



Visietekst Vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen

Werkgroep Dwang & Drang: Servaas Sierens, Loïc Moureau, Geert Gardin, Charlotte Vandaele, dr. An Vermassen, Johan Logie, Joeri Alleweireldt, Hilde Henderyckx, Bart Devlieghere, Christine Corbillon.

Eindredactie: Geert Gardin

Versie: 16/07/2020

INHOUD

DEEL I: ALGEMENE VISIE ROND VRIJHEIDSBEPERKENDE EN - BEROVENDE MAATREGELLEN	4
1.1 Algemeen.....	4
1.1.1 Inleiding.....	4
1.1.2 Definities.....	4
1.1.3 Belangrijke uitgangspunten.....	6
1.1.4 De waarden van waaruit zorggebruikers worden benaderd.....	7
1.2 Preventief beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen	8
1.2.1 Het crisisontwikkelingsmodel.....	8
1.2.2 Het safewards model.....	9
1.2.3 Opleiding en training van de medewerkers.....	10
1.2.4 Onthaal van de zorggebruiker.....	11
1.2.5 Risico taxatie.....	11
1.2.6 Gebruik signaleringsplan.....	12
1.3 Doordacht gebruik van vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen.....	12
1.3.1 Procedures en protocollen.....	12
1.3.2 Beschrijving van de alternatieven.....	13
1.3.3 Nabespreking.....	13
1.3.4 De zorggebruiker en de familie betrekken.....	14
1.3.5 Infrastructuur.....	14
1.4 Evaluatie van het beleid rond vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen.....	15
1.4.1 PDCA cirkel.....	15
1.4.2 Omgaan met afdelingsregels.....	16
1.4.3 Registratie en analyse.....	17
DEEL II : Concrete toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.....	19
2.1 Afzonderen en fixeren	19
2.1.1 Inleiding.....	19
2.1.2 Definities.....	19
2.1.3 Wettelijk kader	20

2.1.4	Therapeutische principes.....	25
2.1.5.	Procesverloop.....	26
BRONNEN	29

DEEL I: ALGEMENE VISIE ROND VRIJHEIDSBEPERKENDE EN – BEROVENDE MAATREGELEN

1.1 Algemeen

1.1.1 Inleiding

In de behandeling van de zorggebruikers focussen we ons binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw op de **krachten en competenties** van zorggebruikers. Iedere zorggebruiker is uniek en heeft een op maat gemaakte behandeling. Zorggebruikers hebben **inspraak** en worden gezien als hun eigen expert. De familie en de context worden absoluut betrokken in de behandeling.

In het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw zetten we ten allen tijde in op dialoog en dialoog. Daarom doen we verregaande inspanningen om **dwang- en vrijheidsbeperkende maatregelen te beperken**. Deze maatregelen zullen enkel gebruikt worden als laatste optie, als er echt geen alternatieve oplossing meer bestaat om de veiligheid van de zorggebruiker en zijn omgeving te garanderen.

Het voorkomen van dwang – en vrijheidsbeperkende maatregelen geniet steeds de voorkeur. Daarom dient steeds maximaal ingezet te worden op een zo breed mogelijk **preventiebeleid**. Toch kunnen bepaalde situaties zo evolueren dat de veiligheid van de zorggebruiker en zijn omgeving ernstig in gevaar komen.

Deze maatregelen dienen steeds in verhouding te zijn met het risico. De minst ingrijpende maatregel geniet steeds de voorkeur.

1.1.2 Definities

In verschillende sectoren worden soms andere definities en begrippenkaders gebruikt met betrekking tot dwang – en vrijheidsbeperkende maatregelen. Dat zorgt vaak voor verwarring. Daarom richtte het Departement WVG (Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) een intersectorale administratieve werkgroep op om tot uniforme definities te komen.

De intersectorale werkgroep kwam tot volgende definities voor **vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen** die het Departement WVG op 18 februari 2019 goedkeurde:

1. Dwang

Er is sprake van **dwang** wanneer een zorggebruiker tegen zijn wil wordt genoodzaakt iets te doen of te laten.

