaties met gevaar/ernstige lijdensdruk voor de patiënt of gevaar voor anderen,

een psychofarmacon worden voorgeschreven ter sedatie (haloperidol; lorazepam). Besluit hiertoe vindt door de arts plaats. Deze informeert de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, zorgt voor adequate verslaglegging, en handelt conform de wettelijke regels die gelden rond dwangbehandeling. Sedatie vindt zo kort mogelijk plaats.' (54)

4. Welke stappen moeten doorlopen worden om chemische fixatie op te starten?
    a) Correcte indicatiestelling
        - 'De probleemanalyse omvat tenminste een lichamelijk onderzoek met op indicatie verder onderzoek (zoals laboratoriumdiagnostiek, ECG, beeldvormend onderzoek), onderzoek naar psychopathologie anders dan dementie (bijvoorbeeld een delier), neuropsychologische factoren, levensloop, persoonlijkheid en contextfactoren.' (54)
        - 'Alvorens te starten met een psychofarmacon vergewist de arts zich ervan dat er een goede probleemanalyse van het probleemgedrag heeft plaatsgevonden, dat een daarop gebaseerde behandeling heeft plaatsgevonden die onvoldoende effect had, dat niet-farmacologische behandelingsopties benut zijn en dat er bewijs is voor effectiviteit van het voor te schrijven psychofarmacon. De arts noteert indicatie/doelsymptoom waarvoor het psychofarmacon wordt voorgeschreven en overlegt over het starten van het psychofarmacon met de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt.' (54)
        - 'Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met psychotisch gedrag en dementie en stem de interventies hierop af.' (54)
        - 'Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en depressief gedrag en stem de interventie hierop af.' (54)
        - 'Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en angstig gedrag en stem de interventies hierop af.' (54)
        - 'Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en geagiteerd gedrag en stem de interventie hierop af.' (54)
        - 'Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en nachtelijke onrust en stem de interventie(s) hierop af.' (54)
        - 'Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en apathisch gedrag en stem de interventie(s) hierop af. Maak hierbij expliciet onderscheid in de belasting voor de betrokken patiënt, diens mantelzorgers en zorgverleners.' (54)
        - 'Het type van dementie en de risico-batenverhouding van een dergelijke aanpak moeten zorgvuldig worden geanalyseerd. Bij de ziekte van Alzheimer is de behandeling van eerste keuze ofwel een lage dosis haloperidol (0,5 tot 1,0 mg) of een atypisch antipsychoticum als de patiënt al extrapiramidale verschijnselen vertoont of een hoog risico loopt op de ontwikkeling van extrapiramidale bijwerkingen.' (53)
        - 'Farmacologische behandeling mag pas worden gestart nadat reversibele oorzaken zijn uitgesloten, en nadat is gebleken dat slaaphygiëne en andere niet-farmacologische maatregelen zoals lichttherapie geen succes hebben.' (53)
        - 'Behandeling met antipsychotica is nodig als er geen reversibele oorzaak wordt vermoed en de agitatie ernstig genoeg is om de veiligheid van de bewoner en/of de verzorger in gevaar te brengen.' (53)
        - 'Benzodiazepines mogen pas worden geïntroduceerd nadat onderliggende aandoeningen zoals agitatie of depressie zijn uitgesloten, en het effect op de slaap moet nauwkeurig worden gedocumenteerd om het risico van chronisch voorschrijven zonder gedocumenteerde voordelen te minimaliseren.' (53)
    b) Verloop van het proces
        - 'Voor het observeren van de frequentie en mate van probleemgedrag wordt aanbevolen gebruik te maken van gevalideerde, Nederlandstalige observatie-instrumenten zoals de CMAI, Cornell-schaal en NPI. Voor analyse van specifiek gedrag wordt aanbevolen gerichte gedragsobservaties in te zetten.' (54)
        - 'Overweeg het gebruik van haloperidol bij de behandeling van (ernstig) psychotisch gedrag bij mensen met dementie *(Zeer lage GRADE)*. Houdt hierbij rekening met bijwerkingen (startdosering: 0,5 mg; maximale dosering: 3 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen) *(Lage GRADE).'* (54)

- ‘Overweeg bij ernstig psychotisch gedrag bij mensen met dementie en een contra-indicatie voor haloperidol zoals extrapiramidale stoornissen, het gebruik van risperidon (startdosering: 0,5 mg; maximale dosering: 2 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen).’ (54)
- ‘Gebruik geen anxiolytica/hypnotica, antidepressiva, melatonine, anti-epileptica of cannabinoïden bij de behandeling van psychotische symptomen bij mensen met dementie *(Geen Grade).’* (54)
- ‘Gebruik geen cholinesteraseremmers voor psychotisch gedrag bij mensen met dementie, uitgezonderd gebruik van rivastigmine bij mensen met Lewy body-dementie en ernstig psychotisch gedrag (startdosering: 4,6 mg; maximale dosering: 13,3 mg; continueer op basis van effect en staak bij bijwerkingen) *(Hoge GRADE).’* (54)
- ‘Overweeg clozapine voor de behandeling van ernstig psychotisch gedrag bij mensen met de Ziekte van Parkinson en dementie (startdosering: 6,25 mg; maximale dosering: 50 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen). Het gebruik van clozapine vergt regelmatige bloedcontroles om het eventuele optreden van agranulocytose te detecteren.’ (54)
- ‘In acute crisissituaties (heftige agitatie/agressie/angst) of in situaties met afweer/agressie bij verlenen van noodzakelijke zorg kan, in situaties met gevaar/ernstige lijdensdruk voor de patiënt of gevaar voor anderen, een psychofarmacon worden voorgeschreven ter sedatie (haloperidol; lorazepam). Besluit hiertoe vindt door de arts plaats. Deze informeert de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, zorgt voor adequate verslaglegging, en handelt conform de wettelijke regels die gelden rond dwangbehandeling. Sedatie vindt zo kort mogelijk plaats.’ (54)
- ‘Herstarten van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie na stoppen is in uitzonderlijke gevallen mogelijk. Bijvoorbeeld wanneer ernstig probleemgedrag terugkeert na een afbouw-/stoppoging welke plaatsvindt binnen drie maanden na aanvang van de behandeling.’ (54)
- ‘Overweeg alleen bij depressief gedrag in het kader van een ernstige depressie met grote lijdensdruk een behandeling met een antidepressivum conform de multidisciplinaire richtlijn Depressie (3e revisie, 2013). Een SSRI is dan het middel van eerste voorkeur *(Matig GRADE).’* (54)
- ‘Overweeg alleen benzodiazepines bij mensen met dementie bij ernstige (pathologische) angst en spanning die niet reageren op bovengenoemde interventies. Kies in die gevallen voor een kortwerkend benzodiazepine zonder actieve metabolieten, zoals oxazepam (startdosering 5 mg; maximale dosering 30 mg) of lorazepam (startdosering 0,5 mg; maximale dosering 1 mg), voor de duur van maximaal vier weken *(Geen GRADE*).’ (54)
- ‘Maak bij geagiteerd gedrag bij mensen met dementie een op de persoon en de analyse/hypothese afgestemd interventieplan, gericht op concreet doelgedrag dat ook wordt geregistreerd *(Zeer lage GRADE).’* (54)
- ‘Wanneer een medicamenteuze behandeling noodzakelijk is bij mensen met geagiteerd of agressief gedrag en dementie, gebruik dan haloperidol (startdosering 0,5 mg; maximale dosering, 3mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen) *(Matige GRADE)*. Indien sprake is van agressie kan risperidon als middel van tweede keuze ingezet worden *(Lage GRADE)*. Wees alert op bijwerkingen *(Lage GRADE).’* (54)
- ‘Gebruik geen antidepressiva, anti-epileptica of antidementiemiddelen voor geagiteerd gedrag bij mensen met dementie *(Lage GRADE).’* (54)
- ‘Bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze interventies voor nachtelijke onrust bij mensen met dementie en nachtelijke onrust kan gebruik van melatonine (dosering 2 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen) en trazodon (startdosering 25 mg; maximale dosering 50 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen) overwogen worden *(Lage GRADE).’* (54)
- ‘Wees zeer terughoudend met gebruik van rivastigmine voor de behandeling van apathisch gedrag bij mensen met Lewy Body Dementie. Overweeg het alleen bij ernstige lijdensdruk van de patiënt door het apathisch gedrag (startdosering: 4,6 mg; maximale dosering: 9,5 mg; duur: continueer op basis van effect en staak bij bijwerkingen) *(Lage GRADE).’* (54)
- ‘‘Zo nodig gebruik’ van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie wordt ontraden. Slechts in uitzonderlijke, nauwkeurig omschreven situaties is er enige ruimte voor prescriptie van een psychofarmacon voor intermitterend gebruik.’ (54)

- ‘Herstarten van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie na stoppen is in uitzonderlijke gevallen mogelijk. Bijvoorbeeld wanneer ernstig probleemgedrag terugkeert na een afbouw-/stoppoging welke plaatsvindt binnen drie maanden na aanvang van de behandeling.’ (54)
- ‘Chronisch gebruik van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie is alleen acceptabel wanneer er minimaal twee afbouw/stoppogingen gedaan zijn, psychosociale interventies niet effectief gebleken zijn en externe consultatie door kaderarts psychogeriatrie, ouderenpsychiater of Centrum voor Consultatie en Expertise (bij zeer complexe problematiek) heeft plaatsgevonden.’ (54)
- ‘Geef geen antipsychotica, antidepressiva, anxiolytica/hypnotica, melatonine, anti-epileptica of cannabinoïden voor apathisch gedrag bij mensen met dementie *(Geen GRADE).’* (54)
- ‘Als agitatie echter een overheersend symptoom is bij een depressieve bewoner met dementie, stellen deskundigen voor een proef met kalmerende antidepressiva zoals mianserine of trazodone uit te voeren.’ (53)
- ‘Ondanks het gebrek aan duidelijk bewijs dat voordelen biedt voor een specifieke behandeling, moeten antidepressiva worden overwogen voor de behandeling van depressie bij bewoners met dementie.’ (53)
- ‘SSRI's worden voorgesteld als eerste keus omdat het minder waarschijnlijk lijkt dat zij worden gestaakt vanwege bijwerkingen en omdat zij minder kans hebben op interacties tussen geneesmiddelen.’ (53)
- ‘TCA's mogen niet worden gebruikt in de eerste of tweede lijn.’ (53)
- ‘Het verhoogde risico op beroerte en cardiovasculaire mortaliteit dat met deze behandelingen bij patiënten met dementie gepaard gaat, maakt deze behandelingen ongeschikt voor routinematig gebruik in de klinische praktijk.’ (53)

5. Hoe verloopt de opvolging van chemische fixatie?
    - ‘Wees zeer terughoudend, beschrijf het behandeldoel concreet, monitor het effect en de bijwerkingen systematisch en stop als binnen enkele weken geen klinisch relevant effect optreedt.’ (54)
    - ‘Indien na zes weken geen of onvoldoende effect: overweeg dan een ander niet-tricyclisch antidepressivum of nortriptyline *(Matig GRADE)*. Indien nortriptyline na zes weken onvoldoende effect heeft bij adequate spiegel: overweeg een ouderenpsychiater te raadplegen.’ (54)
    - ‘Na starten van een psychofarmacon voor probleemgedrag bij mensen met dementie worden de eerste maand minimaal wekelijks effect en bijwerkingen gemonitord en daarna minimaal maandelijks.’ (54)
    - ‘Antipsychotica mogen alleen worden gebruikt bij ernstig schrijnende symptomen, en het advies voor de huidige praktijk is om de noodzaak periodiek te evalueren en de duur van de behandeling te beperken tot maximaal drie maanden.’ (53)
6. Hoe verloopt de afbouw van chemische fixatie?
    - ‘Uiterlijk drie maanden na starten van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie wordt een afbouwpoging gedaan met als doel te stoppen. Geadviseerd wordt om geleidelijk af te bouwen.’ (54)
    - ‘Anxiolytica en hypnotica dienen niet langer dan twee tot vier weken te worden gebruikt. Geadviseerd wordt geleidelijk af te bouwen.’ (54)

Stap 6: De samenhang (consistentie) van de individuele aanbeveling met de onderbouwing beoordelen

6.1 Methode

In deze stap werd de gebruikte zoekstrategie van de geselecteerde richtlijnen geëvalueerd. De gebruikte zoekstrategie per richtlijn werd weergegeven in een overzichtstabel. Ten tweede werden de aanbevelingen vergeleken met de inhoud van de onderliggende studies, waarna de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs en de formulering van de aanbevelingen werden beoordeeld. Hier gingen we vooral na of de sterkte van de aanbeveling overeenkomt met de zekerheid van het bewijs.

De belangrijkste vraag was of de auteurs van de geselecteerde richtlijn gericht hadden gezocht in de literatuur naar een antwoord op hun klinische vragen. Verschillen in zoekstrategie kunnen immers leiden tot een grotere variatie in de wetenschappelijke onderbouwing, met mogelijks andere aanbevelingen tot gevolg.

6.2 Uitkomst

6.2.1 Gebruikte zoekstrategie van de geselecteerde richtlijnen evalueren

Richtlijn	Zoektermen	Periode	Databases	Inclusiecriteria
Evaluation of professional practice in healthcare organisations: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Cozon et. al, 2000 (49)	<u>Basis sleutelwoorden:</u> Fall OR Accidental fall, combined with Aged OR Ageing, and with Restraint OR Physical restraint OR Prevention <u>1)Zoektermen voor richtlijnen:</u> basis sleutelwoorden gecombineerd met: Practice guideline OR guideline OR Health practice guideline OR Recommendation (title) OR Clinical protocol OR Consensus development conference OR Consensus conference (title). <u>2)Zoektermen voor literatuur reviews:</u> basis sleutelwoorden gecombineerd met: Review literature OR Literature review OR Meta analysis. <u>3)Zoektermen voor beslissingsproces:</u> basis sleutelwoorden gecombineerd met: Decision analysis OR Medical decision making OR Decision trees OR Decision support techniques. <u>Bijkomstige zoektochten:</u> <u>4)Epidemiologie van valincidenten bij ouderen:</u> Fall OR Accidental fall, combined with Aged OR Aging, were combined with Prevalence OR Epidemiology <u>5)Preventie van valincidenten en fixatiegebruik bij ouderen:</u> Fall OR Accidental fall, combined with Aged OR Aging, and with Restraint OR Physical restraint OR Prevention. <u>6)Risico's geassocieerd met fixatiegebruik bij ouderen:</u> Fall OR Accidental fall, combined with Aged OR Aging, and with Restraint OR Physical restraint, were combined with: Side effect OR Adverse effect.	1990-1999 Bijkomstige zoektochten: 1994-1999	• Medline • HealthStar • Embase Zoektocht voor Franse literatuur: • PASCAL database • BDSP database	• Taal publicaties: Engels en Frans

	7)Ethische aspecten van fixatiegebruik: Fall OR Accidental fall, combined with Aged OR Aging, and with Restraint OR Physical restraint, were combined with: Ethics. 8)Franse literatuur			
Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints – Registered Nurses' Association of Ontario, 2012 (50)	1)Website zoektocht voor best practice guidelines 2)Literatuur review: • "Restraint" • " Physical and Restrain", • "Mechanical and Restrain", • "Manual and Restrain", • "Physical and Immobilization", • "Chemical and Restrain", • "Pharmacological and Restrain", • "Environmental and Restrain", • "Seclusion and Restrain", • "Patient and Restrain", • "Patient Isolation and Restraint, Physical", • "Restrict and Device", • "Restrain and Free", • Restrain and Minimization", • "Restraining and Restrain", • "Restrain and Reduction" • "Nursing", • "Nurses", • "Nurse or Nurses or Nursing", • "Nursing Practice", • "Nursing Assistants", • "Patient Care", • "Patient and Care", • "Immobilization and Stress", • Physical and Immobilization",	1)Januari 2009 2)Januari 2000 - april 2010 3)April 2010 - april 2011	1)Website zoektocht • Agency for Healthcare Research and Quality (National Guideline Clearinghouse) • Alberta Medical Association • American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine • Bandolier Journal • Brent Local Safeguarding Children Board • British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines • British Columbia Office of Health Technology Assessment • Campbell Collaboration • Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) • Canadian Health Network • Canadian Institute for Health Information • Canadian Medical Association Infobase: Clinical Practice Guidelines • Centers for Disease Control and Prevention • Centers for Evidence-Based Mental Health	1)Website zoektocht: Inclusiecriteria 1. Engelstalig; nationaal en internationaal in scope. 2. Ontwikkeld na januari 2005. 3. Strikt over de topics van de zoektermen. 4. Evidence-based (met referenties, beschrijving van evidentie of bronvermelding) 5. Beschikbaar en toegankelijk. 2)Literatuur review Inclusiecriteria: 1. Studies gefocust op 1 of meer van de volgende topics: a. Assessment tools, b. Prevention strategies, c. Alternative approaches to the use of restraints, d. Client-centered care, e. Education/training programs, f. Ethics, g. Client safety, h. Restraint legislation/standards, i. Restraint use, j. Risk factors (clinical features) for the use of restraints (behaviours, cognitive impairments, treatment interference, triggers), k. Type of restraints (physical/mechanical, chemical-pharmacological, environmental/seclusion), and

	• "Treatments and Proceduresand Restrain", • "Nursing Care Coordination", • "Suicide and Self Restraint". • Leden van de richtlijn ontwikkelingsgroep: persoonlijke archieven reviewen omtrent topic. • Supplementaire literatuur zoektocht werd uitgevoerd waar nodig. 3)Manuele zoektocht van artikels gepubliceerd na de databank zoektocht.		• Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy • Children Acts Advisory Board • Clinical Evidence • College of Nurses of Ontario: Standards • Commission on the Future of Health Care in Canada • Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) • Emergency Medical Services Guidelines • Evidence-based On-Call • European Observatory on Health Care for Chronic Conditions World Health Organization • Geriatric Nursing Resource • Guidelines Advisory Committee • Health Care Association of New Jersey • Institute for Clinical Evaluative Sciences • Institute for Clinical Systems Improvement • Irish Nurses Association: Guidelines on the Use of Restraint in Care of the Older Person • Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery (Australia) • Monash University Centre for Clinical Effectiveness • National Health Service Centre	l. Organizational responsibilities. 2. De uitkomst van de interventie studies moet gerelateerd zijn aan het zorgen voor patiënten die risico lopen op fixatie gebruik. 3. Publicatie data van januari 2000 tot april 2010 4. Engelstalige publicaties. 5. Systematic reviews, meta-analysis, qualitative and quantitative research studies. <u>Exclusiecriteria:</u> 1. Als focus niet ligt op fysieke/mechanische, chemische of omgevingsgebonden fixatie gebruik. 2. Artikels die niet voldoen aan de inclusiecriteria over fixatie. 3. Beoordelingen of interventies die niet binnen de scope van verpleegkunde vallen. 4. Andere talen van Engels. 5. Proefschriften, commentaren en narratieve reviews.

			for Reviews and Dissemination • National Health Service R & D Health Technology Assessment Programme • National Institute for Clinical Evidence (NICE) • National Institute of Health (US) Consensus Development Program • New Zealand Guidelines Group • Psychiatry Online • The Physiotherapy Evidence Database • Registered Nurses' Association of Ontario, Nursing Best Practice Guidelines • The Royal Children's Hospital Melbourne Clinical Practice Guideline • Royal College of Nursing • Scottish Intercollegiate Guidelines Network • Virginia Henderson International Nursing Library 2)Literatuurreview • Medline • Embase • CINAHL	
Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of	MeSH terms: • "Nursing homes" • "Long-term care" • "Dementia" • "Sleep disturbance" • "Agitation"	1966 - 12/2007	• The Cochrane Database of Systematic Review • The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) • The National Institute for Health and Clinical Excellence	Niet vermeld

Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton – Locca et. al, 2008 (53)	• "Depression"		(NICE) • The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) • MEDLINE • Pubmed	
Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie – Zuidema. Et al., 2018 (54)	Zeer uitgebreide search met veel gebruikte zoektermen. Terug te vinden onder bijlage 3 van de richtlijn.	2000 - 2018	1)<u>Psychosociale en psychologische interventies:</u> • Pubmed • PsycInfo • Cinahl • Embase 2)<u>Psychofarmaca</u>: • Pubmed • Embase • Cochrane library • trialregister clinicaltrials.gov • Web of Science • Referenties van meta-analyses	1)Alle vormen van dementie werden meegenomen: Alzheimer dementie, vasculaire dementie, dementie bij de ziekte van Parkinson, frontotemporale dementie en Lewy Body dementie. Inclusiecriteria: • Studie enkel met patiënten met dementie én één specifiek type probleemgedrag, meetal gemeten met een instrument voor een specifiek type probleemgedrag. • Een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) of systematische review van RCT's. • Oraal of transdermaal toegediende medicatie. Exclusiecriteria: • Geen parallelle groepen • Het aantal geïncludeerde participanten was twee of lager. • Onbruikbare data van de gerandomiseerde populatie. • Publicatie in een andere taal dan het Engels.

6.2.2 De samenhang van de individuele aanbeveling met de onderbouwing beoordelen

Evaluation of professional practice in healthcare organisations: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Cozon et al., 2000 (49)

De Agence Nationale d'Accréditation et d' Évaluation en Santé (ANAES) stelde in oktober 2000 de richtlijn omtrent fysieke fixatie bij ouderen op. Het initiatief kwam vanuit de 'Direction Générale de la Santé' met als doel de toepassing en veiligheid van fysieke fixatie respectievelijk te reduceren alsook te optimaliseren indien er geen alternatieven beschikbaar waren.

Een werkgroep bestaande uit geriaters en geriatrische verpleegkundigen overwoog de voor- en nadelen van fysieke fixatie, gebaseerd op een grondig literatuuronderzoek. Hierop baseerde men tien praktijkaanbevelingen, bedoeld om de toepassing van fixatie bij mobiele 65-plussers, opgenomen in het ziekenhuis of in een woonzorgcentrum, vlotter te laten verlopen wanneer deze onvermijdelijk was.

De zoekstrategie van de literatuuranalyse werd duidelijk vermeld in de bijlage, zoals ook uitgewerkt in stap 6.2.1. Doch werden de aanbevelingen niet rechtstreeks gekoppeld aan de literaire onderbouwing. Dit compliceerde de interpretatie en samenhang van het wetenschappelijke bewijs met de individuele aanbevelingen. Om dit na te gaan werd het artikel eerst doorgelezen en de informatie gelinkt aan de passende aanbevelingen, waarna de referenties gecheckt werden.

Het bronmateriaal betrof vooral reviews over de veiligheid en efficiëntie van het fixatie gebruik en artikels over de implementatie van fixatie reductie programma's. Ook enkele praktijkrichtlijnen kwamen aan bod, wat uiteraard geen direct wetenschappelijk bewijs was. Bovendien waren de Canadese richtlijnen evenals die van de 'Australian and New Zealand Society for geriatric medicine' reeds gereviseerd, waardoor de oorspronkelijke adviezen niet gecontroleerd konden worden (55). Sommige oudere studies vanuit de jaren '80 waren tevens niet meer beschikbaar. Geen enkele van de vermelde studies paste de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations) of een andere kwaliteitsbeoordeling toe.

Algemeen kan men stellen dat het onderliggend bewijs van deze Franse richtlijn inhoudelijk relevant was. De essentie van de studies kwam in hun samenvatting aan bod. Desondanks werden de limitaties niet altijd grondig besproken, waardoor men attent moet zijn voor bias. Sommige aanbevelingen werden immers opgesteld in de acute of ziekenhuis setting in plaats van de residentiële setting. Extrapolatie van deze gegevens vraagt dan ook de nodige voorzichtigheid. Ook de toepasbaarheid in België ligt soms moeilijk, gezien de legale aspecten en het zorgsysteem niet altijd te vergelijken zijn.

Desondanks de inhoudelijke relevantie, strookt deze ook niet altijd met de reden van referentie. De opzet van de aangehaalde studie kon soms helemaal anders zijn, dan waarvoor deze vermeld werd in de richtlijn. Zo kon de gerefereerde alinea een eerder beknopt aandeel in het artikel hebben, wat eigenlijk weinig belang heeft. De aandacht voor de juiste uitkomsten ligt dus niet altijd correct. Als gevolg is ook niet elke aanbeveling stevig onderbouwd.

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints – Registered Nurses' Association of Ontario, 2012 (50)
Het ontwikkelingsproces werd uitgebreid en reproduceerbaar neergeschreven in appendix B en C van de richtlijn. Hierbij werd een duidelijke systematiek toegepast. Er werd gestart met het opstellen van zeven klinische vragen na een panelgesprek met relevante beroepsgroepen. Deze richtlijn heeft de in- en exclusiecriteria zorgvuldig beschreven.

Per aanbeveling werden de referenties uitgebreid besproken. De bespreking van deze referenties was hoofdzakelijk inhoudelijk, er was geen aparte bespreking van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Opvallend was dat er relatief veel werd verwezen naar richtlijnen opgesteld onder dezelfde organisatie (RNAO). Hierdoor kon een belangenconflict niet volledig uitgesloten worden. Er werd over het algemeen ook zeer veel verwezen naar richtlijnen, dewelke geen direct wetenschappelijk bewijs vormen.

In het algemeen waren de referenties zeker inhoudelijk toepasbaar op de aanbevelingen. Bij enkele aanbevelingen was het niet altijd even duidelijk. Zo werd er in de eerste aanbeveling vooral verwezen naar onderliggende wetenschappelijke onderzoeken over de risicofactoren zelf. Er werd niet gerefereerd naar onderzoeken die het nut van evaluatie van risicofactoren voor fixatie nagaan, wat uiteindelijk de belangrijkste boodschap was van de eerste aanbeveling. Er werden per aanbeveling veel referenties weergegeven. Het was niet duidelijk welk gewicht werd gegeven aan deze referenties. Zo waren er per aanbeveling zeer relevante wetenschappelijke onderzoeken of richtlijnen, maar telkens ook enkele waarbij de relevantie in twijfel kon getrokken worden. Een belangrijke opmerking is dat de context van de meeste referenties niet telkens even toepasbaar was. Zo werd er vaak gerefereerd naar psychiatrische ziekenhuizen en is er zelfs één studie waarbij de studiepopulatie kinderen op intensieve zorgen waren (56).

De kwaliteitsbeoordeling gebeurde per aanbeveling. Het niveau van bewijs werd aangegeven op basis van een score volgens de SIGN50-tabel. In de methodesectie kon echter geen duidelijke informatie teruggevonden worden rond de methodiek van het toekennen van deze score. De toegekende kwaliteitsscore volgens de SIGN50-tabel is na evaluatie van de referenties correct, hierbij werden geen grote afwijkingen teruggevonden.

Economische afwegingen en kosten werden beperkt besproken in het hoofdstuk rond implementatie en monitoren van de richtlijn. Hierbij werd er gesteld dat er een financiële afweging moest gemaakt worden rond het toepassen van de richtlijn, zonder dat er concreet werd beschreven hoe dit te doen.

Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton – Locca et al., 2008 (53)
Voor het opstellen van deze richtlijn werd gezocht naar meta-analyses en reeds bestaande richtlijnen met als onderwerp dementie en de geassocieerde gedragsmatige en psychologische symptomen. De gebruikte zoektermen en databanken zijn reeds vermeld in stap 6.2.1. Er werd in de methode ook vermeld dat men bij gebrek aan evidence-based alternatieven of bij onvoldoende bewijsniveau

gebruik maakte van consensus-adviezen of richtlijnen, dewelke uiteraard wetenschappelijk minder kwaliteitsvol zijn. In de methode werd een systematische zoekopdracht vermeld. Deze werd niet gedetailleerd beschreven in de richtlijn en was bijgevolg niet te reproduceren. De systematiek van deze richtlijn was hierdoor niet te achterhalen. Inclusie- en exclusiecriteria werden ook niet vermeld.

In de resultatensectie werden de geïncludeerde richtlijnen en studies besproken, dit gebeurde echter niet per individuele studie of richtlijn. Algemene limitaties werden kort in dit stuk aangegeven. Zo was er slechts één artikel die 60-plussers specifiek als doelgroep had (57). Een tweede punt is dat geen enkele van de richtlijnen of meta-analyses specifiek ingingen op het geneesmiddelenbeheer in woonzorgcentra. Een opmerking die hierbij gemaakt kan worden is het feit dat een leeftijdsgrens ook minder relevant is in de context van dementie. De leeftijd van deze groep ligt namelijk gemiddeld boven 60 jaar (58). In een overzichtelijke tabel, met bijhorende referenties, werden de belangrijkste conclusies rond farmacotherapie en bijhorende indicaties weergegeven.

De aanbevelingen werden in drie hoofdstukken verdeeld: agitatie, depressie en slaapproblemen. Per hoofdstuk werden de belangrijkste referenties inhoudelijk besproken. De kwaliteit van de onderliggende meta-analyses en richtlijnen werden niet individueel besproken. In de methodesectie stond vermeld dat alle referenties op kwaliteit werden geëvalueerd. Dit valt echter niet te achterhalen aangezien dit niet wordt besproken in het artikel. Er werd ook geen GRADE of andere methode toegepast om de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs te evalueren.

De referenties werden niet per aanbeveling besproken of aangeduid. Dit maakte het moeilijk om de inhoud van het onderliggend wetenschappelijk bewijs na te gaan. De referenties werden individueel nagelezen en daarna werd gekeken op welke aanbeveling ze van toepassing kunnen zijn. Het was niet te achterhalen welke referenties voor welke aanbeveling werden gebruikt door de auteurs, dit maakte de interpretatie van het onderliggend bewijs extra uitdagend.

Een groot deel van de referenties waren richtlijnen, wat geen direct wetenschappelijk bewijs vormt. Inhoudelijk waren de meeste referenties toepasbaar voor de aanbevelingen. Er waren twee aanbevelingen waarbij de gebruikte referenties onduidelijk waren. Bijvoorbeeld, over mianserine bij agitatie, als over het gebruik van benzodiazepines bij slaapproblemen werd niet teruggevonden op welke studies of richtlijnen de auteurs van de richtlijn steunden.

Economische overwegingen rond de aanbevelingen werden niet vermeld, dus werden mogelijks ook niet in rekening gebracht bij het opstellen van de richtlijn.

In conclusie kon gesteld worden dat de referenties inhoudelijk zeker toepasbaar zijn, over de methodiek en kwaliteit van het onderliggend bewijs bestaat meer twijfel.

Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie – Zuidema. et al., 2018 (54)
De richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' door de onderzoeksgroep Verenso (Nederland) werd op een systematische manier opgesteld. Het probleemgedrag werd opgedeeld in verschillende categorieën: psychotisch gedrag, depressief gedrag, angstig gedrag, geagiteerd gedrag, nachtelijke onrust en apathisch gedrag. Daarnaast was er ook een inleidend hoofdstuk rond

methodisch en multidisciplinair werken, alsook een hoofdstuk rond het passend gebruiken van psychofarmaca.

Het hoofdstuk rond methodisch en multidisciplinair werken bij probleemgedrag, was het enige onderdeel waarbij de literatuurreview niet werd beschreven. De referenties die vermeld werden waren studies over de multidisciplinaire aanpak van dementie en over verschillende observatie-instrumenten. De studies zijn allemaal uitgevoerd in Nederland, er werd geen gebruik gemaakt van internationale studies. De studies werden niet apart beschreven en niet beoordeeld op kwaliteit. Er werd geen beschrijving gemaakt hoe de aanbevelingen zijn geformuleerd.

Voor de hoofdstukken rond de verschillende types van probleemgedrag werd wel een wetenschappelijke methode gebruikt. Er werd een duidelijke zoekvraag gesteld, waaruit dan een PICO werd opgemaakt. Hieruit werd een literatuurzoektocht uitgevoerd in verschillende databanken. Enkel gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) of systematische reviews van RCT's werden geïncludeerd, omdat deze volgens GRADE aanzien worden als het hoogste niveau van bewijs. Er werden duidelijke inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. De literatuurzoektocht werd uitgebreid gevoerd en volledig beschreven in de bijlage. De geëxcludeerde artikels werden weergegeven in een tabel met de reden tot exclusie. De geïncludeerde studies werden beschreven volgens vaste kenmerken, namelijk de setting, het aantal patiënten, de duur van de studie, het type en de ernst van de dementie, de ernst van het probleemgedrag en de inhoud van de interventie. De kwaliteit van de RCT's werd beoordeeld aan de hand van de 'Checklist randomised controlled trial' van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap om het risico op bias in te schatten. Per hoofdstuk en per studie werden mogelijke bias weergegeven in een tabel.

Indien er voldoende gegevens beschikbaar waren, werd ook een meta-analyse uitgevoerd. Indien dit niet mogelijk was, werden de resultaten gepoold. De resultaten werden telkens ook visueel weergegeven in forest plots. Ze maakten ook een onderscheid tussen statistisch significante resultaten en klinisch significante resultaten, waarbij klinisch significant belangrijker werd geacht. Naast de effecten van psychofarmaca werd ook gekeken naar de beschreven bijwerkingen, zodat deze mee in rekening konden gebracht worden bij het opstellen van de aanbevelingen.

De kracht van het wetenschappelijk bewijs werd beoordeeld via GRADE. Er werd meestal toelichting gegeven waarom deze GRADE werd toegekend, bijvoorbeeld door rekening te houden met de bias en de precisie van de studie.

De aanbevelingen werden opgesteld zodat ze antwoord boden op de initiële zoekvraag per hoofdstuk. Hierbij werd het gevonden wetenschappelijke bewijs gebruikt. Indien de resultaten niet uniform genoeg waren, werd de klinische expertise van de ontwikkelingsgroep gebruikt om de aanbeveling te formuleren. Dit werd dan ook telkens beschreven met de redenen om een aanbeveling op die wijze te formuleren.

Stap 7: Zoektocht naar recentere literatuur en de toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext nagaan

7.1 Methode

Het eerste deel bestond uit een zoektocht naar recentere literatuur, zowel gepubliceerde richtlijnen als studies.
Enerzijds werd dezelfde zoektocht als in stap drie herhaald over de periode van 1 januari 2022 t.e.m. augustus 2022, met als doel na te gaan of er recent nog nieuwe richtlijnen gepubliceerd werden. Anderzijds voerden we op dezelfde vijf databanken een tweede zoektocht naar Engelse, Franse en Nederlandse systematische reviews of meta-analyses relevant voor de klinische vragen. Voor fysieke fixatie werd het tijdsvenster gehanteerd van 1 januari 2020 t.e.m. 31 oktober 2022, voor chemische fixatie van juli 2016 t.e.m. 31 oktober 2022. Deze data zijn gebaseerd op de literatuurzoektochten van de reeds geïncludeerde richtlijnen. De search gebeurde aan de hand van de volgende zoektermen, respectievelijk voor fysieke fixatie en chemische fixatie: physical restraint and nursing home, physical restraint and geriatrics, restraint and nursing home, restraint and geriatrics, chemical restraint and nursing home, chemical restraint and geriatrics, antipsychotic drugs and nursing home, antipsychotic drugs and geriatrics. De systematische reviews werden, na inclusie, ook beoordeeld op hun kwaliteit. Dit werd kort per artikel besproken.

Het doel van deze zoektocht kan men vinden in de PICO:
P: Bewoners in woonzorgcentra
I: Fysieke en chemische fixatie
C: (Niet van toepassing)
O: Evidentie omtrent fixatie

In het tweede deel beoogden we de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische zorgcontext na te gaan. Dit onder andere aan de hand van de gevoerde panelgesprekken met deskundigen. Daarnaast waren ook de verwachtingen en voorkeuren van de patiënt zelf van belang. Aangezien de wilsbekwaamheid bij onze doelpopulatie niet te garanderen viel, hebben wij dit bevraagd via de Alzheimer Liga Vlaanderen, de Vlaamse Ouderenraad en het Vlaams Patiënten Platform. Tot slot moesten er ook toetselementen en auditcriteria worden opgesteld.

7.2 Uitkomst

7.2.1 Zoektocht naar recentere literatuur

De nieuwe databank zoektocht voor de periode van 2022 leverde geen nieuwe geschikte richtlijnen op; zie bijlage 7.

De literatuurzoektocht naar systematische reviews leverde met het oog op onze klinische vragen zes interessante studies op, die we hieronder beknopt zullen bespreken. Voor een overzicht van de zoektocht, zie bijlage 8.

Robins et al. (2021) onderzocht aan de hand van de PRISMA-richtlijnen (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) verschillende thema's in de definities van fysieke en chemische fixatie sinds 2000, alsook de betrouwbaarheid van studies omtrent de toepassing en prevalentie ervan in lange-termijn zorg (11). Na een literatuurzoektocht op zes databanken door twee onafhankelijke reviewers, werden 86 kwantitatieve research studies weerhouden, waarbij slechts in 20 chemische fixatie werd vermeld. De gebruikte definities werden gecodeerd en geclusterd aan thematische zones. Bij onenigheid nam een derde onderzoeker de beslissing. Zeven thema's omtrent fysieke fixatie werden geïdentificeerd: 'restraint method', 'stated intent', 'duration/frequency/number', 'setting resident is restrained in', 'resident capacity to remove/control', 'caveats and exclusions', 'consent and resistance'. De eerste drie kwamen ook aan bod in de definities betreffende chemische fixatie. Het werd duidelijk dat de consensus definitie rond fysieke fixatie van Bleijlevens ontoereikend is, gezien deze slechts drie thema's includeert (5). Als gevolg hiervan is er dikwijls een mismatch tussen de definities en de datacollectie binnen individuele studies. Door de hoge variabiliteit kunnen prevalentiecijfers ook niet geëxtrapoleerd worden. Hetzelfde geldt voor chemische fixatie, mede te wijten aan de kleine sample size. Bovendien vallen heel wat situaties buiten de definitie, zoals een gesloten afdeling of kamer, waarin de patiënt wel vrije lichaamsbeweging heeft.

De systematische review van Brugnolli et al. (2000) toonde aan dat multicomponentiële interventies effectief kunnen zijn in het reduceren van fysieke fixatie bij ouderen in woonzorgcentra na 6 en 12 maanden (59). Tevens zonder significante stijging van het aantal valincidenten of blessures. Vooral de attitudes van het multidisciplinair team moeten geadresseerd worden in de educationele component, gezien besluitvorming vaak gebaseerd is op individuele ervaringen. Desondanks is het moeilijk om deze gegevens te extrapoleren, gezien de variabiliteit van elementen in de verschillende trainingsprogramma's en de variatie aan gehanteerde definities. Er werden 16 studies geïncludeerd in de kwalitatieve synthese, 12 in de meta-analyse. De kwaliteit werd door twee onafhankelijke onderzoekers gecheckt aan de hand van de 'Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention'. In een samenvatting van de bias kunnen we zien dat de kwaliteit van randomised controlled trials matig is, deze van de quasi-experimentele studies laag. Bovendien was de sample variabiliteit door sterfte groot, met vaak weinig data over de proportie patiënten met dementie.

Van Leeuwen et al. (2018) trachtte het succes en effect na te gaan van afbouw van antipsychotica bij ouderen in woonzorgcentra, die dit minstens 3 maanden innamen (60). Dit succes werd gedefinieerd als het vervolledigen van de studie, zonder herval of stoppen door toename van neuropsychologische symptomen bij dementie (BPSD). Helaas kon deze uitkomstmaat in de 11 geïncludeerde studies niet expliciet worden onderzocht, waardoor men het aantal non-completers in de studies vergeleek als proxy voor deze uitkomst. Deze indirectheid is dan ook de grootste limitatie. De statistische power in de studies waren tevens laag door de moeizame rekrutering van fraile ouderen. Met slechts een lage graad van evidentie kon men stellen dat discontinuatie van antipsychotica weinig tot geen verschil maakte op BPSD en cognitieve functie, wat het intermittente karakter van BPSD bevestigt. Het effect op mortaliteit is onzeker. Het tweede geïncludeerde artikel van Van Leeuwen et al. (2018) blijkt een samenvatting van bovenstaande review (61).

Walsh KA et al. (2017) onderzocht de beïnvloedende factoren op het voorschrijfgedrag van antipsychotica in woonzorgcentra bij personen met dementie (62). Twee onafhankelijke onderzoekers screenden zes databanken en de grijze literatuur, waarna geïncludeerde studies met de 'Critical Appraisal Skills Program Assessment Tool' werden beoordeeld op kwaliteit. Statistiek was afwezig, waardoor geen significante en directe resultaten mogelijk waren. Het werd duidelijk dat het voorschrijven plaatsvindt in een complex samenspel van verschillende belanghebbenden. Deze personen hebben vaak een verschillend niveau van vaardigheden en kennis, evenals tegenstrijdige opvattingen over de rol en gevolgen van antipsychotica. Woonzorgcentra hebben verschillende behandelculturen, alsook mogelijkheden van middelengebruik. Daarnaast spelen invloeden van buitenaf ook een grote rol, zoals richtlijnen, regelgeving en maatschappelijke invloeden. Verder onderzoek moet uitwijzen hoe men dit voorschrijfgedrag in de praktijk kan veranderen.

De aanpak van BPSD aan de hand van reeds bestaande evidence-based richtlijnen werd onderzocht door Huixuan Ma et al. (63). Men beoogde hier vooral een overzicht te maken van de verschillende bestaande richtlijnen, volgens hun kwaliteit, om de keuze en beleid voor clinici makkelijker te maken. Slechts vier richtlijnen voldeden aan de opgestelde criteria voor een hoogwaardige richtlijn, dewelke de basis vormden voor het opstellen van negen specifieke aanbevelingen omtrent de aanpak van BPSD. Deze aanbevelingen ondersteunen het gebruik van antipsychotica in geval van psychotische symptomen. De farmacologische keuze is gebaseerd op de risico-batenverhouding van het individu, atypische antipsychotica kregen meestal de voorkeur. Niet-farmacologische therapieën kregen de voorkeur bij emotionele symptomen en slaapstoornissen. In deze systematische review werd geen gebruik gemaakt van statistiek, wat direct wetenschappelijk bewijs moeilijk maakt. De richtlijnen werden wel getoetst op kwaliteit met behulp van de AGREE II-tool, waardoor de nadruk eerder op de onderbouwing van de richtlijn lag dan op de toepasbaarheid van de aanbevelingen. Daarbovenop lag de focus bij twee van de vier richtlijnen niet uitsluitend op de aanpak van dementie, wat de review minder sterk maakt.

Uit deze literatuurzoektocht kunnen we concluderen dat er nog steeds heel wat onduidelijkheid heerst over de inhoud van fysieke en chemische fixatie. Men is er nog steeds niet in geslaagd een omvattende definitie op te stellen, wat de registratie van de fixatie toepassing in woonzorgcentra compliceert. Als gevolg zijn prevalentiecijfers moeilijk te interpreteren, laat staan te extrapoleren. Daarnaast zijn er ook veel onderlinge verschillen in attitude en kennis van het multidisciplinair team. Multi-componentiële programma's waarbij de legale, klinische en ethische aspecten aan bod komen, kunnen zorgen voor een betere educatie van het multidisciplinair team, met een kwaliteitsvolle zorg tot gevolg. Vooral kwetsbare ouderen die lijden aan dementie en BPSD krijgen namelijk te maken met fixatie, vooral chemische. Van belang om te vermelden is dan ook het matige bewijs dat antipsychotica ook bij deze patiënten afgebouwd kunnen worden, zonder grote effecten op BPSD of de cognitieve functie noch op het aantal valincidenten of blessures.

7.2.2 De toepasbaarheid van de aanbevelingen nagaan

7.2.2.1 Verwachtingen en voorkeuren van patiënten

Bij het opstellen van deze richtlijn is het essentieel om de verwachtingen en noden van de doelpopulatie aan bod te laten komen. Om hun belangen te behartigen, stelde de Vlaamse Ouderenraad reeds in 2019 een visietekst op rond fixatie en vrijheidsbeperking, aangezien dit nog al te vaak als oplossing voor probleemgedrag wordt aanzien (64). Hoewel het in de praktijk vaak meer kwaad doet dan goed, wat tevens een grote impact voor de familie en zorgverleners met zich meebrengt. De Vlaamse woonzorgcentra roeien op dit moment met de riemen die ze hebben, wat zorgt voor een grote diversiteit in de toepassing van fysieke en chemische fixatie. Men is realistisch dat fixatievrij werken haast onmogelijk is, doch zouden ouderen de regie over hun leven moeten kunnen behouden. Ongeacht zijn situatie zou elke oudere persoon, dementerend of niet, het recht op een warme en kwaliteitsvolle zorg moeten ontvangen. Hierbij moet de afweging tussen vrijheid en veiligheid worden gemaakt, rekening houdende met de autonomie en integriteit van de patiënt.

Vanuit dit perspectief formuleerde de Vlaamse Ouderenraad 12 minimale voorwaarden met betrekking tot vrijheidsbeperking:

1. Duidelijke wetgeving, definiëring, juridische en klinische richtlijnen over sectoren heen
2. Onderscheid tussen urgente en niet-urgente situaties
3. Afstemming met de oudere zelf, de wettelijk vertegenwoordiger/mantelzorger(s), arts en multidisciplinair team
4. Altijd als uitzonderingsmaatregel en zowel fysieke en chemische fixatie als allerlaatste redmiddel
5. Enkel indien er ernstige risico's zijn voor de persoon zelf of zijn omgeving
6. Pas wanneer alle oorzaken van gedrag onderzocht zijn en een andere aanpak en alternatieven uitgeprobeerd werden
7. Altijd de minst ingrijpende maatregelen met de grootst mogelijke bewegingsvrijheid en een correcte toepassing ervan
8. Enkel voor korte duur, met verhoogd toezicht
9. Dagelijkse multidisciplinaire opvolging en evaluatie
10. Motivatie en registratie om bovenstaande punten aantoonbaar te maken
11. Aantoonbare verbetertrajecten om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen in de verschillende sectoren
12. Controle door de Zorginspectie op het beleid en de praktijk met betrekking tot vrijheidsbeperking

Deze voorwaarden kwamen ook terug in ons Zoom-gesprek met een referentiepersoon van de Alzheimer Liga Vlaanderen. De zorgbehoevendheid in de woonzorgcentra zal immers relatief toenemen, aangezien stabiele ouderen met dementie dankzij de betere thuiszorg langer thuis kunnen blijven. De middelen en omkadering in de woonzorgcentra daarentegen schieten vaak tekort. Dit beperkt de draagkracht van het zorgpersoneel en werkt zowel het fixatiegebruik, alsook de hulpvraag aan huisartsen om kalmeringsmiddelen voor te schrijven, in de hand. Educatie hieromtrent bewijst dan ook zijn nut, zowel voor zorgpersoneel door het Expertisecentrum Dementie, als voor mantelzorgers door de Liga. Familieleden gaan immers gebogen onder het schuldgevoel tekort te schieten. Als er dan beslissingen worden genomen zonder overleg, kan dit zorgen voor een vertrouwensbreuk tussen het verzorgend personeel en de familie van de bewoner. Het welzijn van de patiënt mag dan ook de enige intentie voor fixatie zijn.

Als laatste hebben wij ook het Vlaams Patiëntenplatform gecontacteerd, een koepel van patiëntenverenigingen voor personen met een chronische aandoening. Zij zijn echter minder actief rond het beleid binnen woonzorgcentra en hebben enkel een visietekst omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de geestelijke gezondheidszorg, wat buiten de scope van onze masterthesis valt.

7.2.2.2 Toepasbaarheid in de Belgische context?

Deze richtlijn wordt specifiek opgesteld met als doelpubliek de zorgverleners in de Vlaamse woonzorgcentra. Het is dan ook cruciaal dat deze toepasbaar is in onze zorgcontext.

Het Vlaams indicatorenproject (VIP²) meet jaarlijks de kwaliteit van zorg in de Vlaamse woonzorgcentra (3). Eén van de topics die worden aangehaald is fysieke fixatie, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen overdag en 's nachts. In 2021 werd fysieke fixatie in het algemeen overdag toegepast bij 17,3% van de bewoners, 's nachts lopen de cijfers op tot 34,3%. Opvallend, één op vijf van de woonzorgcentra registreerden zelfs een vorm van fixatie bij meer dan 25% van de bewoners overdag, toenemend tot meer dan 47,8% 's nachts. Hoe hoger de zorgnood, hoe meer gegrepen wordt naar fixatie. Overigens zijn er ook duidelijk regionale verschillen, waarbij fixatie overdag het meest voorkomt in Oost-Vlaanderen en 's nachts vooral in West-Vlaanderen. Limburg scoort op beide het best. Algemeen is er wel een dalende trend in het gebruik, van 1,16% overdag en 1,0 tot 2,7% 's nachts, ten opzichte van 2016.

Chemische fixatie maakt geen deel uit van het VIP², doch het gebruik van psychofarmaca werd wel via andere kanalen onderzocht.
In 2006 bracht de Belgian Health Care Knowlegde Center (KCE) een rapport uit over het medicatiegebruik in de Belgische woonzorgcentra (65). Het medicatiegebruik van meer dan 2500 bewoners in 76 woonzorgcentra werd onderzocht en in kaart gebracht, met enkele verrassende bevindingen tot gevolg. Zo had 91% van de afdelingen een medicatieoverzicht beschikbaar, maar werd deze slechts in twee op drie afdelingen correct gebruikt. 68% van de bewoners nam psychofarmaca, wat dit de meest gebruikte categorie van geneesmiddelen maakte. Bijna de helft van de bewoners waarbij een valrisico was gedetecteerd kreeg een benzodiazepine toegediend. De grootste indicatie voor het frequente gebruik van atypische antipsychotica was gedragsstoornissen bij personen met dementie. Tot slot werd bij meer dan 10% van de bewoners antipsychotica langdurig gebruikt ondanks het wetenschappelijk bewijs dat chronisch gebruik kan leiden tot depressieve symptomen en slaapproblemen.
Dit rapport toont aan hoe frequent psychofarmaca gebruikt worden in de Belgische woonzorgcentra, met als voornaamste indicatie het behandelen van gedragsproblemen bij mensen met dementie.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft twee adviesdocumenten die toepasbaar zijn op deze richtlijn. Het eerste adviesdocument betreft de impact van psychofarmaca op de gezondheid van ouderen (66). Allereerst werd er een analyse gemaakt van het voorschrijven van psychofarmaca aan ouderen in België. Hieruit kon men concluderen dat we te maken hebben met een driedelig probleem: de psychofarmaca worden te snel voorgeschreven, ze worden daarnaast meestal voor een onbepaalde termijn voorgeschreven en er worden te weinig pogingen gedaan om te stoppen. Deze hoge voorschrijfcijfers zijn niet alleen een gevaar voor de veiligheid van de patiënten, maar zorgen ook

voor een hoge kostprijs voor de maatschappij. De Hoge Gezondheidsraad stelde hieruit enkele aanbevelingen op: campagnes omtrent benzodiazepines, opleidingen voor artsen en apothekers, feedback voor artsen over hun voorschrijfgedrag, opleidingen in WZC en het oprichten van een stuurgroep rond het correct gebruik van psychofarmaca (naar analoog van de BAPCOC).

Het tweede adviesdocument vanuit de HGR gaat over dementie, van diagnose tot de behandeling en ethische aspecten (67). Eén van de onderwerpen die wordt aangehaald is de farmacologische behandeling van gedragsstoornissen bij personen met dementie. Zij raden aan enkel psychofarmaca te gebruiken bij specifieke indicaties, waarvoor er wetenschappelijke onderbouwing bestaat. Deze geneesmiddelen mogen geen eerstelijnsmiddelen zijn. Voordien moet ook steeds een gedragsanalyse gemaakt worden teneinde onderliggende oorzaken uit te sluiten. De mogelijke indicaties van probleemgedrag worden besproken en gelinkt aan de optionele psychofarmaca. Er wordt telkens verwezen naar de gebruikte studies, maar deze worden niet kritisch besproken. Er wordt geen vermelding gemaakt over het mogelijk gebruik van fysieke vormen van fixatie bij probleemgedrag bij mensen lijdend aan dementie.

Een volgend belangrijk onderdeel van de Belgische zorgcontext zijn uiteraard de zorgverleners zelf. Diegene die dagelijks in het werkveld staan, weten hoe het eraan toegaat in de praktijk en wat de mogelijkheden en gebreken zijn. Bijgevolg hebben we zes panelgesprekken verricht met de verschillende actoren van de zorgsector. De deelnemers waren ergotherapeuten, (hoofd)verpleegkundigen, kwaliteitscoördinatoren, directieleden, huisartsen, coördinerend en raadgevend artsen (CRA's), onderzoekers en opleiders verbonden aan de opleiding verpleegkunde en stafmedewerkers van de koepels. Aan de hand van verschillende stellingen, opgelijst in stap 2, werden de belangrijkste elementen van fixatie getoetst.
Eén van de belangrijkste uitkomsten was het gebruik van een correcte term. Elk gesprek concludeerde unaniem dat de term fixatie een te eng gegeven is. Een meer omvattende term zou zijn 'vrijheidsbeperkende maatregelen'. Bij fixatie wordt immers vaak gedacht aan zaken die rechtstreeks met de patiënt verbonden zijn, zoals gordels, voorzettafels, bedhekken, enz. Andere interventies, zoals afdelingen met een codeslot, een afgesloten tuin, alarmsystemen en het gebruik van psychofarmaca worden minder gedekt door het woord fixatie. Daarnaast heeft vrijheidsbeperkende maatregelen een andere connotatie, dewelke minder hard of negatief klinkt in vergelijking met fixatie.
Bij de stelling over een duidelijk beleid in opstarten en afbouwen van fixatie in hun WZC waren de antwoorden wisselend. De meeste WZC hebben interne afspraken over het opstarten van fixatie, maar over de opvolging en afbouw heerst onduidelijkheid.
Volgens de panelleden moet het behandelend kernteam bestaan uit de verpleging, de behandelende huisarts, de patiënt zelf of zijn wettelijk vertegenwoordiger als hij zelf niet meer handelingsbekwaam is. Verder kunnen ook ergotherapeuten, kinesisten en familieleden van de patiënt deel uitmaken van het team. De CRA vormt niet standaard deel uit van het team, maar kan wel bemiddelen bij problemen. Desalniettemin, als het over vrijheidsbeperkende maatregelen op beleidsniveau van het WZC gaat, is de CRA wel een belangrijk teamlid.
Evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen is een moeilijk gegeven en zorgt voor veel discussie. Het is ook afhankelijk van de soort maatregel die werd toegepast. Voor de meerderheid was een dagelijkse evaluatie na opstart van een maatregel een must. Nadien kan geopteerd worden om

wekelijks of zelfs maandelijks te evalueren, afhankelijk van de individuele situatie. Een belangrijke nuance is dat er onmiddellijk moet geëvalueerd worden wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt verandert.
Ook technische ondersteuning kan een belangrijke factor vormen. Pop-ups in zorgprogramma's kunnen helpen herinneren om de vrijheidsbeperkende maatregel te evalueren. Praktisch is dit al aanwezig bij enkele WZC. Men moet er wel op toezien dat deze slechts in bepaalde gevallen gebruikt worden. Zoniet worden deze na verloop van tijd gewoon weg geklikt uit gewoonte, zonder dat dit gecontroleerd wordt. Op heden is er ook geen compatibiliteit tussen de zorgprogramma's van WZC en die van huisartsen, waardoor artsen dit niet mee kunnen opvolgen. Hier is er zeker nog veel ruimte voor optimalisatie van deze vorm van continuïteit van zorg.
In het eerste panelgesprek werd tevens de samenwerking met apotheken aangehaald. Aan de hand van de START/STOP criteria kunnen zij bijvoorbeeld maandelijks de medicatieschema's van patiënten nazien (68). Op die manier kunnen zij chronisch gebruik van psychotrope medicatie in het oog houden en helpen bij de afbouw ervan. Tijdens de andere gesprekken werd het nut hiervan telkens bevestigd.

Een ander moeilijk doch essentieel topic is het juridische aspect van fixatie. In België is er weinig tot geen onderliggende wetgeving over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het toepassen van fixatie wordt gezien als een verpleegkundige handeling (8,9). Maar wat als er iets fout loopt, wie draagt dan de verantwoordelijkheid? In de panelgesprekken werd duidelijk dat er een verschil kan gemaakt worden tussen chemische en fysische maatregelen. Psychofarmaca worden opgestart door de behandelende arts en die is dan ook verantwoordelijk voor de gevolgen van deze medicatie. Bij fysieke fixatie is het moeilijker. Enerzijds werd aangegeven dat bij problemen met het protocol de directie de verantwoordelijkheid draagt, anderzijds is de uitvoerende verpleegkundige verantwoordelijk als die het protocol niet juist heeft nageleefd. Dit onderstreept nogmaals het belang van een uniforme richtlijn.

Tot slot zien we in de buitenlandse literatuur dat er vaak gebruik gemaakt wordt van een 'fixatie deskundige'. Iemand die binnen het WZC verantwoordelijk is voor het opvolgen en ondersteunen van een correct fixatiebeleid. De implementatie hiervan in België lijkt ons zeker waardevol naar de toekomst toe, waarin we streven naar een fixatie-arme ouderenzorg.

7.2.2.3 Toetselementen en auditcriteria bepalen

Voor het bepalen van toetselementen voor fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen hebben we ons gebaseerd op de bestaande indicatoren van het Vlaams Indicatoren Project en BelRAI (Belgian Resident Assessment Instrument) (3,69). Het doel van het VIP²-project is om bepaalde aspecten van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven te meten, dit aan de hand van indicatoren. Eén van deze indicatoren is fysieke fixatie. Chemische fixatie is niet opgenomen als kwaliteitsindicator in het VIP²-project. Het BelRAI-instrument is een uitgebreid beoordelingsinstrument dat het algemeen functioneren en specifieke zorgnoden op een gestandaardiseerde manier van een persoon in kaart brengt. Er wordt informatie verzameld over verschillende domeinen: cognitief, fysiek, psychisch en sociaal. De resultaten van een BelRAI beoordeling worden berekend via wetenschappelijk gevalideerde algoritmes. Daarnaast worden via de uitgebreide BelRAI-instrumenten domeinen gedetecteerd waarbij het functioneren van de persoon verbeterd kan worden of waarbij preventief

acties genomen kunnen worden opdat het functioneren niet achteruit zou gaan, deze worden ook Clinical Assessment Protocols (CAP) genoemd. Er werd in de BelRAI ook een CAP ontwikkeld over fysieke fixatie. Vanaf 1 juni 2023 wordt het BelRAI-instrument over een periode van 2 jaar ingevoerd in alle Vlaamse woonzorgcentra.

Voor het thema fysieke vrijheidsbeperking werken we met de zes kwaliteitsindicatoren van het VIP²-project en de CAP fysieke fixatie van de BelRAI als toetselementen voor onze richtlijn.

Fysieke fixatie

Onderstaande fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen tellen mee voor dit toetselement:

- Bedhekken of onrusthekken
    - Indien aan beide zijden van het bed zijn opgeklapt en/of driekwart tot gehele lengte van het bed
- Voorzettafel
- Gekantelde geriatrische zetel of diepe stoel waaruit men niet kan rechtstaan
- Verpleegdeken
- Trappelzak
- Plukpyjama of andere vrijheidsbeperkende kledij
- Gordel, toegepast in de zetel en/of toegepast in bed
- Polsband
- Enkelband
- Codeslot

Driedagentelling: Observaties gedurende drie vooraf bepaalde dagen

Toetselementen die als auditcriteria dienen in kader van fysieke vrijheidsbeperking:

- Toetselement 1:
    - Percentage bewoners met gebruik minstens 1 van de 10 fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen overdag tijdens de driedagentelling
- Toetselement 2:
    - Percentage bewoners met gebruik van minstens 1 van 10 fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen ’s nachts tijdens de driedagentelling
- Toetselement 3:
    - Percentage bewoners met gebruik van bedhekken overdag tijdens de driedagentelling
- Toetselement 4:
    - Percentage bewoners met gebruik van bedhekken ’s nachts tijdens de driedagentelling
- Toetselement 5:
    - Percentage bewoners met gebruik van de gordel (in zetel en/of bed) overdag tijdens de driedagentelling
- Toetselement 6:

    - Percentage bewoners met gebruik van de gordel (in zetel en/of bed) 's nachts tijdens de driedagentelling
- Toetselement 7
    - In de teller staat het aantal personen met een geactiveerd CAP Fixatiebeleid en in de noemer het totaal aantal personen op een afdeling

Bovenstaande indicatoren zouden, zoals hierboven besproken, als audit-criteria kunnen toegepast worden in een richtlijn rond fysieke fixatie in de Belgische zorgcontext. In beide wordt chemische fixatie niet besproken, idealiter wordt dit ook nog toegevoegd aan het VIP²-project en de BelRAI.

<u>Chemische fixatie</u>

De toetselementen voor chemische fixatie werden in consensus opgesteld, aangezien deze op heden niet opgenomen zijn in het VIP²-project en het BelRAI-instrument.

Onder chemische fixatie verstaan we het toepassen van psychofarmaca (hypnotica, sedativa, anxiolytica, antipsychotica en antidepressiva) met als doel het controleren van storend gedrag (agitatie, agressie, dwalen, verwardheid en apathie) dewelke geen onderdeel zijn van het behandelingsplan van een medische onderliggende problematiek.

Driedagentelling: Observaties gedurende drie vooraf bepaalde dagen

Toetselementen fysieke vrijheidsbeperking

- Toetselement 1:
    - Percentage bewoners met inname van een psychofarmacon (hypnoticum, sedativum, anxiolyticum, antipsychoticum en antidepressivum) met indicatie agitatie zonder onderliggende medische diagnose die dit gedrag kan verklaren.
- Toetselement 2:
    - Percentage bewoners met inname van een psychofarmacon (hypnoticum, sedativum, anxiolyticum, antipsychoticum en antidepressivum) met indicatie agressief gedrag zonder onderliggende medische diagnose die dit gedrag kan verklaren.
- Toetselement 3:
    - Percentage bewoners met inname van een psychofarmacon (hypnoticum, sedativum, anxiolyticum, antipsychoticum en antidepressivum) met indicatie dwaalgedrag zonder onderliggende medische diagnose die dit gedrag kan verklaren.
- Toetselement 4:
    - Percentage bewoners met inname van een psychofarmacon (hypnoticum, sedativum, anxiolyticum, antipsychoticum en antidepressivum) met indicatie verwardheid zonder onderliggende medische diagnose die dit gedrag kan verklaren.
- Toetselement 5:
    - Percentage bewoners met inname van een psychofarmacon (hypnoticum, sedativum, anxiolyticum, antipsychoticum en antidepressivum) met indicatie apathisch gedrag zonder onderliggende medische diagnose die dit gedrag kan verklaren.

Stap 8: De aanbevelingen selecteren voor adaptatie

8.1 Methode

De bekomen aanbevelingen werden hier onderling vergeleken met het nieuwe wetenschappelijke bewijs, rekening houdend met de Belgische zorgcontext. In deze stap heeft de richtlijnontwikkelingsgroep in consensus beslist welke aanbevelingen men wil overnemen en/of aanpassen voor het opstellen van deze richtlijn.

De aanbevelingen werden opgesomd per klinische vraag. De aangepaste aanbevelingen staan cursief.

8.2 Uitkomst

Fysieke fixatie

1. Hoe wordt fysieke fixatie gedefinieerd?
   /

2. Wie wordt betrokken bij het beslissingsproces in verband met fysieke fixatie?
   - 'Verpleegkundigen dienen gebruik te maken van hun klinisch inzicht en gevalideerde beoordelingsinstrumenten om patiënten te beoordelen die risico lopen op fixatie.' (50)
   - 'Verpleegkundigen moeten de patiënt zowel bij opname als op regelmatige basis beoordelen om eventuele risicofactoren te identificeren die kunnen leiden tot het gebruik van dwangmaatregelen.' (50)
   - *'Het zorgteam ontvangt informatie omtrent de indicaties en gevolgen van fixatie aan de hand van opleidingen, bij voorkeur jaarlijks te herhalen.'* (49)
   - 'Het fixatie order moet worden uitgevoerd nadat de baten-risicoverhouding voor de oudere persoon is beoordeeld door het multidisciplinaire team.' (49)
   - 'Verpleegkundigen moeten in samenwerking met het interprofessionele team en de patiënt/familie/vertegenwoordiger een geïndividualiseerd zorgplan opstellen dat zich richt op alternatieve benaderingen voor het gebruik van fixatiemaatregelen.' (50)
   - 'De oudere patiënt en zijn familie moeten worden geïnformeerd over de redenen voor en het doel van de fixatie. Hun toestemming en medewerking moet worden gevraagd.' (49)

3. Wie draagt de verantwoordelijkheid over de op- en afbouw van fysieke fixatie?
   - 'Verpleegkundigen moeten in samenwerking met het interprofessionele team en de patiënt/familie/vertegenwoordiger een geïndividualiseerd zorgplan opstellen dat zich richt op alternatieve benaderingen voor het gebruik van fixatiemaatregelen.' (50)

4. Welke stappen moeten doorlopen worden om fysieke fixatie op te starten?
   a) Correcte indicatiestelling?
      - 'Het fixatie order moet worden uitgevoerd nadat de baten-risicoverhouding voor de oudere persoon is beoordeeld door het multidisciplinaire team.' (49)
      - 'Gezondheidszorgorganisaties moeten strategieën ontwikkelen voor een systematische evaluatie van de risicofactoren om patiënten at risk voor fixatie te identificeren.' (50)

b) Verloop van het proces?

- 'Voor het gebruik van fysieke fixatiemiddelen moet een schriftelijk order worden uitgevoerd. De redenen voor de maatregel moeten in het patiëntendossier worden genoteerd.' (49)
- 'De keuze van het fixatiemiddel moet beantwoorden aan de behoeften van de patiënt, waarbij deze veilig en comfortabel is.' (50)
- *'Het beleid van de instelling of eenheid inzake het gebruik van fysieke fixatiemaatregelen is geformuleerd in een document dat beschikbaar is voor het zorgpersoneel, patiënten/bewoners, hun familie en vertrouwenspersonen.'* (49)

5. Hoe verloopt de opvolging van fysieke fixatie?
   - 'Een bewakingsschema moet opgesteld en gekopieerd worden in het dossier van de patiënt. Dit heeft als doel de risico's van immobilisatie te voorkomen, met in het bijzonder de zorg voor hygiëne, voeding, hydratatie en psychologische ondersteuning.' (49)
   - *'Gezondheidszorgorganisaties moeten strategieën voor risicobeheersing en kwaliteitsverbetering implementeren door het opstellen van controleprotocollen voor patiënten en de vereisten inzake documentatie voor de duur van elke fixatiemaatregel.'* (50)
   - *'Gezondheidszorgorganisaties moeten strategieën voor risicobeheersing en kwaliteitsverbetering implementeren door het opstellen van evaluatie programma's om zowel de mate van gebruik van fixatiemaatregelen, als de toepassing van alternatieve benaderingen en de gevolgen voor patiënten/familie/vertegenwoordiger/team te monitoren.'* (50)
   - *'De gezondheidstoestand van de patiënt en de gevolgen van de maatregel moeten, afhankelijk van het type maatregel, op regelmatige basis worden beoordeeld en in het patiëntendossier worden genoteerd.'* (49)
   - 'Het gebruik van de maatregelen wordt gemeten, geregistreerd en geanalyseerd.' (49)
   - 'Incidenten en ongevallen die verband houden met fysieke fixatie worden geregistreerd en geanalyseerd en vormen de basis voor preventieve actieplannen.' (49)

6. Hoe verloopt de afbouw van fysieke fixatie?
   /

Chemische fixatie

1. Hoe wordt chemische fixatie gedefinieerd?
   /

2. Wie wordt betrokken bij het beslissingsproces in verband met chemische fixatie?
   /

3. Wie draagt de verantwoordelijkheid over de op- en afbouw van chemische fixatie?
   - *'In acute crisissituaties (heftige agitatie/agressie/angst) of in situaties met afweer/agressie bij verlenen van noodzakelijke zorg kan, in situaties met gevaar/ernstige lijdensdruk voor de*

patiënt of gevaar voor anderen, een psychofarmacon worden voorgeschreven ter sedatie. Besluit hiertoe vindt door de arts plaats. Deze informeert de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, zorgt voor adequate verslaggeving. Sedatie vindt zo kort mogelijk plaats.' (54)

4. <u>Welke stappen moeten doorlopen worden om chemische fixatie op te starten?</u>
   a) Correcte indicatiestelling?
   - 'De probleemanalyse omvat tenminste een lichamelijk onderzoek met op indicatie verder onderzoek (zoals laboratoriumdiagnostiek, ECG, beeldvormend onderzoek), onderzoek naar psychopathologie anders dan dementie (bijvoorbeeld een delier), neuropsychologische factoren, levensloop, persoonlijkheid en contextfactoren.' (54)
   - 'Alvorens te starten met een psychofarmacon vergewist de arts zich ervan dat er een goede probleemanalyse van het probleemgedrag heeft plaatsgevonden, dat een daarop gebaseerde behandeling heeft plaatsgevonden die onvoldoende effect had, dat niet-farmacologische behandelingsopties benut zijn en dat dat er bewijs is voor effectiviteit van het voor te schrijven psychofarmacon.' (54)
   - 'Behandeling met antipsychotica is nodig als er geen reversibele oorzaak wordt vermoed en de agitatie ernstig genoeg is om de veiligheid van de bewoner en/of de verzorger in gevaar te brengen.' (53)

   b) Verloop van het proces?
   - 'De arts noteert indicatie/doelsymptoom waarvoor het psychofarmacon wordt voorgeschreven en overlegt over het starten van het psychofarmacon met de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt.' (54)
   - 'Overweeg alleen bij depressief gedrag in het kader van een ernstige depressie met grote lijdensdruk een behandeling met een antidepressivum conform de Belgische multidisciplinaire richtlijn depressie.' (54)
   - 'Maak bij geagiteerd gedrag bij mensen met dementie een op de persoon en de analyse/hypothese afgestemd interventieplan, gericht op concreet doelgedrag dat ook wordt geregistreerd *(Zeer lage GRADE).'* (54)
   - 'Het verhoogde risico op beroerte en cardiovasculaire mortaliteit dat met deze behandelingen bij patiënten met dementie gepaard gaat, maakt deze behandelingen ongeschikt voor routinematig gebruik in de klinische praktijk.' (53)
   - *'Herstarten van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie na stoppen is in uitzonderlijke gevallen mogelijk. Bijvoorbeeld wanneer ernstig probleemgedrag terugkeert na een afbouw-/stoppoging.'* (54)
   - *'Chronisch gebruik van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie is alleen acceptabel wanneer er minimaal twee afbouw/stoppogingen gedaan zijn, psychosociale interventies niet effectief gebleken zijn en multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden.'* (54)
   - ''Zo nodig gebruik' van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie wordt ontraden. Slechts in uitzonderlijke, nauwkeurig omschreven situaties is er enige ruimte voor prescriptie van een psychofarmacon voor intermitterend gebruik.' (54)

- ‘In acute crisissituaties (heftige agitatie/agressie/angst) of in situaties met afweer/agressie bij verlenen van noodzakelijke zorg kan, in situaties met gevaar/ernstige lijdensdruk voor de patiënt of gevaar voor anderen, een psychofarmacon worden voorgeschreven ter sedatie. Besluit hiertoe vindt door de arts plaats. Deze informeert de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt en zorgt voor adequate verslaglegging. Sedatie vindt zo kort mogelijk plaats.’ (54)

5. <u>Hoe verloopt de opvolging van chemische fixatie?</u>
   - ‘Wees zeer terughoudend, beschrijf het behandeldoel concreet, monitor het effect en de bijwerkingen systematisch en stop als binnen enkele weken geen klinisch relevant effect optreedt.’ (54)
   - *‘Na het starten van een psychofarmacon voor probleemgedrag bij mensen met dementie worden het gebruik ervan dagelijks, wekelijks en/of maandelijks geëvalueerd in functie van indicatie, effectiviteit en bijwerkingen.’* (54)
   - ‘Antipsychotica mogen alleen worden gebruikt bij ernstig schrijnende symptomen, en het advies voor de huidige praktijk is om de noodzaak periodiek te evalueren en de duur van de behandeling te beperken (tot maximaal drie maanden).’ (53)

6. <u>Hoe verloopt de afbouw van chemische fixatie?</u>
   - ‘Uiterlijk drie maanden na starten van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie wordt een afbouwpoging gedaan met als doel te stoppen. Geadviseerd wordt om geleidelijk af te bouwen.’ (54)

4. Discussie

‘Platspuiten en vastbinden’ (70), ‘Serviceflats onder toezicht omdat ze bewoners met dementie fixeerden’ (71), ‘Vrouw stikt na onrechtmatige fixatie, woonzorgcentrum kreeg meermaals inspectie over de vloer na klachten’ (72). Deze krantenkoppen van de laatste maanden lokten telkens veel reacties uit in de maatschappij. Ook de Pano-reportage, uitgezonden op 19 oktober 2022, over het gebruik van antipsychotica in de woonzorgcentra bewees de gevoeligheid van het onderwerp en het belang van een correct fixatiebeleid (73).

In Vlaanderen zijn we op de hoogte van het gebruik van fixatiemiddelen, onder meer door de registratie via het Vlaams Indicatoren Project (3). Ondanks een dalende trend in de toepassing van deze maatregelen, blijft 20% van de woonzorgcentra nog altijd één vierde van zijn bewoners fixeren overdag, oplopend tot bijna de helft ‘s nachts. Dit gaat dan alleen nog maar over fysieke vormen van fixatie. Als we kijken naar medicatiegebruik, zagen we in 2016 dat 32% van de bewoners in de WZC ouder dan 75 jaar psychofarmaca namen ten opzichte van 5% in de thuissetting (74).

Onze verbazing is dan ook groot om te merken dat hier nog geen uniforme richtlijn over ontwikkeld werd. Noch door de overheid, als door de overkoepelende organisaties.

Op dit moment is elk woonzorgcentrum op zichzelf aangewezen. Sommigen werken eigen richtlijnen uit, gebaseerd op het wetenschappelijk onderzoek, de beschikbare wetgeving en praktijkervaringen. Anderen hebben helemaal niets voorhanden om hun zorgpersoneel te ondersteunen bij het beslissingsproces. Dit leidt tot grote verschillen in kwaliteit van zorg tussen de verschillende woonzorgcentra. Via panelgesprekken met verschillende zorgverleners en e-mails met woonzorgcentra probeerden we deze lokale procedures te verkrijgen. Opvallend was dat de centra die hun richtlijnen wilden delen, expliciet vroegen om deze niet openbaar te maken. Dit belicht de gevoeligheid van het onderwerp. Waarom moet er zoveel geheimhouding zijn over een belangrijke kwaliteitsindicator? Een tweede merkwaardige bevinding was dat chemische fixatie amper werd opgenomen in de verkregen richtlijnen.

Het probleem begint reeds bij het fundament. Wat verstaan we onder fixatie? Wat is chemische fixatie? Wat is fysieke fixatie? Is fixatie wel de meest omvattende term? Visies en ervaringen rond dit thema zorgen voor een grote grijze zone, dewelke de nodige complicaties met zich meebrengt. Tijdens ons oriënterend literatuuronderzoek zijn we op zoek gegaan naar de definitie van fixatie. Bleijlevens et al. (2016) formuleerde een consensusdefinitie voor fysieke fixatie: ‘Any action or procedure that prevents a person's free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person's body that he/she cannot control or remove easily’ (5). Robins et al. (2021) vond echter dat deze definitie ontoereikend was, gezien enkele essentiële thema’s, zoals setting, duur en uitzonderingen niet aan bod kwamen (11). Volgens deze definitie vallen ook enkel maatregelen die vastgemaakt zijn aan de persoon of in nabijheid van de persoon staan onder de noemer fixatie. Dit impliceert dat een codeslot op een afdeling, een omheinde tuin en alarmsensoren niet aanzien kunnen worden als fixatie, aangezien de patiënt zijn vrije lichaamsbeweging behoudt. Een definitie rond chemische

fixatie was helemaal onbestaande. In studies wordt vooral verwezen naar het gebruik van medicatie om gedrag te gaan controleren. Ook de term 'potentieel ongepast medicatiegebruik' wordt dikwijls verkeerdelijk toegepast, gezien dit wel degelijk kan gaan om toediening voor de geschikte indicatie, doch aan een dosis of duur die aanleiding geeft tot nevenwerkingen (11). Desondanks wordt de intentie van de artsen, apothekers of verpleegkundigen amper geregistreerd, wat datacollectie omtrent chemische fixatie belemmert. Zonder consensus over welke medicatieklassen hiertoe behoren, blijft er evenzeer veel inconsistentie bestaan.

Door de grote variabiliteit aan interpretatie, kan onderzoek niet gegeneraliseerd worden, laat staan bijdragen om conclusies te trekken teneinde een correct fixatie beleid te verkrijgen. Wij stellen dan ook graag de term vrijheidsbeperkende maatregelen voor, zoals reeds gebruikt in de thuiszorg.

Tijdens de panelgesprekken met de belanghebbenden was één van de belangrijkere thema's het bespreken van de definiëring en term 'fixatie' versus 'vrijheidsbeperkende maatregelen'. Hieruit kwam de eenduidige mening voort dat vrijheidsbeperkende maatregel beter de lading dekt. Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle acties waarbij zelfbeschikking wordt beperkt. Denk hierbij aan het zelf kunnen kiezen van kleding, kasten op slot doen, geen keuze over het tijdstip van eten, enz. Onder deze overkoepelende term kunnen zowel fysieke als chemische maatregelen worden opgenomen. Op basis van de literatuuronderzoeken en gevoerde focusgesprekken, doen we graag een voorstel voor een nieuwe, concrete definitie van deze vrijheidsbeperkende maatregelen:

'Onder vrijheidsbeperkende maatregelen verstaan we elke handeling, maatregel, materiaal en medicatie, toegepast in de zorg, met als intentie de vrije lichaamsbeweging of zelfbeschikking van de persoon te beïnvloeden gedurende een bepaalde periode, met of zonder toestemming van de persoon.'

Naast een goede definitie, moeten we ook de indicatiestelling in vraag stellen. De meest naar voor gebrachte motivatie voor het toepassen van fysieke fixatie is het valrisico bij kwetsbare ouderen. Niettegenstaande dat reeds geruime tijd bekend is dat hier geen wetenschappelijke onderbouwing voor bestaat, integendeel. Fixatie werkt valincidenten eerder in de hand (75). Ouderen met zorgnoden komen door een gebrek aan bewegingsvrijheid immers terecht in een vicieuze cirkel waarbij hun algemene toestand deterioreert, waardoor de kans op vallen net toeneemt.

Chemische fixatie wordt meestal gestart in kader van gedragsmatige en psychologische symptomen bij dementie, ook gekend als BPSD. Onder deze noemer vallen agitatie, agressie, angst, sociale ongeremdheid, dwalen, insomnia en depressie. Vermits dit veelal off-label gebruik betreft, is de effectiviteit van deze medicatie onzeker. Wel zeker is dat het de polyfarmacie opdrijft, alsook het risico op geneesmiddeleninteracties en nevenwerkingen bij fraile ouderen. Bovendien bestaat er laaggradige evidentie dat antipsychotica veilig afgebouwd en gestopt kunnen worden bij oudere personen met dementie, zonder invloed op de BPSD of cognitieve functie (60).

De complexiteit en nood tot een sterk onderbouwde richtlijn rond vrijheidsbeperkende maatregelen in woonzorgcentra komt duidelijk naar voor in deze master-na-master thesis. Een uniforme richtlijn die een leidraad kan bieden voor alle centra, zou algemeen kunnen zorgen voor minder verschillen in

kwaliteit van zorg en individueel voor ondersteuning van het zorgpersoneel, die dagelijks met deze ethische problematiek wordt geconfronteerd.

Met het doorlopen van de eerste acht stappen van de WOREL-handleiding hebben we gepoogd een eerste stap te zetten richting een Vlaamse richtlijn. Het gaf ons een beter zicht op de huidige evidentie en richtlijnen. Hierbij werd duidelijk dat er ook internationaal veel te doen is rond dit onderwerp en dat de wetenschappelijke evidentie tot op heden eerder schaars is. We includeerden na een uitgebreid selectieproces vier richtlijnen, dewelke grondig geanalyseerd werden volgens de systematiek aanbevolen door de WOREL-groep. Om deze te linken aan de Belgische context namen we contact op met de Belgische patiëntenplatformen, werden de adviesdocumenten van de HGR gelezen en organiseerden we panelgesprekken met belanghebbenden. De meest relevante en onderbouwde aanbevelingen werden weerhouden in stap acht. In een volgende masterproef kunnen de daaropvolgende stappen doorlopen worden om zo de eerste Vlaamse richtlijn op te stellen.

Logischerwijze botsten we tijdens het opstellen van deze masterthesis ook op enkele beperkingen.
De eerste onvermijdbare beperking is de kleine werkgroep, bestaande uit drie huisartsen-in-opleiding. Richtlijnontwikkelingsgroepen bestaan doorgaans uit een 20-tal personen. Voor deze thesis konden wij dan ook niet op elk aspect van het proces even grondig ingaan.

Een tweede limitatie is het gebrek aan een indicatie-gerichte aanpak van chemische vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit zou ons immers te ver van de scope van deze thesis leiden. Wij houden het algemeen bij BPSD, echter onder deze noemer vallen verscheidene problematieken zoals reeds eerder benoemd. De aanpak hiervan vergt individuele gespecialiseerde richtlijnen op zich.

Een derde limitatie is het recidiverend probleem van de laaggradige onderliggende evidentie. Vanwege ethische beperkingen kunnen in deze context van langetermijn ouderenzorg immers geen gerandomiseerde studies uitgevoerd worden. Opmerkelijk was dat in vele richtlijnen een maximale duur van antipsychoticagebruik van drie maanden werd gehanteerd. Na literatuuronderzoek bleek hiervoor geen harde evidentie aanwezig te zijn, maar eerder een consensusbevinding die telkens wordt overgenomen. De geringe onderbouwing compliceert het opstellen van evidence-based aanbevelingen.

Een vierde limitatie is het gebrek aan regelgeving in België. Er heerst een grote grijze zone omtrent de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Telkens komt het neer op kiezen tussen vrijheid of veiligheid, waarbij men balanceert tussen de rechten van de patiënt en de autonomie van elk persoon. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen zonder voorschrift genomen worden door een verpleegkundige of zorgkundige onder toezicht ter preventie van lichamelijke letsels, uitgezonderd het opstarten van medicatie (8,9). Deze bepaling schept onduidelijkheden over de definiëring van lichamelijke letsels, de fixatiemiddelen zelf, de organisatie en de frequentie van het toezicht. (64)

5. Conclusie

Fixatie is een belangrijke kwaliteitsindicator in de Vlaamse woonzorgcentra, dewelke nog te vaak als vanzelfsprekend wordt genomen. Desondanks is er nog steeds geen uniform beleid voor het toepassen ervan. Deze thesis gaf de eerste aanzet tot een Vlaamse richtlijn met het oog op een correct fixatiebeleid. In aansluiting daarop stelden wij de nieuwe term en definiëring 'vrijheidsbeperkende maatregelen' voor, wat beter de lading dekt dan fixatie. Daarnaast zijn ook een correcte indicatiestelling, regelmatige evaluatiemomenten en goede communicatie binnen het behandelend multidisciplinair team essentieel. De resterende stappen tot een gevalideerde richtlijn zullen nog verder uitgewerkt moeten worden.

6. Persoonlijke reflectie

Deze master-na-master thesis kwam tot stand dankzij een vlotte samenwerking met twee collega HAIO's, tevens vriendinnen sinds geruime tijd. Met trots kan ik ook meedelen dat onze vriendschap hier nog sterker is uit gekomen. Hiervoor wil ik hen graag nadrukkelijk bedanken. Gezien onze interesses in dezelfde richting wezen, beslisten we onze krachten te bundelen. Gezamenlijk kozen we voor dit onderwerp rond vrijheidsbeperkende maatregelen.

De toepassing van fixatie, zowel fysiek als chemisch, is immers een topic die me nauw aan het hart ligt. Mijn grootmoeder spendeerde haar laatste jaren in een woonzorgcentrum, alwaar zich soms situaties voordeden dewelke wij betreurden. Enerzijds besef ik dat het zorgpersoneel moest roeien met de riemen die ze hadden. Anderzijds zag ik welke impact dit had op mijn grootmoeder en mama. Het langzamerhand afgeven van autonomie en trots viel hen zwaar. Deze thesis leek mij dan ook een mooie opportuniteit om mijn steentje bij te dragen in het verlichten van dit leed. Niettegenstaande ik liever geen fixatiegebruik zou zien, ben ik immers realistisch dat vrijheidsbeperkende maatregelen in bepaalde gevallen nodig zullen blijven. Persoonlijk lag mijn prioriteit dan ook vooral bij het vooropstellen van een correct fixatiebeleid. Zorgen dat er ondersteuning voor handen is, voor zowel het zorgpersoneel als de artsen. Nog al te vaak worden wij als huisarts immers geconfronteerd met de vraag naar een handtekening voor staande orders betreffende medicatie of fixatie.

De ontwikkeling van deze paper verliep over de periode van drie jaar. In het eerste jaar gingen wij van start met een oriënterende literatuurzoektocht omtrent fixatie bij ouderen in woonzorgcentra, opdat wij ons konden verdiepen in de reeds verworven evidentie en kennis. Al snel werd duidelijk dat de beschikbare richtlijnen schaars waren, tot zelfs onbestaande in Vlaanderen. Deze lacune opvullen werd het doel van onze thesis. Namelijk een leidraad bieden aan alle (para-)medici in woonzorgcentra die instaan voor de zorg van ouderen. Na de goedkeuring van de ethische commissie organiseerden we tevens zes panelgesprekken met personen betrokken bij de ouderenzorg. Hieruit leerden we wat er leeft in de praktijk, waar de pijnpunten lagen alsook suggesties om het beter te doen. Aan de hand van het stappenplan van de WOREL-handleiding kreeg onze aanzet tot een richtlijn vorm over de voorbije twee jaar.

Gedurende dit proces nam ik vooral de organisatorische kant op mij. Zo stelde ik een gedeeld document op om de stand van zaken bij te houden, alsook een logboek. Hierbij hield ik rekening met de opgelegde deadlines, om zo interne deadlines voorop te stellen voor specifieke opdrachten. Op deze manier hadden we een concrete planning om naartoe te werken, opdat uitstelgedrag amper kans zou krijgen. In aansluiting hierop verzorgde ik tevens het mailverkeer met onze promotor professor dr. De Lepeleire, opdat dit telkens door één iemand gebeurde, teneinde misverstanden te vermijden. Om op een uniforme manier te werk te gaan, maakte ik enkele sjablonen op. Onder andere voor de literatuurzoektocht, aangezien we elk verscheidende databanken en richtlijnen websites doorzochten. Later spaarde dit ons ook tijd uit in het kader van lay-out, want Google Drive documenten en Microsoft Word zijn niet altijd even compatibel.

De verschillende stappen van onze thesis werden telkens evenredig verdeeld onder ons drie. Iedereen vertoonde dezelfde motivatie om deze thesis tot een mooi einde te brengen. Flexibiliteit bleek belangrijk om dit met onze stage en nevenactiviteiten te kunnen combineren. Indien iemand een drukke periode doormaakte, werd hier dan ook rekening mee gehouden in de werklast of werd

de deadline wat door de vingers gezien. Nadien werd dit gecompenseerd door bijvoorbeeld een extra taakje op zich te nemen. Ik ben ervan overtuigd dat dit onze sleutel tot een succesvolle samenwerking was. Daarenboven zijn we alle drie sterke karakters. We durfden elkaars werk met een kritische blik bekijken. Per stap kwamen we dan ook geregeld samen, wat uitmondde in boeiende discussies omtrent inhoud en uitwerking. Tussendoor was er steeds veel beweging in onze groep om vragen, bemerkingen of onduidelijkheden meteen te adresseren. Het spreekt voor zich dat onze paper volledig in consensus werd geschreven.

Dit natuurlijk onder de goeie begeleiding van professor dr. De Lepeleire. Doorheen dit proces was hij enorm toegankelijk. Wij konden met onze vragen heel laagdrempelig bij hem terecht, gevolgd door een al even vlotte respons. Deze voorbije drie jaren hebben wij elkaar dan ook heel vaak gesproken, hetzij via mail, hetzij via Zoom. In het kader van de voortgang vonden wij het immers belangrijk om regelmatig een update te delen omtrent de stand van zaken. De opzet van onze thesis volgt immers een stappenplan, waarop telkens verder wordt gebouwd. Om op eenzelfde golflengte te zitten qua visie en uitwerking, namen we dan ook de tijd om inhoudelijk van gedachten te wisselen. Hierdoor kwamen we op het einde van de rit niet voor verrassingen te staan.

Persoonlijk heb ik veel voldoening gehaald uit dit project. Dankzij de bemoediging naar elkaar toe, hebben we met ons drie een serieuze hoeveelheid werk verzet. En bovenal, werk die een positieve impact kan hebben op de ouderenzorg. Vanwege de vergrijzing zullen we immers vaker geconfronteerd worden met de vraag naar fixatie, of beter geformuleerd vrijheidsbeperkende maatregelen. Ondanks wij als huisarts altijd een keuze hebben, worden we nog vaak in het nauw gedreven onder druk van het zorgpersoneel en/of familieleden. Helaas vaak vanuit de verkeerde intentie of perceptie. Ik hoop dat deze thesis de basis mag vormen voor een richtlijn die deze patronen kan doorbreken. Te starten met een omvattende definitie voor vrijheidsbeperkende maatregelen in al zijn facetten. Enkel zo kunnen deze maatregelen op een gunstige wijze worden toegepast, met het oog op een kwaliteitsvol leven en respect voor waardigheid van de oudere persoon.

7. Bibliografie

1. Johan Van Der Heyden, Karin De Ridder. Multimorbiditeit Sciensano. https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/multimorbiditeit.
2. Hamers JPH, Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Capezuti E, Van Rossum E. De weg naar een bandenloze zorg in Nederland. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2013 Dec;44(6):253–60.
3. Agentschap Zorg en gezondheid. Vlaams Indicatoren Project Woonzorgcentra: Kwaliteitsindicatoren 2021 [Internet]. [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://zorgkwaliteit.be/woonzorgcentra
4. Azermai M, Elseviers M, Petrovic M, Van Bortel L, Stichele R Vander. Geriatric drug utilisation of psychotropics in Belgian nursing homes. Hum Psychopharmacol [Internet]. 2011 Jan [cited 2022 Mar 1];26(1):12–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21394786/
5. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Mar 1];64(11):2307–10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27640335/
6. - Cedh E. Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. [cited 2022 Mar 1]; Available from: www.conventions.coe.int.
7. BINNENLANDSE ZAKEN.OPENBAAR AMBT. De gecoördineerde Grondwet [Internet]. 17-02-1994. Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=1994021048&la=N
8. Koninklijk Besluit van 07/10/2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige prestaties en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die prestaties en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen [Internet]. [cited 2022 Mar 1]. Available from: https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-07-oktober-2002_n2002022857.html
9. Koninklijk Besluit van 27/02/2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-27-februari-2019_n2019040710.html
10. Lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen die door beoefenaars van de verpleegkunde mogen worden verricht [Internet]. 1990 [cited 2022 Mar 1]. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/annexes_de_lar_du_18_juin_1990.pdf
11. Robins LM, Lee DCA, Simon Bell J, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, et al. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Mar 1];18(7). Available from: /pmc/articles/PMC8037562/
12. Glossary: Centrum Medicaid Services [Internet]. [cited 2022 Mar 1]. Available from: https://www.cms.gov/glossary?term=&items_per_page=10&viewmode=grid&page=85
13. Capezuti E. Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. Nurs Clin North Am [Internet]. 2004 Sep [cited 2022 Mar 1];39(3):625–47. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15331306/
14. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? Z Gerontol Geriatr [Internet]. 2005 Feb 1 [cited 2022 Mar 1];38(1):19–25. Available from: https://europepmc.org/article/med/15756483
15. Hamers JPH GMBMHASEHHVRE. Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. T Ouderengeneesk [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 1]; Available from: www.innovatiekringdementie.nl
16. Jarrett PG RKML. Behavioral problems in nursing home residents. Safe ways to manage dementia - PubMed [Internet]. Postgrad Med. 1995 May;97(5):189-91, 195-6. PMID: 7753742. 1995 [cited 2022 Mar 1]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7753742/
17. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C. Physical and Pharmacologic Restraint of Nursing Home Patients With Dementia: Impact of Specialized Units. JAMA [Internet]. 1991 Mar 13 [cited 2022 Mar 1];265(10):1278–82. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/385283
18. Huizing AR, Hamers JPH, de Jonge J, Candel M, Berger MPF. Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. Soc Sci Med. 2007 Sep 1;65(5):924–33.
19. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. J Clin Nurs [Internet]. 2009 Apr 1 [cited 2022 Mar 1];18(7):981–90. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x
20. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. J Clin Nurs [Internet]. 2012 Apr 1 [cited 2022 Mar 1];21(7–8):1033–40. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2011.03931.x
21. Van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel JR, Port CL, Baumgarten M, et al. Dementia as a Risk Factor for Falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2022 Mar 1];51(9):1213–8. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1532-5415.2003.51404.x
22. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The Relationship Between Physical Restraint Removal and

Falls and Injuries Among Nursing Home Residents. Journals Gerontol Ser A [Internet]. 1998 Jan 1 [cited 2022 Mar 1];53A(1):M47–52. Available from: https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/53A/1/M47/558165
23. Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2022 Mar 1];50(1):90–6. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1532-5415.2002.50013.x
24. Wang WW MW. Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. Aust J Adv Nurs. 2005;22(4):46–52.
25. Landi F, Group on B of the SNHCS, Onder G, Group on B of the SNHCS, Cesari M, Group on B of the SNHCS, et al. Psychotropic Medications and Risk for Falls Among Community-Dwelling Frail Older People: An Observational Study. Journals Gerontol Ser A [Internet]. 2005 May 1 [cited 2022 Mar 1];60(5):622–6. Available from: https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/60/5/622/561316
26. Sterke CS, Verhagen AP, Van Beeck EF, Van Der Cammen TJM. The influence of drug use on fall incidents among nursing home residents: A systematic review. Int Psychogeriatrics. 2008;20(5):890–910.
27. Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, Ludwick R, et al. The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: Findings from an exploratory study. Int J Nurs Stud. 2002;39(2):147–56.
28. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. Gerontologist. 2008;48(4):442–52.
29. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: Clinical-ethical considerations. J Med Ethics. 2006;32(3):148–52.
30. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol [Internet]. 2009;8(2):151–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70295-3
31. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. Med Care. 2009;47(11):1164–73.
32. Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private}. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2006;33(6):696–704.
33. Dingeman J. Rijken, Koen Milisen, Astrid Christiaens, Diona D'Hondt, Werner Jacobs WVDV. Overlijden door fysieke fixatie in zorginstellingen. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2020;51(1).
34. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. J Nurs Scholarsh. 2010;42(4):448–56.
35. Kong EH, Choi H, Evans LK. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. J Clin Nurs. 2017;26(1–2):49–60.
36. Ferrão SA da S, Bleijlevens MHC, Nogueira PJ, Henriques MAP. A cross-sectional study on nurses' attitudes towards physical restraints use in nursing homes in Portugal. Nurs Open. 2021;8(4):1571–7.
37. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H MK. Streven naar een fixatiearme thuiszorg: Praktijkrichtlijn. Acco. 2016;
38. HGR 2016. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwangинterventies in de geestelijke gezondheidszorg - HGR 9193. 2016;(May):31–48.
39. de Cuyper K, Opgenhaffen T, Peeters T, Buyck I, Put J, van Audenhove C. Vlaamse richtlijn voor de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie. Tijdschr Psychiatr. 2021;63(4):276–82.
40. Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL). Leidraad richtlijnontwikkeling. 2021;(april).
41. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. Int J Nurs Stud. 1998 Jun 1;35(3):184–91.
42. The AGREE Next Steps Consortium. Instrument voor beoordeling van richtlijnen.
43. College of Nursing R. "Let's talk about restraint" Rights, risks and responsibility [Internet]. 2008 [cited 2023 Mar 21]. Available from: https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2016/11/Lets-talk-about-restraint.pdf
44. Joanna Briggs Institute. Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities. Best Practice. Adelaide; 2002.
45. Köpke S, Mü I, Gerlach A, Haut A, Haastert MB, Mö R, et al. Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial. 2012; Available from: http://www.jama
46. Albertha Health Services. Restraint as a last resort - Information for Health Professionals. 2018.
47. Muñiz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A, et al. The CHROME criteria: Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. Int Psychogeriatrics. 2020 Mar 1;32(3):315–24.
48. NICE Guideline. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers [Internet]. 2018. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng97
49. Cozon C, Nourhashemi F, Orvain J, Terra J-L. Evaluation of professional practice in healthcare organisations limiting the risks of physical restraint of elderly subjects. Dep Eval Healthc Organ. 2000;(October).
50. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting Safety : Alternative Approaches to the Use of Restraints.

Regist Nurses´Association Ontario [Internet]. 2012;(February):Zugriff: 04.02.2013. Available from: http://abinetwork.ca/alternatives-to-restraint-use
51. Shaun O'Keefe, Siobhan O'Halloran. Policy on the use of physical restraints in designated residential care units for older people. 2011.
52. Zuidema SU, Johansson A, Selbaek G, Murray M, Burns A, Ballard C, et al. A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. Int Psychogeriatrics. 2015 Nov 1;27(11):1849–59.
53. Locca JF, Büla CJ, Zumbach S, Bugnon O. Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton. J Am Med Dir Assoc. 2008;9(6):439–48.
54. Zuidema SU, Smalbrugge M. Probleemgedrag bij mensen met dementie (richtlijn). Verenso, NIP. 2018;1–426.
55. Association des hôpitaux du Québec. Cadre de référence: Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention et isolement. Édition révisée 2004 [Internet]. 2004. Available from: https://docplayer.fr/20744902-Association-des-hopitaux-du-quebec-cadre-de-reference-utilisation-exceptionnelle-des-mesures-de-controle-contention-et-isolement.html
56. Snyder BS. Preventing treatment interference: nurses' and parents' intervention strategies. Pediatr Nurs. 2004;30(1):31–40.
57. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;
58. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. Vol. 9, Alzheimer's and Dementia. Elsevier Inc.; 2013. p. 63-75.e2.
59. Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 Sep 2 [cited 2023 Mar 21];17(18):1–27. Available from: /pmc/articles/PMC7558973/
60. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AIM, Vander Stichele R, Declercq T, et al. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2018 Mar 30 [cited 2023 Mar 21];3(3). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29605970/
61. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Stichele R Vander, Declercq T, et al. Discontinuation of Long-Term Antipsychotic Drug Use for Behavioral and Psychological Symptoms in Older Adults Aged 65 Years and Older With Dementia. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2023 Mar 21];19(11):1009–14. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30100234/
62. Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C, Browne J, Byrne S, McSharry J, et al. Influences on Decision-Making Regarding Antipsychotic Prescribing in Nursing Home Residents With Dementia: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2023 Mar 21];18(10):897.e1-897.e12. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807433/
63. Ma H, Lu X, Zhou A, Wang F, Zuo X, Zhan M, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review With AGREE II. Front Neurol [Internet]. 2022 May 25 [cited 2023 Mar 21];13. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35693007/
64. Vlaamse Ouderenraad. Over vrijheidsbeperking bij ouderen met zorgnoden: Leven in vrijheid, een basisrecht van iedereen? [Internet]. 2019. Available from: https://www.vlaamse-ouderenraad.be/wat-denken-we/welzijn-zorg/vlaamse-ouderenraad-pleit-voor-sterker-kader-vrijheidsbeperking
65. Vander Stichele R, Van de Voorde C. Medication use in rest and nursing homes in Belgium. … (HSR) Brussels Belgian … [Internet]. 2006;47. Available from: http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Medication+use+in+rest+and+nursing+homes+in+Belgium#1
66. Hoge Gezondheidsraad. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen - Nr. 8571. 2011;(8571):38.
67. Hoge Gezondheidsraad. Dementie: Diagnose, gedrag management, ethische vragen. 2016;(8890). Available from: www.hgr-css.be
68. Goeminne C. START- en STOPP-criteria Leidraad bij het voorschrijven bij bejaarden. Huisarts nu. 2011;5.
69. BelRAI - Long-term-care-facilities [Internet]. [cited 2023 Mar 21]. Available from: https://belrai-kennisportaal.be/belrai-long-term-care-facilities
70. HLN ONDERZOEK. Platspuiten en vastbinden: meer dan de helft van de Orpea-rusthuizen berooft bewoners onwettig van hun vrijheid. "Mensonwaardig, die Zweedse gordels" | Exclusief voor abonnees | hln.be [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: https://www.hln.be/binnenland/hln-onderzoek-platspuiten-en-vastbinden-meer-dan-de-helft-van-de-orpea-rusthuizen-berooft-bewoners-onwettig-van-hun-vrijheid-mensonwaardig-die-zweedse-gordels~a6ee0440/
71. Serviceflats onder toezicht omdat ze bewoners met dementie fixeerden | De Standaard [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: https://www.standaard.be/cnt/dmf20221208_97859979
72. Vrouw (98) stikt na onrechtmatige fixatie, woonzorgcentrum kreeg meermaals inspectie over de vloer na klachten

| Overijse | hln.be [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: https://www.hln.be/overijse/vrouw-98-stikt-na-onrechtmatige-fixatie-woonzorgcentrum-kreeg-meermaals-inspectie-over-de-vloer-na-klachten~a0572b5c/
73. Pano - woensdag 19 oktober 2022 om 21:38 | VRT MAX [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: https://www.vrt.be/vrtnu/a-z/pano/2022/pano-s2022a15/
74. Zorg voor ouderen - Naar een gezond België [Internet]. [cited 2023 Apr 11]. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen
75. Hamers JPH, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2009 Feb;46(2):248–55.

8. Bijlages

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol ethische commissie

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING A (SEMI-)STRUCTURED INTERVIEW

Belangrijke informatie met betrekking tot het invullen van deze template

Hoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag.

Hou het toelichtingendocument bij de hand terwijl je deze template invult. Alle nodige **informatie, voorbeelden en tekstsuggesties** bij de verschillende onderdelen staan in dat document (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten)

Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar 'herindiening_MP###_versie#' of 'amendement_MP###_versie#'. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

Important information regarding this template and how to fill it in correctly

This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application.

Read the explanatory document carefully when filling out this template. You can find all **information, examples and text suggestion** belonging to the various sections in this document. (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en)

Every resubmission or amendment should be done in '**track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes. The file name must also be changed to 'resubmission_MP###_version#' or 'amendment_MP##_version#'. The MP-number can be found via SCONE (overview master thesis), the version number is up to you: starting at 1 and increasing by 1 each time you are asked to make new changes.

1. APPLICANTS

Protocol - full title	'Welke stappen moeten worden gezet voor de ontwikkeling van een richtlijn omtrent fixatiebeleid in de Vlaamse woonzorgcentra?'
Version 1: Date submission	Date: 9/11/2021 (Toen automatische goedkeuring via SCONE)
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:8/01/2022
Principal Investigator –	**Name:** Prof. Dr. Jan De Lepeleire (Arts)

Promotor	Telephone: +32 324 756 176
	E-mail: jan.delepeleire@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: /**
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Florentine Leirman**
	Student number: r0594018
	Telephone: +32 472 49 82 02
	E-mail: florentine.leirman@student.kuleuven.be
	Name: Marie-Laure Bonte
	Student number: r0590239
	Telephone: +32 479 49 30 35
	E-mail: marielaure.bonte@student.kuleuven.be
	Name: Loes Breughe
	Student number: r0575771
	Telephone: +32 471 21 40 66
	E-mail: loes.breughe@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Als huisarts komt men dagelijks in contact met oudere multimorbide patiënten, dewelke gepaard gaan met functionele achteruitgang en lagere levenskwaliteit (1). In de laatste zorgfasen ontstaan vaak moeilijk hanteerbare situaties, zoals weglopen en storend gedrag voor zichzelf en anderen. Om deze risico's te minimaliseren, wordt in binnen- en buitenlandse woonzorgcentra (WZC) vaak beroep gedaan op fixatie. Maar liefst 15 tot 66% van de bewoners ondergaat fysieke fixatie (2,3). 79% van de patiënten in België ontvangt tevens psychotropica (4). Fixatiebeleid is dan ook een belangrijke kwaliteitsindicator voor de Vlaamse zorginspectie.

Bleijlevens et al. definieerde **fysieke fixatie** samen met 47 experts uit 14 landen in 2016 als 'any action or procedure that prevents a person's free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person's body that he/she cannot control or remove easily.' (5). Hoewel dit gebruik van fixatiemiddelen indruist tegen het recht op vrijheid (6,7), mag een verpleegkundige dit in België volgens het KB van 7 oktober 2002 uitvoeren zonder medisch voorschrift met als doel lichamelijke letsels te voorkomen (8,9). Hierbij gaat het vooral om bedhekken, voorzettafels en banden.
Bij gebrek aan een internationale consensusdefinitie, doelt men met **chemische fixatie** doorgaans op het ongepast voorschrijven van medicatie, in het bijzonder psychotropica zoals hypnotica, anxiolytica, antidepressiva en antipsychotica (10). CMS, Centers for Medicare and Medicaid Services in de Verenigde Staten, omschrijft dit als 'any drug used for discipline or convenience and not required to treat medical symptoms' (11).
Beide definities laten echter veel ruimte voor persoonlijke invulling, wat de interpretatie van studies en prevalentiecijfers compliceert (10).

Over de indicaties voor fixatie bestaat er meer eensgezindheid. Nagenoeg elke studie in woonzorgcentra haalt valpreventie als voornaamste reden aan. Andere frequent genoemde redenen zijn continuïteit van zorg, bijvoorbeeld door verwijdering van medisch materiaal te vermijden, en het bevorderen van de veiligheid van de patiënt en/of derden (12-14). Dit laatste kadert vooral in gedragsmatige en psychologische symptomen bij dementie (BPSD) zoals agitatie, agressie, angst, sociale ongeremdheid, dwalen, insomnie etc. waarbij tevens snel naar medicatie wordt gegrepen (4,12,15,16). Concreet lopen bewoners met een zwakkere cognitieve status, gebrekkige mobiliteit en hogere mate van afhankelijkheid meer kans om onderworpen te worden aan fixatie (12-14,17,18).
Van minder voorspellend belang zijn de institutionele karakteristieken. Huizing et al. toonde in 2007 in Nederland namelijk aan dat job kenmerken, bijvoorbeeld een hoge werkdruk, en organisatorische factoren, zoals de ratio zorgpersoneel ten opzichte van bewoners, geen significante invloed hadden op het immobiliseren van bewoners (17). Duitse studies beaamden deze resultaten (18,19). Recente literatuur kon evenzeer geen significante relatie aantonen tussen bestaffing en psychotropica gebruik (4).

Hoewel dementie een bewezen onafhankelijke risicofactor is voor vallen (20), bestaat er op heden geen wetenschappelijke evidentie dat fixatiemaatregelen effectief kwetsuren voorkomen.
Enerzijds toonde Capezuti et al. in 1998 aan dat fysieke fixatiereductie niet leidde tot meer valincidenten of gerelateerde blessures (21). Verscheidene studies bevestigen deze gegevens (14,22,23). Als gevolg van het vastbinden ontwikkelt immers spieratrofie en een verminderde coördinatie, waardoor evenwichtsproblemen ontstaan, die op hun beurt leiden tot vallen (14). Dit resulteert dikwijls in de misvatting dat fixatie een adequate aanpak blijkt.
Anderzijds kon men ook een toegenomen valrisico waarnemen bij inname van benzodiazepines en antidepressiva (24,25). Bovendien gaan fysieke en chemische fixatie vaak hand in hand, waardoor ze elkaars effect kunnen versterken (26,27).
Afgezien van het verhoogd valrisico, ondervinden gefixeerde patiënten tevens meer doorligwonden, contracturen, incontinentie en een grotere afhankelijkheid voor hun dagelijkse taken (27,28).

Alzheimerpatiënten onder antipsychotica lopen een toegenomen risico op cardiovasculaire events en mortaliteit (29). Algemeen kunnen bewoners de situatie soms onvoldoende bevatten, waardoor gedragsproblemen uitgelokt worden (27,30).
Daarnaast mag de mentale impact niet worden onderschat. Desondanks sommige patiënten zich veiliger voelen, ervaart de meerderheid fysieke fixatie als een verlies van waardigheid, wat schaamte en agressie oproept, depressiviteit doet stijgen, alsook achteruitgang van cognitieve vermogens en minder sociale betrokkenheid (28,31).
Jaarlijks leidt dit overigens tot - vermijdbare – bevrijdingspogingen met zelfs fatale gevolgen (32).

Kennis van deze fixatievormen en hun gevolgen blijkt vaak onvoldoende bij zowel verpleegkundigen als verwanten, wat de positieve perceptie en fixatie in stand houdt (33-35). Educatie, aanbevelingen of richtlijnen met betrekking tot een fixatie-arm beleid zouden hierin ondersteuning kunnen bieden. Voor de thuiszorg schreef Scheepmans et al. reeds een duidelijke richtlijn in 2016 (37). In hetzelfde jaar stelde de Hoge Gezondheidsraad aanbevelingen op voor de geestelijke gezondheidszorg (38), waarna De Cuyper et al. een Vlaamse richtlijn formuleerde (39). Slechts de residentiële ouderenzorg blijft achter. Dankzij het Vlaams Indicatorenproject (VIP) wordt fysieke fixatie in woonzorgcentra momenteel wel geregistreerd (3). Desalniettemin worden hier op dit moment geen adviezen aan gekoppeld, noch vanuit de Vlaamse overheid, noch vanuit de verscheidene koepels. De verantwoordelijkheid ligt bij de woonzorgcentra zelf, wat zorgt voor een grote grijze zone met impact op de kwaliteit van zorg.

Aldus kunnen we concluderen dat de nood voor een uniforme, gevalideerde, wetenschappelijk onderbouwde richtlijn hoog is. Door middel van deze masterthesis willen wij dan ook nagaan welke stappen er gezet moeten worden om tot deze ontwikkeling te komen.

3. STUDY OBJECTIVES

Het doel van dit project is het opstellen van een onderbouwde, uniforme richtlijn over het gebruik van fixatie in de Vlaamse woonzorgcentra (WZC). Het gebruik van fixatie is een belangrijke kwaliteitsparameter binnen de WZC. Een gevalideerde richtlijn die in alle centra kan toegepast worden zou een grote vooruitgang kunnen zijn voor de kwaliteit van de zorg. De doelgroep voor deze richtlijn zijn de (hoofd)verpleegkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, CRA's en behandelende huisartsen. Deze personen worden het vaakst geconfronteerd met de vraag naar fixatie. De doelpopulatie zijn de bewoners van de woonzorgcentra die rusteloos of wegloopgedrag vertonen.

Op basis van het voorafgaand exploratief literatuuronderzoek werden volgende klinische vragen opgesteld:

1. Wat is de definitie van fixatie?
   Wat is de definitie van fysieke fixatie?

   Wat is de definitie van chemische fixatie?
2. Welke indicaties zijn er voor fixatie?
3. Welke factoren beïnvloeden de beslissing tot fixatie?

4. Wat zijn de gevolgen van fixatie?
5. Welke alternatieven voor fixatie zijn mogelijk?

Aan de hand van enkele panelgesprekken zullen we deze klinische vragen verder uitwerken en definiëren.

4. RESEARCH METHODS

Voor het opmaken van deze richtlijn zullen we de leidraad Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) hanteren, opgesteld door EBPracticeNet (39). Dit is een stapsgewijze leidraad voor het ontwikkelen van evidence-based richtlijnen. Er worden 16 stappen voorgesteld die voldaan dienen te worden. Het doel van deze masterpaper is om stap één tot en met stap acht te voltooien.

<u>Stap 1: De Voorbereidende fase</u>

De richtlijn ontwikkelingsgroep bestaat uit drie huisartsen-in-opleiding, Bonte Marie-Laure, Breughe Loes en Leirman Florentine. Prof. dr. De Lepeleire is de supervisor van deze groep als promotor. De onderlinge communicatie zal worden georganiseerd via Zoom en e-mails. Bij gelegenheid zal ook een fysiek overleg georganiseerd worden.

Het doel van deze eerste fase is het concreet opstellen van ons studieonderwerp. We voerden hiervoor een screening van de literatuur uit op Pubmed, alsook een verkennend gesprek met prof. dr. De Lepeleire. We stelden hierbij al snel vast dat er in Vlaanderen geen evidence-based richtlijn bestaat over toepassing van fixatie in de woonzorgcentra. In de wetenschappelijke literatuur vonden we tijdens de eerste screening maar weinig kwalitatief onderzoek over fysieke fixatie. Nog minder werd gevonden omtrent chemische fixatie. Dit onderwerp trok vooral onze aandacht omdat er geen concrete overkoepelende richtlijn aanwezig is in Vlaanderen over een dermate relevant en belangrijk onderwerp.

<u>Stap 2: Het doel bepalen en de klinische vragen definiëren</u>

Het doel is om een goed onderbouwde en hanteerbare richtlijn op te stellen over fixatie maatregelen in woonzorgcentra, toepasbaar in Vlaanderen. De doelgroep van deze richtlijn zijn bewoners van woonzorgcentra verblijvend in Vlaanderen. Er worden geen leeftijdscriteria gehanteerd voor deze bewoners. Het secundaire doel van deze richtlijn is om zo de levenskwaliteit van de bewoners te verhogen.

Voor de uitwerking van de klinische vragen zullen we enkele panelgesprekken organiseren, afhankelijk van de respons die we krijgen bij het versturen van de uitnodigingen. Tijdens deze panelgesprekken zullen we verschillende stellingen bespreken met de aanwezigen. We zullen dit online organiseren via het programma Zoom. Het is mogelijk dat de stellingen aangepast zullen worden na een gesprek, afhankelijk van de conclusies uit de gesprekken. Bij aanvang van het panelgesprek zullen we steeds hun geïnformeerde toestemming vragen om het gesprek op te nemen.

Tegelijkertijd zullen wij in de uitnodigingsmail ook navragen of deze personen richtlijnen of protocollen ter beschikking willen stellen van de instelling waar ze werkzaam zijn. Dit geeft ons een idee over het huidige beleid, wat nuttig kan zijn tijdens de panelgesprekken en die we eventueel kunnen includeren als grijze literatuur.

De stellingen die we tijdens het eerste panelgesprek zullen gebruiken zijn:

1. Vrijheidsbeperkende maatregelen versus fixatie: welke term heeft de voorkeur?
2. Definitie chemische fixatie: Het aanwenden van medicatie (psychofarmaca) om het gedrag van de patiënt te beheersen, dewelke normaal gezien niet tot het behandelingsplan behoren. Correct of niet?
3. Definitie fysieke fixatie:
   a. Retsas 1998: 'Elk apparaat, materiaal of uitrusting die aan of nabij het lichaam van een persoon is bevestigd en die niet door de persoon kan worden gecontroleerd of gemakkelijk kan worden verwijderd en die opzettelijk de vrije lichaamsbeweging van een persoon naar een positie naar keuze en/of zijn normale toegang tot hun lichaam verhindert'.
   b. Bleijlevens 2016: 'Elke handeling of procedure die de vrije lichaamsbeweging van een persoon naar een positie naar keuze en/of normale toegang tot zijn/haar lichaam verhindert door het gebruik van een methode, bevestigd aan of grenzend aan het lichaam van een persoon die hij/zij niet gemakkelijk kan beheersen of verwijderen'.
   Het toedienen van psychotropica wordt tegenwoordig onvoldoende aanzien als chemische fixatie.
4. Er wordt te weinig aandacht gegeven aan de gevolgen van chemische fixatie.
5. In ons woonzorgcentrum/groep is er een duidelijk beleid omtrent de opstart van fixatie en het afbouwen/stoppen hiervan.
6. Het beleid rond fysieke fixatie overdag/'s nachts hangt sterk samen met: personeel, financiën, logistiek, gebouw, domotica…
7. De beslissing tot de start/stop van fixatie ligt bij: directie / verpleegkundige / CRA / huisarts / familie / patiënt / behandelend team. : (Wie behoren tot het behandelend team volgens u?)
8. Het opstarten van fysieke fixatie overdag moet vooraf besproken worden met: de index patiënt, de familie, de vertegenwoordiger, …
9. Valpreventie is een gegronde reden voor het opstarten van fixatie.
10. Het voortzetten van fixatie moet geëvalueerd worden: dagelijks / wekelijks / maandelijks
11. Het organiseren van opleidingen voor de artsen/verpleegkundigen/zorgkundigen, dewelke legale, ethische en klinisch aspecten van fixatie omvat, moet het fixatie gebruik doen dalen.
12. Fysieke fixatie moet besproken worden tijdens het proces van de vroegtijdige zorgplanning. Negatieve wilsbeschikking over fixatie?
13. De juridische verantwoordelijkheid over de veiligheid van de patiënt ligt bij de: directie / verpleegkundige / CRA / huisarts / familie / patiënt / behandelend team
14. Het regelgevend kader rond fixatie is: zeer duidelijk /duidelijk/ neutraal / onbestaande / …
15. Bij het toepassen van fixatie worden de patiëntenrechten geschonden.
16. Overlijden ten gevolge van fixatie is onopzettelijke doodslag.

Op basis van deze panelgesprekken en de gescreende literatuur op Pubmed zullen we onze klinische vragen definiëren.

<u>Stap 3: Zoektocht naar relevante richtlijnen</u>

Zoals vermeld in de WOREL-richtlijn, starten we met nagaan of er een Belgische richtlijn bestaat over fixatie in de woonzorgcentra op EBPracticenet.

Vervolgens zullen we de zoektocht verderzetten op de richtlijnendatabank van het Guidelines Internationale Network. De andere databanken die we zullen exploreren zijn Domus Medica, de

Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Verenso, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (nvkg), New Zealand guidelines groups, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), World Health Organization (WHO) guidelines, Canadian Medical Association infobase clinical practice guidelines, Registered Nurses' Association of Ontario, en het wereldwijde web (Google).

Tenslotte wordt nog gezocht naar richtlijnen in Pubmed, Embase, Cochrane, CINAHL en Medline.

Inclusiecriteria voor database literatuur zoektocht richtlijnen:

- Artikel type: betreffende (praktijk)richtlijnen voor fixatie gebruik in woonzorgcentra
- Target populatie: bewoners van woonzorgcentra
- Primaire setting: residentieel (woonzorgcentra)
- Secundair setting ook uitgebreid naar thuiszorg, residentiële geestelijke gezondheidszorg, geriatrie in het ziekenhuis, gezien de primaire setting een beperkte outcome geeft.
- Tijdswindow: 1990 - 2021
- Taal: Engels, Nederlands, Frans

Exclusiecriteria database literatuur zoektocht richtlijnen:

- Setting: acute zorg, zoals dienst spoedgevallen, dienst intensieve zorgen, …

NB: De grijze literatuur omtrent fixatiebeleid werd reeds nagevraagd in de uitnodigingsmails voor de panelgesprekken, bij verschillende stakeholders, experten, koepels etc. (Zie stap 2)

<u>Stap 4: De gevonden richtlijnen screenen en beoordelen</u>
Tijdens deze fase worden de richtlijnen gescreend op relevantie, alsook wetenschappelijk beoordeeld op methodologische kwaliteit (AGREE II).
We zullen de screening stapsgewijs uitvoeren. Eerst worden de titels van de richtlijnen op relevantie beoordeeld, daarna voeren we een mini-AGREE uit voor een snelle methodologische kwaliteit van de richtlijnen na te gaan door ze te scoren op items 7,9 en 23 (cfr. infra*) van AGREE II. Het doel is om hieruit een werkbaar aantal richtlijnen 5 - 7 te halen voor toepassing van de volledige AGREE II. We zullen deze stap documenteren in een overzichtelijk excel bestand.

*Mini-AGREE II
- Item 7: Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
- Item 9: De sterkte punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.
- Item 23: Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.

De wetenschappelijke beoordeling op methodologische kwaliteit zal gebeuren met behulp van de handleiding van het het AGREE II – instrument. Dit is een checklist waarmee zowel de kwaliteit van een richtlijn als de rapportering in een richtlijn kan worden beoordeeld. Deze evaluatie zal op een onafhankelijke manier worden uitgevoerd door de drie huisartsen-in-opleiding die deze masterpaper

schrijven. De beoordelingen worden achteraf naar elkaar gelegd om zo tot een consensus te komen.

Stap 5: Aanbevelingen selecteren

Tijdens deze stap worden de aanbevelingen van de geïncludeerde richtlijnen geëxtraheerd en samen gezet. De aanbevelingen worden geïnventariseerd met de zekerheid van het bewijs en sterkte. Dit zorgt voor een handige manier om de aanbevelingen met elkaar te vergelijken.

Stap 6: Consistentie van de aanbeveling met de onderbouwing beoordelen

In deze stap wordt de gebruikte zoekstrategie van de geselecteerde richtlijnen geëvalueerd, de samenvatting en interpretatie van het wetenschappelijk bewijs beoordeeld en de samenhang tussen de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs en de geformuleerde aanbeveling geëvalueerd.

De belangrijkste vraag is of de auteurs van de geselecteerde richtlijn gericht hebben gezocht in de literatuur naar een antwoord op hun klinische vraag. Verschillen in aanbevelingen kunnen een gevolg zijn van verschillende zoekstrategieën met andere literatuur tot gevolg.

De beoordeling van de samenvatting en interpretatie van het wetenschappelijk bewijs zal gebeuren in twee stappen. Eerst zullen we de samenvatting vergelijken met de inhoud van de onderliggende studies. De belangrijkste resultaten, positief als negatief, moeten in ieder geval gerapporteerd zijn. Het is dus belangrijk dat de samenvatting inderdaad de essentie weergeeft van het wetenschappelijk bewijs. In een tweede stap zal de samenvatting en de interpretatie van de auteurs van de

geselecteerde richtlijn worden vergeleken met de onderliggende studies. Hier gaan we vooral na of de sterkte van de aanbeveling overeenkomt met de zekerheid van het bewijs.

Vervolgens zullen we nagaan of de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs overeenkomt met de aanbeveling in de richtlijn.

Stap 7: Zoektocht naar recentere literatuur en toepasbaarheid in de Belgische context nagaan

De zevende stap bestaat uit twee delen. Eerst zullen we zoeken naar studies na de laatste zoektocht in de geselecteerd richtlijn(en), ten tweede de toepasbaarheid nagaan van de aanbevelingen in de Belgische zorgcontext.

We zullen dus initieel nagaan hoe up-to-date de richtlijnen zijn en een zoektocht starten naar recentere literatuur. We zullen de zoektocht starten naar systematische review (SR) in de Cochrane Library of systematic reviews. Om andere systematic reviews op te pikken zullen we ook de Trip

Database doorzoeken. Zo we geen nieuwe SR vinden zullen we nog extra zoeken op Pubmed en/of Embase.

De in- en exclusiecriteria voor deze stap zullen dezelfde zijn als in stap drie.

De systematic reviews en/of individuele studie's zullen door ons, drie huisartsen-in-opleiding gescreend worden. Na de screening volgt opnieuw een beoordeling van de kwaliteit voor het bepalen van een GRADE. De nieuwe informatie zal daarna vergeleken worden met de geïncludeerde richtlijnen. Daarnaast zal ook nagegaan worden of de aanbevelingen toepasbaar zijn in onze Belgische context.

Stap 8: Beslissen welke aanbevelingen worden geadapteerd

Tijdens deze stap zullen we de uitgevoerde evaluaties van de aanbevelingen evalueren. De aanbevelingen zullen onderling vergeleken worden als met het nieuwe wetenschappelijke bewijs en de informatie over de Belgische context. In deze stap zullen we beslissen welke aanbevelingen we zullen overnemen voor het opstellen van onze richtlijn.

Stap 9 tot en met 16

Het doel van onze thesis is om minstens stap 8 te bereiken. Afhankelijk van het vorderen van het proces zullen we extra stappen van de WOREL-handleiding uitvoeren.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS
    a. Inclusion and exclusion criteria

Inclusiecriteria deelnemers panelgesprek:

- Medische en/of paramedisch personeel en/of ervaring met fixatie: o.a. huisarts, CRA, hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, ergotherapeut, kinesitherapeut, ethicus, koepelverantwoordelijke, professor, opleider, …
- Werkzaam in zorgsector, bij voorkeur met ouderen, o.a. woonzorgcentra, dienst geriatrie in ziekenhuizen, …
- Werkzaam in Vlaanderen

    b. Sample size and population

De sample size zal afhangen van de respons op onze uitnodigingen. We hopen minstens een 15 à 20-tal personen te bereiken die willen participeren in het panelgesprek.

    c. Recruitment

We zullen de uitnodigingen voor het panelgesprek versturen per mail naar bekenden in de klinische zorg, verantwoordelijken van koepels, academici die met ouderenzorg betrokken zijn, opleiders in de verpleegkunde en geneeskunde. De meeste e-mailadressen zullen wij bekomen via onze promotor, verder zullen wij deze ook aanvullen met gegevens die we vinden op het wereldwijde web of die we mondeling zullen verkrijgen vanuit de woonzorgcentra gelinkt aan onze praktijken. Hieronder kunt u de template voor de uitnodigingen terugvinden. Wij zullen ook telkens het formulier van geïnformeerde toestemming bijvoegen. Daarnaast zullen wij ook een oproep doen naar grijze literatuur, zoals lokale protocollen omtrent fixatie, richtlijnen, etc. Deze informatie kunnen we immers meenemen in het panelgesprek, om bepaalde gelijkenissen of verschillen aan te kaarten.

Geachte

Als 3 huisartsen-in-opleiding, werkzaam te West-Vlaanderen, hebben wij onze krachten gebundeld om een gezamenlijke thesis op te stellen. In samenwerking met Prof. dr. De Lepeleire kozen we ervoor om de eerste stappen te zetten richting een uniforme richtlijn omtrent het fixatiebeleid in woonzorgcentra. Deze studie werd tevens goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (MP018552).

1. *Bij het uitvoeren van onze exploratieve literatuursearch zijn we op enkele pijnpunten gebotst. Graag zouden wij daarom een panelgesprek organiseren met u. De bedoeling is om hierbij de gevonden literatuur af te toetsen aan de huidige realiteit, aan de hand van enkele stellingen waarrond gediscussieerd kan worden. Dit gesprek zal de basis vormen voor het opstellen van de klinische vragen i.v.m. fixatiebeleid in de woonzorgcentra. In bijlage kunt u het formulier voor geïnformeerde toestemming terugvinden, waar meer informatie wordt gegeven.*

   Concreet zou dit gesprek plaatsvinden via een Zoom-vergadering onder moderatie van prof. dr. De Lepeleire gedurende ongeveer anderhalf uur. Datum en tijdstip zouden we onderling afspreken via Doodle/mail.

2. *Om een duidelijk zicht te verkrijgen omtrent de huidige situatie van fysieke als chemische fixatie in WZC, hadden we tevens graag uw hulp ingeschakeld.*

   a. *Heeft u eventueel documenten ter beschikking die van toepassing zijn op uw lokale zorgcontext in het kader van fixatie bij ouderen? Denk maar aan fixatie protocollen, aanbevelingen etc. Informatie hieromtrent zou een zeer grote hulp zijn voor ons.*

Indien u interesse heeft voor het panelgesprek en/of beschikt over handige documenten, horen we dit graag. Dit zou een grote meerwaarde betekenen voor onze thesis!

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Bonte Marie-Laure

Breughe Loes

Leirman Florentine

Promotor: Prof. Dr. De Lepeleire

d. Expected duration

De duur van deze studie verloopt over de driejarige master-na-master opleiding huisartsgeneeskunde, gestart in oktober 2020. Het doel is om de masterpaper in te dienen op 1 mei 2023.

De duur van de studie voor de individuele deelnemer zal maximaal 1 jaar betreffen. Als startdatum stellen wij 1 maart 2022 voorop.

6. ANALYSIS

Deze masterthesis beslaat geen numerieke gegevens, derhalve is een statistische analyse van de data niet van toepassing.

Enerzijds zullen enkele online panelgesprekken georganiseerd worden, waarbij gepeild wordt naar de mening en visie van de panelleden omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen. Teneinde het risico op recall bias te reduceren, zullen we alle gesprekken via Zoom opnemen, mits geïnformeerde toestemming. Na elk gesprek zal er ook een extensieve nabespreking volgen onder de 4 onderzoekers, waarbij de belangrijkste opmerkingen en bevindingen en besproken zullen worden. Hiervan wordt tevens een geanonimiseerd verslag gemaakt.

Anderzijds beogen wij grijze literatuur te verzamelen, zoals richtlijnen van de koepels van de woonzorgcentra, lokale protocollen rond fixatiegebruik, etc. Deze zullen tevens geanonimiseerd verzameld en geanalyseerd worden, meerbepaald naar gelijkenissen en verschillen toe. Opvallende conclusies hieruit zullen vermeld worden in de masterthesis.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

a. Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een panelgesprek met deskundigen (CRA's, (hoofd)verpleegkundigen, ergotherapeuten, kwaliteitscoördinatoren, ethici) stellingen getoetst worden om zo informatie en ideeën omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen in de brede zin worden

verzameld. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. De informatie die met behulp van het onderzoek wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zo niet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.

Gegevens die identificatie van participanten mogelijk maken zullen worden gepseudonimiseerd. Dit betekent dat de persoonsgegevens op zo'n manier zullen worden verwerkt dat deze niet langer kunnen worden toegeschreven aan een specifiek persoon zonder het gebruik van aanvullende informatie. De directe link tussen de betrokkene en de dataset wordt evenwel niet verbroken, maar wordt gecodeerd a.h.v. een code. Deze code bevat noch de naam, noch de initialen, noch elementen die zouden kunnen leiden tot identificatie (bvb. geboortedatum of geboorteplaats). De codes zullen bewaard worden in een apart en versleuteld bestand, dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Dit bestand zal niet op dezelfde laptop of desktop bewaard worden als de databestanden.

Alles wat de participanten tijdens het onderzoek vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Er wordt gebruik gemaakt van een Zoommeeting om het panelgesprek te laten doorgaan. Dit zoomgesprek zal opgenomen worden. Hiervoor wordt aan het begin van het gesprek expliciet toestemming voor gevraagd. De opgenomen video-opnames zullen enkel worden bekeken en uitgetypt door de onderzoekers. Meteen na transcriptie zullen de audio-opnames, de video-opnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer worden vernietigd. Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zo niet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.

Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van:

- Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)

b. Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion. In particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, **the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected** and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;

- He / she will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for his / her Master's thesis;

- He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data

- He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;

- He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.

- He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor. He/she will use **anonymisation** or **pseudonymisation** in order to limit the risks of data leaks and data loss.

- If pseudonymisation is used, he/she will treat the pseudonymisation **key** or the **encryption table** containing the pseudonyms and the identifiable information fields with the **same confidentiality** as the original data. He/she will **never store the key or encryption table at the same device** (e.g. laptop or desktop) as the work file or database containing the pseudonymised data.

- Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a**

personal OneDrive (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) **or WeTransfer will be avoided at all times**.

- He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.

- When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.

- In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor

As this research is conducted in the context of a Master's Thesis, the legal basis for the processing of personal data is the public interest. This research will generate knowledge and new insights that (directly or indirectly) will benefit society.

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' contact information, health information and medical information, is subject to compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR).

When approval is given by the Ethics Committee, it is confirmed that the proposed processing of personal data meets the requirements of the GDPR. Consequently, from a GDPR perspective, there is no objection to start the processing operations. When approval is given, this application will, In accordance with the GDPR, become included in KU Leuven's register of processing activities in the context of research and public service. **No separate privacy application should be submitted for this type of studies.**

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Deze studie brengt nauwelijks risico's of ongewenste effecten met zich mee.

Aangezien wij louter online gesprekken zullen voeren, zal er nooit direct contact of handelingen plaatsvinden met de deelnemers. Wij zullen tevens hun geïnformeerde toestemming bevragen. (Zie bijlage 1)

De deelnemers begrijpen dat zij vrijwillig deelnemen aan een panelgesprek, waarvan de inhoud op geanonimiseerde wijze gepubliceerd zal worden in een masterthesis. Zij hebben het recht om hun deelname op elk moment stop te zetten, zonder verantwoording af te leggen of nadelige gevolgen te ondervinden.

Bij vragen of problemen kunnen de deelnemers ons steeds contacteren. De contactgegevens van de 3 onderzoekers en de promotor werden vrijgegeven.

9. APPROVAL

Niet van toepassing

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references here

1. https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/multimorbiditeit
2. Hamers JP, Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Capezuti E, van Rossum E. De weg naar een bandenloze zorg in Nederland [A Dutch roadmap for care without belts usage]. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2013 Dec;44(6):253-60. Dutch. doi: 10.1007/s12439-013-0047-z. PMID: 24203379
3. Vlaams Indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2020 (Agentschap Zorg en Gezondheid). https://zorgkwaliteit.be/woonzorgcentra ; https://zorgkwaliteit.be/sites/default/files/imports/Publieksrapport2020.pdf
4. Azermai M, Elseviers M, Petrovic M, Van Bortel L, Vander Stichele R. Geriatric drug utilisation of psychotropics in Belgian nursing homes. Hum Psychopharmacol. 2011 Jan;26(1):12-20. doi: 10.1002/hup.1160. PMID: 21394786.
5. Bleijlevens M.H.C., Wagner L.M., Capezuti E., Hamers J.P.H. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2016;**64**:2307–2310. doi: 10.1111/jgs.14435.
6. Artikel 5: Recht op vrijheid en veiligheid. Europees Verdrag Rechten van de Mens (4/11/1950) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1950110430
7. Artikel 12: De vrijheid van de persoon is gewaarborgd. Belgische Grondwet (11/2/1994) https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=1994021048&la=N
8. KB 7/10/2002. https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-07-oktober-2002_n2002022857.html
9. Lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen die door beoefenaars van de verpleegkunde mogen worden verricht. B1 handeling: Maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/annexes_de_lar_du_18_juin_1990.pdf
10. Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.
11. Accessed 7/12/2021 https://www.cms.gov/glossary?term=&items_per_page=10&viewmode=grid&page=85
12. Capezuti E. Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. Nurs Clin North Am. 2004 Sep;39(3):625-47. doi: 10.1016/j.cnur.2004.02.015. PMID: 15331306.
13. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? Z Gerontol Geriatr. 2005 Feb;38(1):19-25. doi: 10.1007/s00391-005-0286-x. PMID: 15756483.
14. Hamers JPH, Gulpers MJM, Bleijlevens M, Huizing AR, Scherder EJ, Houweling H, Van Rossum E. Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. T Ouderengeneesk. 2009;34156-9.
15. Jarrett PG, Rockwood K, Mallery L. Behavioral problems in nursing home residents. Safe ways to manage dementia. Postgrad Med. 1995 May;97(5):189-91, 195-6. PMID: 7753742.
16. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C. Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia. Impact of specialized units. JAMA. 1991 Mar 13;265(10):1278-82. PMID: 1995975.
17. Huizing AR, Hamers JP, de Jonge J, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical

restraints: a multilevel approach. Soc Sci Med. 2007 Sep;65(5):924-33. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.04.030. Epub 2007 Jun 1. PMID: 17544194.
18. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. J Clin Nurs. 2009 Apr;18(7):981-90. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x. PMID: 19284433.
19. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. J Clin Nurs. 2012 Apr;21(7-8):1033-40. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03931.x. Epub 2011 Dec 19. PMID: 22176771.
20. van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel JR, Port CL, Baumgarten M, Quinn CC, Taler G, May C, Magaziner J; Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. J Am Geriatr Soc. 2003 Sep;51(9):1213-8. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51404.x. PMID: 12919232.
21. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1998 Jan;53(1):M47-52. doi: 10.1093/gerona/53a.1.m47. PMID: 9467433.
22. 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 Jan;50(1):90-6. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50013.x. PMID: 12028252.
23. Wang WW, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. Aust J Adv Nurs. 2005 Jun-Aug;22(4):46-52. PMID: 16496836.
24. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Russo A, Bernabei R. 2005. Psychotropic medications and risk for falls among community-dwelling frail older people: an observational study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 60: 622–626.
25. Sterke CS, Verhagen AP, van Beeck EF, van der Cammen TJ. 2008. The influence of drug use on fall incidents among nursing home residents: a systematic review. Int Psychogeriatr 20: 890–910.
26. Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, Ludwick R, McKenna H. The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. Int J Nurs Stud. 2002 Feb;39(2):147-56. doi: 10.1016/s0020-7489(01)00020-7. PMID: 11755445.
27. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. Gerontologist. 2008 Aug;48(4):442-52. doi: 10.1093/geront/48.4.442. PMID: 18728294.
28. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. J Med Ethics. 2006 Mar;32(3):148-52. doi: 10.1136/jme.2005.012708. PMID: 16507658; PMCID: PMC2564468.
29. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K, Gill R, Juszczak E, Yu LM, Jacoby R; DART-AD investigators. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol. 2009 Feb;8(2):151-7. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70295-3. Epub 2009 Jan 8. PMID: 19138567.
30. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. Med Care. 2009 Nov;47(11):1164-73. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181b58a69. PMID: 19786918.
31. Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private}. Adm Policy Ment Health. 2006 Nov;33(6):696-704. doi: 10.1007/s10488-006-0080-0. PMID: 16816992.
32. J. Rijken D, Milisen K, Christiaens A, D'Hondt D, Jacobs W, Van De Voorde W. Overlijden door fysieke fixatie in zorginstellingen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. 2020 Feb;51(1). doi: 10.36613/tgg.1875-6832/2020.01.02 2.
33. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. J Nurs Scholarsh. 2010 Dec;42(4):448-56. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01341.x. PMID: 21091628.

34. Kong EH, Choi H, Evans LK. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. J Clin Nurs. 2017 Jan;26(1-2):49-60. doi: 10.1111/jocn.13418. PMID: 27270849.

35. Ferrão SADS, Bleijlevens MHC, Nogueira PJ, Henriques MAP. A cross-sectional study on nurses' attitudes towards physical restraints use in nursing homes in Portugal. Nurs Open. 2021 Jul;8(4):1571-1577. doi: 10.1002/nop2.769. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33438841; PMCID: PMC8186690.

36. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. Streven naar een fixatiearme thuiszorg: Praktijkrichtlijn. 1. Leuven: Acco; 2016.

37. Hoge Gezondheidsraad. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg. Brussel: HGR; 2016. Advies nr. 9193.

38. De Cuyper K, Opgenhaffen T, Peeters T, Buyck I, Put J, Van Audenhove C. Vlaamse richtlijn voor de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie. Tijdschr Psychiatr. 2021;63(4):276-282).

39. Dekker N, Goossens M, et al. Leidraad richtlijnontwikkeling: werkgroep ontwikkeling richtijnen eerste lijn (WOREL). EBPracticeNet. 2020 Feb.

13. ANNEXES

BIJLAGE 1: Formulier geïnformeerde toestemming

Geïnformeerde toestemming

Titel van het onderzoek:

'Welke stappen moeten gezet worden voor de ontwikkeling van een richtlijn omtrent fixatiebeleid in de woonzorgcentra?'

Naam + contactgegevens promotor en onderzoeker(s):

Prof. dr. Jan De Lepeleire jan.delepeleire@kuleuven.be

Marie-Laure Bonte marielaure.bonte@student.kuleuven.be

Loes Breughe loes.breughe@student.kuleuven.be

Florentine Leirman florentine.leirman@student.kuleuven.be

Doel en methodologie van het onderzoek:

Het doel van dit project is het opstellen van een onderbouwde, uniforme richtlijn over het gebruik van fixatie in de Vlaamse woonzorgcentra. Het gebruik van fixatie is een belangrijke kwaliteitsparameter binnen de

woonzorgcentra. Een uniforme richtlijn die in alle centra kan toegepast worden zou een grote vooruitgang zijn voor de kwaliteit van de zorg.

Aan de hand van een panelgesprek willen wel enkele stellingen toetsen. Hieruit worden dan de klinische vragen opgesteld die belangrijk zijn voor het uitwerken van de richtlijn.

Duur van het experiment:

De genodigden van het panelgesprek zijn deskundigen uit de Vlaamse woonzorgcentra. Het panelgesprek zal ongeveer één uur duren en zal doorgaan via een online ZOOM-meeting.

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
- Ik weet dat ik zal deelnemen aan een panelgesprek dat wordt opgenomen en waarvan de inhoud gebruikt zal worden in de publicatie van een masterpaper.
- Ik weet dat de risico's of ongemakken verbonden aan mijn deelname beperkt zijn.
- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- Dit project ontvangt geen financiering.
- Voor vragen evenals voor de uitoefening van mijn rechten (inzage gegevens, correctie ervan,…) weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:
  Prof. dr. Jan De Lepeleire, jan.delepeleire@kuleuven.be

- Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven: smec@kuleuven.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Datum:

Naam en handtekening deelnemer Naam en handtekening onderzoeker

Bijlage 2: Gunstig advies ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Ons kenmerk: MP018552

Uw kenmerk: Masterproef studie: Fixatiebeleid woonzorgcentra: ontwikkeling richtlijn

Leuven, 01-02-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jan De Lepeleire
Geachte Loes Breughe, Marie-Laure Bonte, Florentine Leirman

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 01-02-2022

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedgekeurd) Het betreft een project waaraan 3 Haio's

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 12-01-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne
Casteels Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP018552

Bijlage 3: Literatuur onderzoek richtlijnen fixatie t.e.m. 2021 - Stap 3

Doel: Huidige beschikbare (inter)nationale richtlijnen voor (fysieke/chemische) fixatie in woonzorgcentra
Uitvoering: Database search werd uitgevoerd over de periode van 13/11/2021 – 31/12/2021
Inclusiecriteria:

- Alle types artikels betreffende (praktijk)richtlijnen voor gebruik (fysieke/chemische) fixatie
- Target populatie: oudere personen, wonende in woonzorgcentra (geen cut-off leeftijd vooropgesteld)
- Setting: residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra)
- Tijdswindow: Publicaties van 1990 t.e.m. 2021
- Taal: Engels, Nederlands, Frans

Exclusiecriteria: thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, acute zorgen, spoedgevallen, intensieve zorgen

DEEL 1: DATABANKEN
1/ PUBMED

Zoektermen	Hits	Geïncludeerde artikels *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
((physical restraint [Title/Abstract]) AND (nursing homes)) AND (guidelines)	15 hits → na TiAb: 5 artikels → na full text: 1 artikel + via snowball: 5 artikels	1. Snowball: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000. 2. Snowball: Royal College of Nursing: Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility. London: 2008. 3. Snowball: Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities. 4. Snowball: Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Dublin, May 2003. 5. Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. 6. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2012 May 23;307(20):2177-84. doi: 10.1001/jama.2012.4517. PMID: 22618925. 7. Richtlijn met aanbevelingen voor 24 interventies om fixatiegebruik te reduceren; te vinden in eTabel 1
((physical restraint [MeSH Terms]) AND (nursing homes [MeSH Terms])) AND (clinical practice guideline [MeSH Terms])	1 hit → na TiAb: 1 artikel → na full text: 0 + via snowball: 1 artikel	1. *Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.*
((physical restraint [MeSH Terms) AND (geriatrics [MeSH Terms])) AND (clinical practice guideline [MeSH Terms])	0 hits	

Chemische fixatie		
(((antipsychotic drugs [MeSH Terms]) AND (nursing homes [MeSH Terms])) OR (geriatrics [MeSH Terms])) AND (clinical practice guideline [MeSH Terms]	118 hits → na TiAb: 3 artikels → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	1. Zuidema SU, Johansson A, Selbaek G, Murray M, Burns A, Ballard C, Koopmans RT. A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. Int Psychogeriatr. 2015 Nov;27(11):1849-59. doi: 10.1017/S1041610215000745. Epub 2015 Jun 10. PMID: 26062126; PMCID: PMC4582430. (Richtlijn in supplement 1)
((chemical restraint [MeSH Terms]) AND (nursing homes [MeSH Terms])) OR (geriatrics [MeSH Terms])) AND (clinical practice guideline [MeSH Terms])	111 hits → na TiAb: 0	
(chemical restraint) AND (practice guideline)	12 hits → na TiAb: 0	

2/ MEDLINE

Zoektermen	Hits	Geïncludeerde artikels *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
(physical restraint and nursing homes and guidelines).af.	9 hits → na TiAb: 4 artikels → Na full text: 1 artikel + via snowball: 5 artikels	1. *Snowball: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.* 2. *Snowball: Royal College of Nursing: Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility. London: 2008.* 3. *Snowball: Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities.* 4. *Snowball: Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Dublin, May 2003.* 5. *Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.* 6. *Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2012 May 23;307(20):2177-84. doi: 10.1001/jama.2012.4517. PMID: 22618925. (Richtlijn met aanbevelingen voor 24 interventies om fixatiegebruik te reduceren; te vinden in eTabel 1)*
Physical restraint and nursing homes and guidelines {No Related Terms}	576 hits → na TiAb: 8 artikels → na full tekst: 1 artikel	1. *Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.* 2. *Snowball: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.* 3. *Snowball: Royal College of Nursing: Let's talk about restraint: rights,*

	+ via snowball: 8 artikels	*risks and responsibility. London: 2008.* *4. Snowball: Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities.* *5. Snowball: Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Dublin, May 2003.* 6. Snowball: ANAES. (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé): limiter les risques de la contention physique de la personnes âgée. Paris: Anaes; 2000 Engelse versie: *ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.* *7. Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.* *8.* Snowball: Health Service Executive (HSE). Policy on the use of physical restraints in designated residential care units for older people. 2011. Available from: https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/socialcareapplframework/policy-on-the-use-of-physical-restraints-in-desinated-residential-care-units-for-op.pdf 9. Locca JF, Bula CJ, Zumbach S, Bugnon O. Pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in nursing homes: development of practice recommendations in a Swiss canton. J AM MED DIR ASSOC. 2008;9(6):439-48. doi:10.1016/j.jamda.2008.04.003, 10.1016/j.jamda.2008.04.003
(physical restraint and geriatrics and guidelines).af.	7 hits → Na TiAb: 4 artikels → na full text: 0 + via snowball: 6 artikels	*1. Snowball: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.* *2. Snowball: Royal College of Nursing: Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility. London: 2008.* *3. Snowball: Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities.* *4. Snowball: Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Dublin, May 2003.* *5. Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.* *6. Snowball: ANAES. (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé): limiter les risques de la contention physique de la personnes âgée. Paris: Anaes; 2000* *Engelse versie: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.*
<u>Chemische fixatie</u>		
(((antipsychotic drugs and nursing homes) or geriatrics) and clinical practice guideline).af.	41 hits →Na TiAb: 2 artikels → Na full text: 2 artikels geïncludeerd + via snowball: 0	1. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, Raman-Wilms L, Rojas-Fernandez C, Sinha S, Thompson W, Welch V, Wiens A. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2018 Jan;64(1):17-27. PMID: 29358245; PMCID: PMC5962971. 2. Ngo J, Holroyd-Leduc JM. Systematic review of recent dementia practice guidelines. Age Ageing. 2015;44(1):25-33. doi:10.1093/ageing/afu143, 10.1093/ageing/afu143
(chemical restraint	2 hits	1. Muñiz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A,

and nursing homes and guidelines).af.	→ na TiAb: 1 artikel → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	Rodríguez J, Usieto T, Lavin L, Rigueira A, Agüera-Ortiz L, López-Alvarez J, Martín-Carrasco M, Olazarán J. The "CHROME criteria": Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. Int Psychogeriatr. 2020 Mar;32(3):315-324. doi: 10.1017/S1041610219001111X. PMID: 31635561. (**CH**emical **R**estraints av**O**idance **ME**thodology criteria: Zie appendix 1)
(chemical restraint and geriatrics and guidelines).af.	0 hits	
(chemical restraint and practice guideline).af.	0 hits	

3/ COCHRANE

<u>Zoektermen</u>	<u>Hits</u>	<u>Geïncludeerde artikels</u> *Cursief = dubbel*
<u>Fysieke fixatie</u>		
Physical restraint AND nursing homes AND guidelines	11 hits → na TiAb: 5 artikels → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	*1. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2012 May 23;307(20):2177-84. doi: 10.1001/jama.2012.4517. PMID: 22618925. (Richtlijn met aanbevelingen voor 24 interventies om fixatiegebruik te reduceren; te vinden in eTabel 1)*
Physical restraint AND nursing homes AND guidelines (Mesh-terms)		Identieke resultaten gevonden met bovenstaande zoektermen
Physical restraint AND nursing homes OR geriatric AND guidelines	7 hits → na TiAb: 1 artikel → na full text: 0 + via snowball: 0	
Physical restraint AND geriatrics AND guidelines	4 hits → na TiAb: 2 artikels → na full text: 0	

	+ via snowball: 0	
<u>Chemische fixatie</u>		
Antipsychotic drugs AND nursing homes OR geriatrics AND clinical practice guideline	3 hits → na TiAb: 1 artikels → na full text: 0 + via snowball: 0	
chemical restraint AND nursing homes OR geriatrics AND guideline OR clinical practice guideline	45 hits → na TiAb: 0 artikels	
Chemical restraint AND clinical practice guideline	0 hits	

4/ CINAHL

<u>Zoektermen</u>	<u>Hits</u>	<u>Geïncludeerde artikels</u> *Cursief = dubbel*
<u>Fysieke fixatie</u>		
Physical restraint AND nursing home AND guidelines	46 hits → na TiAb: 6 artikels → na full text: 1 artikel + via snowball: 5 artikels	1. *Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.* 2. *Snowball: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.* 3. *Snowball: Royal College of Nursing: Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility. London: 2008.* 4. *Snowball: Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities.* 5. *Snowball: Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Dublin, May 2003.* 6. *Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2012 May 23;307(20):2177-84. doi: 10.1001/jama.2012.4517. PMID: 22618925. (Richtlijn met aanbevelingen voor 24 interventies om fixatiegebruik te reduceren; te vinden in eTabel 1)*
Physical restraint AND nursing homes AND guidelines (Mesh-terms)		Identieke resultaten gevonden met bovenstaande zoektermen
Physical restraint AND geriatrics AND	11 hits	1. *Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON:*

guidelines	→ na TiAb: 1 artikel → na full text: 0 + via snowball: 1 artikel	*Registered Nurses' Association of Ontario*
<u>Chemische fixatie</u>		
Antipsychotic drugs AND nursing homes OR geriatrics AND clinical practice guideline	2 hits → na TiAb: 1 artikel → na full text: 0 + via snowball: 0	
chemical restraint AND nursing homes OR geriatrics AND guideline OR clinical practice guideline	41.454 hits	Niet gescreend omwille van buitensporig aantal hits, onmogelijk om te screenen.
Chemical restraint AND clinical practice guidelines	2 hits → na TiAb: 0	

5/ EMBASE

<u>Zoektermen</u>	<u>Hits</u>	<u>Geïncludeerde artikels</u> *Cursief = dubbel*
<u>Fysieke fixatie</u>		
Physical restraint AND nursing home AND guidelines	21 hits → na TiAb: 5 artikels → na full tekst:1 artikel + via snowball: 5 artikels	1. *Snowball: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.* 2. *Snowball: Royal College of Nursing: Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility. London: 2008.* 3. *Snowball: Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities.* 4. *Snowball: Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Dublin, May 2003.* 5. *Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.* 6. Muñiz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A, Rodríguez J, Usieto T, Lavin L, Rigueira A, Agüera-Ortiz L, López-Alvarez J, Martín-Carrasco M, Olazarán J. The "CHROME criteria": Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. Int Psychogeriatr. 2020 Mar;32(3):315-324. doi: 10.1017/S104161021900111X. PMID:

		31635561. (**CH**emical **R**estraints av**O**idance **ME**thodology criteria: Zie appendix 1)
Physical restraint AND geriatrics AND guideline	9 hits → na TiAb: 2 artikels → na full tekst: 0 + via snowball: 5 artikels	1. *Snowball: ANAES: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Department of Evaluation in Healthcare organizations. October 2000.* 2. *Snowball: Royal College of Nursing: Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility. London: 2008.* 3. *Snowball: Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities.* 4. *Snowball: Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Dublin, May 2003.* 5. *Snowball: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.*
<u>Chemische fixatie</u>		
Antipsychotic drugs AND nursing homes OR geriatrics AND clinical practice guideline	0 hits	
Chemical restraint AND nursing home AND guidelines	0 hits	
Chemical restraint AND geriatrics AND guidelines	0 hits	
Chemical restraint AND practice guideline	0 hits	

<u>DEEL 2: (INTER)NATIONALE RICHTLIJN DATABANKEN</u>

<u>Zoektermen</u>:

- Nederlands: fysieke fixatie, fixatie, immobilisatie, chemische fixatie, psychotropica, antipsychotica, geriatrie, woonzorgcentra, dementie, vrijheidsbeperkende maatregelen
- Engels: physical restraint, restraint, fixation, chemical fixation, medication, drugs, psychotropic drugs, antipsychotics, geriatrics, dementia, nursing homes, long-term care
- Frans: contention, contention physique, gériatrie, personnes âgées, médication, centre de soins residentiels

1. GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK (GIN):
    a. <u>Chemische fixatie:</u> geen richtlijnen weerhouden
    b. <u>Fysieke fixatie:</u> geen richtlijnen weerhouden
2. Evidence Based Practice Netwerk (EBPnet)
    a. <u>Chemische fixatie:</u> geen richtlijnen weerhouden
    b. <u>Fysieke fixatie:</u> geen richtlijnen weerhouden
3. Domus Medica (DM)
    a. <u>Chemische fixatie:</u> geen richtlijnen weerhouden
    b. <u>Fysieke fixatie:</u> geen richtlijnen weerhouden
4. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
    a. <u>Chemische fixatie</u>: geen richtlijnen weerhouden
    b. <u>Fysieke fixatie</u>: geen richtlijnen weerhouden
5. Nederland Huisartsen Genootschap (NHG)
    a. <u>Chemische fixatie:</u> geen richtlijnen weerhouden
    b. <u>Fysieke fixatie</u>: geen richtlijnen weerhouden

6. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)
    a. Chemische fixatie
        i. Richtlijn: probleemgedrag bij mensen met dementie (2018) https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie
    b. Fysieke fixatie: geen richtlijnen weerhouden
7. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
    a. Chemische fixatie: geen richtlijnen weerhouden
    b. Fysieke fixatie: geen richtlijnen weerhouden
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
    a. Chemische fixatie:
        i. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (juni 2018): 1.7 Managing non-cognitive symptoms https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations#managing-non-cognitive-symptoms
        ii. A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia (2020): section 4: treatment of agitation/aggressive behavior with antipsychotics in dementia https://www.ean.org/fileadmin/user_upload/ean/ean/research/EAN_Guidelines/Guideline_Reference_Center/Guidelines/ene.14412.pdf
        Frederiksen KS, Cooper C, Frisoni GB, Frölich L, Georges J, Kramberger MG, Nilsson C, Passmore P, Mantoan Ritter L, Religa D, Schmidt R, Stefanova E, Verdelho A, Vandenbulcke M, Winblad B, Waldemar G. A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. Eur J Neurol. 2020 Oct;27(10):1805-1820. doi: 10.1111/ene.14412. Epub 2020 Jul 26. PMID: 32713125; PMCID: PMC7540303.
    b. Fysieke fixatie: Geen richtlijnen weerhouden
9. World Health Organisation (WHO)
    a. Chemische fixatie: geen richtlijnen weerhouden
    b. Fysieke fixatie: geen richtlijnen weerhouden
10. Canadian Medical Association (CMA): clinical practice guidelines infobase
    a. Chemische fixatie
        i. Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H , et al. (2018) Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia https://www.cfp.ca/content/cfp/64/1/17.full.pdf
    b. Fysieke fixatie
        i. Alberta Health Services. Restraint as a Last Resort Toolkit (2018) https://www.albertahealthservices.ca/info/Page15702.aspx
11. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
    a. Chemische fixatie: geen richtlijnen weerhouden
    b. Fysieke fixatie
        i. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints: https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints

Bijlage 4: Mini-AGREE II – Stap 4

Fysieke fixatie

Titel	Organisatie	Publicatie-datum	Land en taal	Datum laatste zoektocht richtlijn	Selectie
1. Cozon C, Nourhashemi F, Orvain J, Terra J-L. Evaluation of professional practice in healthcare organisations limiting the risks of physical restraint of elderly subjects. Dep Eval Health Organ. 2000; (October).	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)	Oktober 2000	Frankrijk; Frans met Engelstalige versie	31/12/1999	Inclusie Item 7, 9, 23 komen duidelijk aan bod; Inhoudelijk zeer relevante richtlijn
2. College of Nursing R. "Let's talk about restraint" Rights, risks and responsibility [Internet]. 2008 [cited 2023 Mar 21]. Available from: https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2016/11/Lets-talk-about-restraint.pdf	Royal College of Nursing (RCN)	Maart 2008	Verenigd Koninkrijk; Engels	2003	Geen inclusie Onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing; beperkte bronnen. Onvoldoende toepasbaar in België. Eerder verwijzend dan praktisch.
3. Joanna Briggs Institute. Physical restraint–part 2: minimization in acute and residential care facilities. Best Practice. Adelaide; 2002.	Joanna Briggs Institute (JBI)	2002	Australië; Engels	Niet vermeld	Geen inclusie Onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing. Eerder gericht op alternatieven
4. Hayes B, Mcginn P, Kearns L, Hayes U, et al. Guidelines on The Use of Restraint in the Care of the Older Person. 2003.	Irish Nurses Organisation (INO)	Mei 2003	Ierland; Engels	Niet vermeld	Geen inclusie Doelpopulatie breder geformuleerd. Slechts beknopte informatie omtrent PICO.
5. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting Safety : Alternative Approaches to the Use of Restraints. Regist Nurses´Association Ontario [Internet]. 2012; (February): Zugriff: 04.02.2013. Available from: http://abinetwork.ca/alternatives-to-	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)	Februari 2012	Canada; Engels	April 2010	Inclusie Item 7, 9, 23 komen duidelijk aan bod; Inhoudelijk zeer

restraint-use					relevante richtlijn
6. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert MB, Möhler R, et al. Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial. 2012; Available from: http://www.jama	Nursing Research Group, Institute of Social Medicine, University of Lübeck, Germany	Mei 2012	Duitsland; Engels	April 2010	Geen inclusie Eerder studie over toepassing en effect van een richtlijn omtrent fixatie. De gebruikte richtlijn wordt zonder wetenschappelijke onderbouwing meegegeven.
7. Shaun O'Keefe, Siobhan O'Halloran. Policy on the use of physical restraints in designated residential care units for older people. 2011.	Health Service Executive (HSE) en Nursing Homes Ireland	December 2011	Ierland; Engels	Niet vermeld	Inclusie Onderbouwd met onderverdeling in beleid, procedures en richtlijnen omtrent fixatiegebruik in residentiële ouderenzorg.
8. Albertha Health Services. Restraint as a last resort - Information for Health Professionals. 2018.	Alberta Health Services (AHS)	Juni 2018	Canada; Engels	Niet vermeld	Geen inclusie Onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing; geen bronvermelding of beschrijving datazoektocht.

Chemische fixatie

Titel	Organisatie	Publicatie-datum	Land en taal	Datum laatste zoektocht richtlijn	Selectie
1. Zuidema SU, Johansson A, Selbaek G, Murray M, Burns A, Ballard C, et al. A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. Int Psychogeriatrics. 2015 Nov 1;27(11):1849–59.		Juni 2015	Nederland, Verenigd Koninkrijk, Noorwegen; Engels	1999	Inclusie Richtlijn in supplement 1. Item 7, 9, 23 komen aan bod.

2. Locca JF, Büla CJ, Zumbach S, Bugnon O. Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton. J Am Med Dir Assoc. 2008;9(6):439–48.		Juli 2008	Zwitserland; Engels	December 2007	Inclusie Item 7, 9, 23 komen duidelijk aan bod.
3. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, Raman-Wilms L, Rojas-Fernandez C, Sinha S, Thompson W, Welch V, Wiens A. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Vol. 64. 2018. Available from: www.open-pharmacy-research.ca/research-projects/		Januari 2018	Canada; Engels	Maart 2015	Geen inclusie Doelpopulatie breder. Focust vooral op afbouwen en stoppen van antipsychotica.
4. Ngo J, Holroyd-Leduc JM. Systematic review of recent dementia practice guidelines. Age Ageing [Internet]. 2015 Jan 1;44(1):25–33. Available from: https://doi.org/10.1093/ageing/afu143	British Geriatrics Society	Oktober 2014	Canada; Engels	05/04/2013 databanken 01/05/2013 grijze literatuur	Geen inclusie Beantwoordt niet volledig op onze PICO. Geen duidelijke richtlijn.
5. Muñiz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A, et al. The CHROME criteria: Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. Int Psychogeriatrics. 2020 Mar 1;32(3):315–24.		Oktober 2019	Spanje; Engels	Niet vermeld	Geen inclusie Eerder studie omtrent implementatie van richtlijnen. Richtlijn zonder bronvermelding.
6. Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, Geelen R, Kok RM, Luijendijk HJ, van der Stelt I van, Strien AM, Vink MT VH. Probleemgedrag bij mensen met dementie. Verenso. 2018;	Vereniging van specialisten ouderen-geneeskunde (Verenso) en Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Januari 2018	Nederland; Nederlands	23/06/2016	Inclusie
7. NICE Guideline. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers [Internet]. 2018. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng97	National Institute for Health and Care Excellence	Juni 2018	Verenigd Koninkrijk; Engels	Niet vermeld	Geen inclusie Onvoldoende duiding over wetenschappelijke onderbouw

	(NICE)				
8. Frederiksen KS, Cooper C, Frisoni GB, Frölich L, Georges J, Kramberger MG, et al. A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. Eur J Neurol. 2020 Oct 1;27(10):1805–20.		Juni 2020	Denemarken; Engels	Niet vermeld	Geen inclusie Onvoldoende gefocust op onze PICO.

Bijlage 5: AGREE II – Stap 4

Evaluation of professional practice in healthcare organisations: Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects – Cozon et al., 2000

Domein 1

	Item 1	Item 2	Item 3	**Totaal**
Bonte M.	6	4	7	**17**
Breughe L.	6	6	7	**19**
Leirman F.	6	4	7	**17**
Totaal	18	14	21	**53**
Gestandaardiseerde domeinscore				**81,5%**

Domein 2

	Item 4	Item 5	Item 6	**Totaal**
Bonte M.	6	1	6	**13**
Breughe L.	6	4	7	**17**
Leirman F.	6	3	7	**16**
Totaal	18	8	20	**46**
Gestandaardiseerde domeinscore				**68,5%**

Domein 3

	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	**Totaal**
Bonte M.	6	1	2	1	5	2	3	1	**21**
Breughe L.	6	3	2	4	5	5	3	1	**29**
Leirman F.	6	2	2	1	5	5	4	1	**26**
Totaal	18	6	6	6	15	12	10	3	**76**
Gestandaardiseerde domeinscore									**36,1%**

Domein 4

	Item 15	Item 16	Item 17	**Totaal**
Bonte M.	6	6	7	**19**
Breughe L.	5	6	6	**17**
Leirman F.	5	5	6	**16**
Totaal	16	17	19	**52**

Gestandaardiseerde domeinscore	**79,6%**

Domein 5

	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	**Totaal**
Bonte M.	2	6	1	2	**11**
Breughe L.	1	5	1	2	**9**
Leirman F.	2	5	1	2	**10**
Totaal	5	16	3	6	**30**
Gestandaardiseerde domeinscore					25%

Domein 6

	Item 22	Item 23	**Totaal**
Bonte M.	4	1	**5**
Breughe L.	5	1	**6**
Leirman F.	4	4	**8**
Totaal	13	6	**19**
Gestandaardiseerde domeinscore			**36,1%**

Algemeen oordeel

	Algemeen oordeel	Richtlijn aanbevelen voor gebruik?
Bonte M.	5	Ja
Breughe L.	5	Ja
Leirman F.	5	Ja, met aanpassing: klinische vragen toevoegen?
Totaal	15	

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints – Registered Nurses' Association of Ontario, 2012

Domein 1

	Item 1	Item 2	Item 3	**Totaal**
Bonte M.	6	6	3	**15**
Breughe L.	6	7	6	**19**
Leirman F.	6	5	5	**16**
Totaal	18	18	14	**50**

Gestandaardiseerde domeinscore	**75,9%**

Domein 2

	Item 4	Item 5	Item 6	**Totaal**
Bonte M.	7	2	7	**16**
Breughe L.	5	4	6	**15**
Leirman F.	7	2	6	**15**
Totaal	19	8	19	**46**
Gestandaardiseerde domeinscore				**68,5%**

Domein 3

	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	**Totaal**
Bonte M.	7	7	5	6	6	6	6	7	**50**
Breughe L.	6	6	6	5	4	5	7	7	**46**
Leirman F.	7	7	4	6	5	7	7	7	**50**
Totaal	20	20	15	17	15	18	20	21	**146**
Gestandaardiseerde domeinscore									**84,7%**

Domein 4

	Item 15	Item 16	Item 17	**Totaal**
Bonte M.	7	6	7	**20**
Breughe L.	6	6	7	**19**
Leirman F.	6	6	7	**19**
Totaal	19	18	21	**58**
Gestandaardiseerde domeinscore				**90,7%**

Domein 5

	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	**Totaal**
Bonte M.	5	7	3	7	**22**
Breughe L.	4	6	4	5	**19**
Leirman F.	6	7	1	6	**20**
Totaal	15	20	8	18	**61**
Gestandaardiseerde domeinscore					**68,1%**

Domein 6

	Item 22	Item 23	**Totaal**
Bonte M.	2	3	**5**
Breughe L.	5	4	**9**
Leirman F.	7	7	**14**
Totaal	14	14	**28**
Gestandaardiseerde domeinscore			**61,1%**

Algemeen oordeel

	Algemeen oordeel	Richtlijn aanbevelen voor gebruik?
Bonte M.	6	Ja
Breughe L.	6	Ja, sterke onderbouwing
Leirman F.	6	Ja
Totaal	18	

Policy on the use of physical restraints in designated residential care units for older people - HSE AND Nursing Homes Ireland, 2011

Domein 1

	Item 1	Item 2	Item 3	**Totaal**
Bonte M.	7	6	7	**20**
Breughe L.	6	3	7	**16**
Leirman F.	7	5	7	**19**
Totaal	20	14	21	**55**
Gestandaardiseerde domeinscore				**85,2%**

Domein 2

	Item 4	Item 5	Item 6	**Totaal**
Bonte M.	6	1	6	**13**
Breughe L.	5	2	6	**13**
Leirman F.	6	5	7	**18**
Totaal	17	8	19	**44**
Gestandaardiseerde domeinscore				**64,8%**

Domein 3

	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	**Totaal**
Bonte M.	2	1	1	1	3	1	2	4	**15**
Breughe L.	2	1	1	1	4	1	1	7	**18**
Leirman F.	2	1	1	1	4	1	2	5	**17**
Totaal	6	3	3	3	11	3	5	16	**50**
Gestandaardiseerde domeinscore									**18,1%**

Domein 4

	Item 15	Item 16	Item 17	**Totaal**
Bonte M.	6	6	6	**18**
Breughe L.	6	5	4	**15**
Leirman F.	5	5	2	**12**
Totaal	17	16	12	**45**
Gestandaardiseerde domeinscore				**66,7%**

Domein 5

	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	**Totaal**
Bonte M.	2	6	2	6	**16**
Breughe L.	2	6	2	4	**14**
Leirman F.	1	4	1	6	**12**
Totaal	5	16	5	16	**42**
Gestandaardiseerde domeinscore					**41,2%**

Domein 6

	Item 22	Item 23	Totaal
Bonte M.	1	1	2
Breughe L.	1	1	2
Leirman F.	3	1	4
Totaal	5	3	8
Gestandaardiseerde domeinscore			5,6%

Algemeen oordeel

	Algemeen oordeel	Richtlijn aanbevelen voor gebruik?
Bonte M.	4	Ja met aanpassingen
Breughe L.	4	Ja met aanpassingen → Uitklaren van de onderbouwing van deze richtlijn.
Leirman F.	4	Ja indien het duidelijk zou zijn op welke manier deze richtlijn onderbouwd is. Met andere woorden indien er vermelding wordt gemaakt vanwaar ze hun literatuur hebben gehaald om deze aanbevelingen op te zetten.
Totaal	12	

A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice – Zuidema et al., 2015

Domein 1

	Item 1	Item 2	Item 3	**Totaal**
Bonte M.	6	5	5	**16**
Breughe L.	5	6	4	**15**
Leirman F.	7	6	5	**18**
Totaal	18	17	14	**49**
Gestandaardiseerde domeinscore				**74,1%**

Domein 2

	Item 4	Item 5	Item 6	**Totaal**
Bonte M.	6	1	2	**9**
Breughe L.	6	3	5	**14**
Leirman F.	6	4	5	**15**
Totaal	18	8	12	**38**
Gestandaardiseerde domeinscore				**53,7%**

Domein 3

	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	**Totaal**
Bonte M.	4	4	6	6	6	5	1	1	**33**
Breughe L.	3	5	5	5	3	4	4	1	**30**
Leirman F.	2	2	7	7	5	4	4	1	**32**
Totaal	9	11	18	18	14	13	9	3	**95**
Gestandaardiseerde domeinscore									**49,3%**

Domein 4

	Item 15	Item 16	Item 17	**Totaal**
Bonte M.	5	5	6	**16**
Breughe L.	6	5	5	**16**
Leirman F.	7	5	7	**19**
Totaal	18	15	18	**51**
Gestandaardiseerde domeinscore				**77,8%**

Domein 5

	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	**Totaal**
Bonte M.	6	3	2	1	**12**
Breughe L.	4	3	3	1	**11**
Leirman F.	5	4	1	1	**11**
Totaal	15	10	6	3	**34**
Gestandaardiseerde domeinscore					**30,6%**

Domein 6

	Item 22	Item 23	**Totaal**
Bonte M.	6	7	**13**
Breughe L.	6	5	**11**
Leirman F.	5	7	**12**
Totaal	17	19	**36**
Gestandaardiseerde domeinscore			**83,3%**

Algemeen oordeel

	Algemeen oordeel	Richtlijn aan te bevelen voor gebruik?
Bonte M.	5	Ja met aanpassingen
Breughe L.	4	Ja, met aanpassingen. Systematische manier van verzamelen informatie. Laag evidence-based niveau; zou sterker zijn met ook een literatuursearch.
Leirman F.	5	De kwaliteit van de richtlijn zou nog beter zijn indien deze gelinkt zou worden aan huidige evidentie. Specifieke aanbevelingen over welke antipsychotica aanbevolen of afgeraden worden bij bepaalde indicaties zou ook nuttig zijn.
Totaal	14	

Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton – Locca et al., 2008

Domein 1

	Item 1	Item 2	Item 3	**Totaal**
Bonte M.	6	5	6	**17**
Breughe L.	5	2	4	**11**
Leirman F.	6	6	6	**18**
Totaal	17	13	16	**46**
Gestandaardiseerde domeinscore				**68,5%**

Domein 2

	Item 4	Item 5	Item 6	**Totaal**
Bonte M.	5	1	2	**8**
Breughe L.	2	2	6	**10**
Leirman F.	2	4	6	**12**
Totaal	9	7	14	**30**
Gestandaardiseerde domeinscore				**38,9%**

Domein 3

	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	**Totaal**
Bonte M.	6	5	6	4	5	6	2	5	**39**
Breughe L.	5	1	7	4	4	5	1	7	**34**
Leirman F.	7	5	7	6	6	7	1	5	**44**
Totaal	18	11	20	14	15	18	4	17	**117**
Gestandaardiseerde domeinscore									**64,6%**

Domein 4

	Item 15	Item 16	Item 17	**Totaal**
Bonte M.	6	6	5	**17**
Breughe L.	6	5	6	**17**
Leirman F.	7	7	7	**21**
Totaal	19	18	18	**55**

Gestandaardiseerde domeinscore	**85,2%**

Domein 5

	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	**Totaal**
Bonte M.	2	1	1	2	**6**
Breughe L.	2	4	4	4	**14**
Leirman F.	1	4	1	4	**10**
Totaal	5	9	6	10	**30**
Gestandaardiseerde domeinscore					**25%**

Domein 6

	Item 22	Item 23	**Totaal**
Bonte M.	2	3	**5**
Breughe L.	2	4	**6**
Leirman F.	4	7	**11**
Totaal	8	14	**22**
Gestandaardiseerde domeinscore			**44,4%**

Algemeen oordeel

	Algemeen oordeel	Richtlijn aan te bevelen voor gebruik?
Bonte M.	5	Ja
Breughe L.	4	Ja, mist aanpassingen. Duidelijk en zeer overzichtelijke richtlijn, maar stellen zichzelf net iets te weinig in vragen rond de indicatiestelling.
Leirman F.	6	Duidelijke richtlijn en met onderbouwde algoritmes die hele nuttige praktische info bieden. In plaats van vaag te blijven wordt een duidelijk plan vooropgesteld van welke behandeling in welke situatie.
Totaal	15	

Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie – Zuidema. et al., 2018

Domein 1

	Item 1	Item 2	Item 3	**Totaal**
Bonte M.	6	7	6	**19**
Breughe L.	6	7	6	**19**
Leirman F.	7	7	7	**21**

Totaal	19	21	19	**59**
Gestandaardiseerde domeinscore				**92,6%**

Domein 2

	Item 4	Item 5	Item 6	**Totaal**
Bonte M.	6	1	7	**14**
Breughe L.	6	5	7	**18**
Leirman F.	7	6	7	**20**
Totaal	19	12	21	**52**
Gestandaardiseerde domeinscore				**79,6%**

Domein 3

	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	**Totaal**
Bonte M.	7	6	7	6	6	7	6	1	**46**
Breughe L.	6	6	6	6	6	5	5	6	**46**
Leirman F.	7	7	6	7	5	7	7	6	**52**
Totaal	20	19	19	19	17	19	18	13	**144**
Gestandaardiseerde domeinscore									**83,3%**

Domein 4

	Item 15	Item 16	Item 17	**Totaal**
Bonte M.	6	6	7	**19**
Breughe L.	5	5	6	**16**
Leirman F.	6	6	7	**19**
Totaal	17	17	20	**54**
Gestandaardiseerde domeinscore				**83,3%**

Domein 5

	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	**Totaal**
Bonte M.	2	1	6	5	**14**
Breughe L.	5	5	5	4	**19**
Leirman F.	5	4	2	7	**18**
Totaal	12	10	13	16	**51**

Gestandaardiseerde domeinscore	**54,2%**

Domein 6

	Item 22	Item 23	**Totaal**
Bonte M.	6	7	**13**
Breughe L.	5	5	**10**
Leirman F.	6	7	**13**
Totaal	17	19	**36**
Gestandaardiseerde domeinscore			**83,3%**

Algemeen oordeel

	Algemeen oordeel	Richtlijn aan te bevelen voor gebruik?
Bonte M.	6	Ja
Breughe L.	6	Sterk onderbouwd en duidelijke richtlijn
Leirman F.	6	Goed onderbouwd, uitgebreide onderzoeksvragen en aanbevelingen met praktische informatie
Totaal	18	

Bijlage 6: Aanbevelingen per richtlijn – Stap 5

Bijlage op te vragen bij de auteurs.

Bijlage 7: Literatuur onderzoek nieuwe richtlijnen 2021-2022 – Stap 7

Doel: Huidige beschikbare (inter)nationale richtlijnen voor (fysieke/chemische) fixatie in woonzorgcentra
Uitvoering: Database search werd uitgevoerd over de periode van 01/01/2022 - 08/2022
Inclusiecriteria:

- Alle types artikels betreffende (praktijk)richtlijnen voor gebruik (fysieke/chemische) fixatie
- Target populatie: oudere personen, wonende in woonzorgcentra (geen cut-off leeftijd vooropgesteld)
- Setting: residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra)
- Tijdswindow: Publicaties van 1990 t.e.m. 2021
- Taal: Engels, Nederlands, Frans

Exclusiecriteria: thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, acute zorgen, spoedgevallen, intensieve zorgen

DEEL 1: DATABANKEN

1/ PUBMED

Zoektermen	Hits	Geïncludeerde artikels *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
((physical restraint [Title/Abstract]) AND (nursing homes)) AND (guidelines)	0 hits	
((physical restraint [MeSH Terms]) AND (nursing homes [MeSH Terms])) AND (clinical practice guideline [MeSH Terms])	0 hits	
((physical restraint [MeSH Terms) AND (geriatrics [MeSH Terms])) AND (clinical practice guideline [MeSH Terms])	0 hits	
Chemische fixatie		
(((antipsychotic drugs [MeSH Terms]) AND (nursing homes [MeSH Terms])) OR (geriatrics [MeSH Terms])) AND (clinical practice guideline [MeSH Terms])	0 hits	
(((chemical restraint [MeSH Terms]) AND (nursing homes [MeSH Terms])) OR (geriatrics [MeSH Terms])) AND (clinical	0 hits	

practice guideline [MeSH Terms])		
(chemical restraint) AND (practice guideline)	0 hits	

2/ MEDLINE

Zoektermen	Hits	Geïncludeerde artikels *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
(physical restraint and nursing homes and guidelines).af.	0 hits	
Physical restraint and nursing homes and guidelines {No Related Terms}	19 hits → na TiAb: 0	
(physical restraint and geriatrics and guidelines).af.	0 hits	
Chemische fixatie		
(((antipsychotic drugs and nursing homes) or geriatrics) and clinical practice guideline).af.	8 hits →Na TiAb: 0	
(chemical restraint and nursing homes and guidelines).af.	0 hits	
(chemical restraint and geriatrics and guidelines).af.	0 hits	
(chemical restraint and practice guideline).af.	0 hits	

3/ COCHRANE

Zoektermen	Hits	Geïncludeerde artikels *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
Physical restraint AND nursing homes AND guidelines	0 hits	
Physical restraint AND	0 hits	

nursing homes AND guidelines (Mesh-terms)		
Physical restraint AND nursing homes OR geriatric AND guidelines	0 hits	
Physical restraint AND geriatrics AND guidelines	2 hits → na TiAb: 0	
<u>Chemische fixatie</u>		
Antipsychotic drugs AND nursing homes OR geriatrics AND clinical practice guideline	0 hits	
chemical restraint AND nursing homes OR geriatrics AND guideline OR clinical practice guideline	0 hits	
Chemical restraint AND clinical practice guideline	0 hits	

4/ CINAHL

<u>Zoektermen</u>	<u>Hits</u>	<u>Geïncludeerde artikels</u> *Cursief = dubbel*
<u>Fysieke fixatie</u>		
Physical restraint AND nursing home AND guidelines	0 hits	
Physical restraint AND nursing homes AND guidelines (Mesh-terms)	0 hits	
Physical restraint AND geriatrics AND guidelines	0 hits	
<u>Chemische fixatie</u>		
Antipsychotic drugs AND nursing homes OR geriatrics AND clinical practice guideline	36 hits → na TiAb: 0	

chemical restraint AND nursing homes OR geriatrics AND guideline OR clinical practice guideline	18 hits → na TiAb: 0	
Chemical restraint AND clinical practice guidelines	0 hits	

5/ EMBASE

Zoektermen	Hits	Geïncludeerde artikels *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
Physical restraint AND nursing home AND guidelines	0 hits	
Physical restraint AND geriatrics AND guideline	0 hits	
Antipsychotic drugs AND nursing homes OR geriatrics AND clinical practice guideline	8 hits → na TiAb: 0	
Chemical restraint AND nursing home AND guidelines	0 hits	
Chemical restraint AND geriatrics AND guidelines	0 hits	
Chemical restraint AND practice guideline	1 hit → na TiAb: 0	

DEEL 2: (INTER)NATIONALE RICHTLIJN DATABANKEN

Zoektermen:

- Nederlands: fysieke fixatie, fixatie, immobilisatie, chemische fixatie, psychotropica, antipsychotica, geriatrie, woonzorgcentra, dementie, vrijheidsbeperkende maatregelen
- Engels: physical restraint, restraint, fixation, chemical fixation, medication, drugs, psychotropic drugs, antipsychotics, geriatrics, dementia, nursing homes, long-term care
- Frans : contention, contention physique, gériatrie, personnes âgées, médication, centre de soins residentiels

1. Guidelines International Network (GIN): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
2. Evidence Based Practice Netwerk (EBPnet): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
3. Domus Medica (DM): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
4. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
5. Nederland Huisartsen Genootschap (NHG): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
6. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
7. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie

8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
9. World Health Organisation (WHO): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
10. Canadian Medical Association (CMA) clinical practice guidelines infobase: Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie
11. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO): Geen nieuwe richtlijnen omtrent chemische/fysieke fixatie

DEEL 3: TIJDSCHRIFTEN

Zoektermen:

- Nederlands: fysieke fixatie, fixatie, immobilisatie, chemische fixatie, psychotropica, antipsychotica, geriatrie, woonzorgcentra, dementie, vrijheidsbeperkende maatregelen
- Engels: physical restraint, restraint, fixation, chemical fixation, medication, drugs, psychotropic drugs, antipsychotics, geriatrics, dementia, nursing homes, long-term care
- Frans : contention, contention physique, gériatrie, personnes âgées, médication, centre de soins residentiels

1. Huisarts Nu: Geen nieuwe richtlijnen te vinden omtrent chemische/fysieke fixatie
2. Tijdschrift voor geneeskunde: Geen nieuwe richtlijnen te vinden omtrent chemische/fysieke fixatie
3. Louvain medical : Geen nieuwe richtlijnen te vinden omtrent chemische/fysieke fixatie
4. Acta Clinica Belgica: Geen nieuwe richtlijnen te vinden omtrent chemische/fysieke fixatie
5. La revue medical de Liège: Geen nieuwe richtlijnen te vinden omtrent chemische/fysieke fixatie

Bijlage 8: Literatuur zoektocht systematische reviews – Stap 7

Doel: Nieuwe wetenschappelijke informatie over (fysieke/chemische) fixatie in woonzorgcentra
Uitvoering: Database search werd uitgevoerd over de periode van 01/01/2020 – 31/10/2022 voor fysieke fixatie en 07/2016 – 31/10/2022 voor chemische fixatie
Inclusiecriteria:

- Alle types artikels betreffende (praktijk)richtlijnen voor gebruik (fysieke/chemische) fixatie
- Target populatie: oudere personen, wonende in woonzorgcentra (geen cut-off leeftijd vooropgesteld)
- Setting: residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra)
- Tijdswindow: Publicaties van 1990 t.e.m. 2021
- Taal: Engels, Nederlands, Frans

Exclusiecriteria: thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, acute zorgen, spoedgevallen, intensieve zorgen

1/ PUBMED

Zoektermen	**Hits**	**Geïncludeerde artikels** *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
physical restraint and nursing home	6 hits → na TiAb: 3 artikels → na full text: 2 artikels + via snowball: 0	1) Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562. 2)Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 16;17(18):6738. doi: 10.3390/ijerph17186738. PMID: 32947851; PMCID: PMC7558973.
physical restraint and geriatrics	6 hits → na TiAb: 0 → na full text: 0 + via snowball: 0	
restraint and nursing home	9 hits → na TiAb: 4 artikels → na full text: 2 artikels + via snowball: 0	*1) Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.* *2)Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 16;17(18):6738. doi: 10.3390/ijerph17186738. PMID: 32947851; PMCID: PMC7558973.*
restraint and geriatrics	6 hits → na TiAb: 0 → na full text:	

	0 + via snowball: 0	
Chemische fixatie		
chemical restraint and nursing home	2 hits → na TiAb: 2 artikels → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	*1)Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.*
chemical restraint and geriatrics	2 hits → na TiAb: 0 artikels → na full text: 0 artikels + via snowball: 0 artikels	
antipsychotic drugs and nursing home	17 hits → na TiAb: 7 artikels → na full text: 2 artikels + via snowball: 0	1) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Vander Stichele R, Declercq T, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 1;3(3):CD007726. doi: 10.1002/14651858.CD007726.pub3. PMID: 29605970; PMCID: PMC8407230. 2) Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C, Browne J, Byrne S, McSharry J, Coughlan E, Timmons S. Influences on Decision-Making Regarding Antipsychotic Prescribing in Nursing Home Residents With Dementia: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. J Am Med Dir Assoc. 2017 Oct 1;18(10):897.e1-897.e12. doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.032. Epub 2017 Aug 12. PMID: 28807433.
antipsychotic drugs and geriatrics	64 hits → na TiAb: 4 artikels → na full text: 2 artikels + via snowball: 0	1) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Stichele RV, Declercq T, Christiaens T. Discontinuation of Long-Term Antipsychotic Drug Use for Behavioral and Psychological Symptoms in Older Adults Aged 65 Years and Older With Dementia. J Am Med Dir Assoc. 2018 Nov;19(11):1009-1014. doi: 10.1016/j.jamda.2018.06.023. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30100234. 2) Ma H, Lu X, Zhou A, Wang F, Zuo X, Zhan M, Zou Q, Gong S, Chen Y, Lyu J, Jia L, Jia J, Wei C. Clinical Practice Guidelines for the Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review With AGREE II. Front Neurol. 2022 May 25;13:799723. doi: 10.3389/fneur.2022.799723. PMID: 35693007; PMCID: PMC9174457.

2/ MEDLINE

Zoektermen	**Hits**	**Geïncludeerde artikels** *Cursief = dubbel*

Fysieke fixatie		
physical restraint and nursing home	3 hits → na TiAb: 2 artikels → na full text: 2 artikels + via snowball: 0	*1)Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.* *2)Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 16;17(18):6738. doi: 10.3390/ijerph17186738. PMID: 32947851; PMCID: PMC7558973.*
physical restraint and geriatrics	0 hits	
restraint and nursing home	3 hits → na TiAb: 2 artikels → na full text: 2 artikels + via snowball: 0	*1)Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.* *2)Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 16;17(18):6738. doi: 10.3390/ijerph17186738. PMID: 32947851; PMCID: PMC7558973.*
restraint and geriatrics	1 hit → na TiAb: 0 → na full text: 0 + via snowball: 0	
Chemische fixatie		
chemical restraint and nursing home	1 hit → na TiAb: 1 artikel → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	*1)Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.*
chemical restraint and geriatrics	2 hits → na TiAb: 0 → na full text: 0	

	+ via snowball: 0	
antipsychotic drugs and nursing home	0 hits	
antipsychotic drugs and geriatrics	1 hit → na TiAb: 1 artikel → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	*1) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Stichele RV, Declercq T, Christiaens T. Discontinuation of Long-Term Antipsychotic Drug Use for Behavioral and Psychological Symptoms in Older Adults Aged 65 Years and Older With Dementia. J Am Med Dir Assoc. 2018 Nov;19(11):1009-1014. doi: 10.1016/j.jamda.2018.06.023. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30100234.*

3/ COCHRANE

Zoektermen	**Hits**	**Geïncludeerde artikels** *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
physical restraint and nursing home	0 hits	
physical restraint and geriatrics	0 hits	
restraint and nursing home	1 hit → na TiAb: 0 → na full text: 0 + via snowball: 0	
restraint and geriatrics	1 hit → na TiAb: 0 → na full text: 0 + via snowball: 0	
Chemische fixatie		
chemical restraint and nursing home	0 hits	

chemical restraint and geriatrics	0 hits	
antipsychotic drugs and nursing home	0 hits	
antipsychotic drugs and geriatrics	0 hits	

4/ CINAHL

Zoektermen	**Hits**	**Geïncludeerde artikels** *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
physical restraint and nursing home	19 hits → na TiAb: 4 artikels → na full text: 0 + via snowball: 0	
physical restraint and geriatrics	13 hits → na TiAb: 2 artikels → na full text: 0 + via snowball:0	
restraint and nursing home	25 hits → na TiAb: 3 artikels → na full text: 0 + via snowball: 0	
restraint and geriatrics	15 hits → na TiAb: 2 artikels → na full text: 0	

	+ via snowball: 0	
Chemische fixatie		
chemical restraint and nursing home	0 hits	
chemical restraint and geriatrics	1 hit → na TiAb: 0 → na full text: 0 + via snowball: 0	
antipsychotic drugs and nursing home	5 hits → na TiAb: 2 → na full text: 0 + via snowball: 0	
antipsychotic drugs and geriatrics	15 hits → na TiAb: 1 artikel → na full text: 1 artikel + via snowball:0	*1) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Stichele RV, Declercq T, Christiaens T. Discontinuation of Long-Term Antipsychotic Drug Use for Behavioral and Psychological Symptoms in Older Adults Aged 65 Years and Older With Dementia. J Am Med Dir Assoc. 2018 Nov;19(11):1009-1014. doi: 10.1016/j.jamda.2018.06.023. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30100234.*

5/ EMBASE

Zoektermen	**Hits**	**Geïncludeerde artikels** *Cursief = dubbel*
Fysieke fixatie		
physical restraint and nursing home	8 hits → na TiAb: 4 artikels → na full text: 2 + via snowball: 0	*1) Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.* *2)Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 16;17(18):6738. doi: 10.3390/ijerph17186738. PMID: 32947851; PMCID: PMC7558973.*

physical restraint and geriatrics	1 hit → na TiAb: 0 → na full text: 0 + via snowball: 0	
restraint and nursing home	9 hits → na TiAb: 4 artikels → na full text: 2 + via snowball: 0	*1)Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.* *2)Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 16;17(18):6738. doi: 10.3390/ijerph17186738. PMID: 32947851; PMCID: PMC7558973.*
restraint and geriatrics	1 hit → na TiAb: 0 → na full text: 0 + via snowball: 0	
Chemische fixatie		
chemical restraint and nursing home	1 hit → na TiAb: 1 artikel → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	1)Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.
chemical restraint and geriatrics	1 hit → na TiAb: 1 artikel → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	*1)Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.*
antipsychotic drugs and nursing home	1 hit	1) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Vander Stichele R, Declercq T, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of long-term

	→ na TiAb: 1 artikel → na full text: 1 artikel + via snowball: 0	antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 1;3(3):CD007726. doi: 10.1002/14651858.CD007726.pub3. PMID: 29605970; PMCID: PMC8407230.
antipsychotic drugs and geriatrics	4 hits → na TiAb: 2 artikels → na full text: 2 artikels + via snowball: 0	*1) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Stichele RV, Declercq T, Christiaens T. Discontinuation of Long-Term Antipsychotic Drug Use for Behavioral and Psychological Symptoms in Older Adults Aged 65 Years and Older With Dementia. J Am Med Dir Assoc. 2018 Nov;19(11):1009-1014. doi: 10.1016/j.jamda.2018.06.023. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30100234.* *2) Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Vander Stichele R, Declercq T, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 1;3(3):CD007726. doi: 10.1002/14651858.CD007726.pub3. PMID: 29605970; PMCID: PMC8407230.*

Bijlage 9: Panelgesprekken

Bijlage op te vragen bij de auteurs.