- **Dwangbehandeling** is een behandeling die wordt toegepast op (1) een zorggebruiker die in staat is zijn toestemming te geven, maar dit weigert, of op (2) een zorggebruiker die niet in staat is toe te stemmen, maar zich tegen de behandeling verzet.
- **Dwangmedicatie** is het toedienen van medicatie (bv. kalmeringsmiddelen) aan (1) een zorggebruiker die in staat is zijn toestemming te geven, maar dit weigert, of aan (2) een zorggebruiker die niet in staat is toe te stemmen, maar zich tegen het toedienen van de medicatie verzet.

2. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle maatregelen die een beperking van keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid en/of contact met de buitenwereld van de zorggebruiker inhouden.

3. Vrijheidsberovende maatregelen

Vrijheidsberovende maatregelen zijn alle maatregelen die een beperking van de bewegingsvrijheid van de zorggebruiker inhouden.

4. Toestemming

- **Eigen vraag:** het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de zorggebruiker.
- **Toestemming:** het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de zorgverlener en de zorggebruiker stemt hiermee in.
- **Verzet:** het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de zorgverlener, maar de zorggebruiker geeft geen toestemming of verzet zich merkbaar (verbaal en/of fysiek) tegen de interventie.
- **De zorggebruiker kan geen toestemming geven en kan zich ook niet verzetten.**

5. Afzondering

Afzondering is het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een andere individuele ruimte, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.

6. Fixatie

Fixatie is elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een zorggebruiker beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de zorggebruiker niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen.

Fixatie kan op drie wijzen worden toegepast:

- **Fysieke interventie:** fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere zorgverleners op een fysieke wijze

vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen.

- **Mechanische fixatie:** fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden.
- **Medicamenteuze fixatie:** fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie.

1.1.3 Belangrijke uitgangspunten

1. De focus ligt op het voeren van een preventief beleid en het zoeken naar alternatieven.
2. Dialoog en participatief werken met de zorggebruiker zelf en / of zijn wettelijke vertegenwoordiger staan steeds centraal. Vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen kunnen enkel na interdisciplinair overleg.
3. We kiezen steeds voor de minst ingrijpende maatregel (subsidiariteit) die in verhouding staat tot de situatie (proportionaliteit).
4. Bij aanvang van een vrijheidsbeperkende of –berovende maatregel wordt onmiddellijk een plan van afbouw uitgewerkt. Het uitgangspunt is dat vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen steeds een tijdelijk karakter hebben.
5. Vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen worden op regelmatige basis geëvalueerd. Elk zorgoverleg is ook een aanleiding om deze maatregelen te herbekijken.
6. Bewust omgaan met vrijheidsbeperkende of –berovende maatregelen vereist deskundigheid. Daarom hechten we veel belang aan opleiding en vorming.
7. De visie op agressie vertrekt vanuit het crisisontwikkelingsmodel dat op individuele basis analyseert hoe iemand ‘in crisis’ gaat en welke individuele handelingsafspraken daar tegenover staan die gericht zijn op het de-escaleren van de situatie.
8. Veiligheid is het basisprincipe, zowel op vlak van materiaal als het handelen op zich. Hiervoor zijn duidelijke richtlijnen en voorschriften uitgewerkt en deze worden nauwgezet opgevolgd.
9. We voorzien bij een incident goede nazorg voor alle betrokkenen.

1.1.4 De waarden van waaruit zorggebruikers worden benaderd

1. Autonomie en zelfbeschikking

Autonomie is ontegensprekelijk een centrale waarde en uitgangspunt in de zorg. Verbonden met autonomie zijn individuele vrijheid en het recht/vermogen om zelfstandig keuzes te kunnen maken. Een weerspiegeling van deze waarde in de GGZ is het uitgangsprincipe van ‘geïnformeerde toestemming’: het recht van de patiënt om op goed geïnformeerde basis de zorg vorm te kunnen geven en behandelingen te aanvaarden of juist af te wijzen. Toch zijn er ook grenzen aan autonomie: Joh Stuart Mill beargumenteerde reeds dat de grenzen van de persoonlijke vrijheid daar zijn waar deze botsen op de vrijheid van de ander. Zo mag mijn handeling de ander geen schade berokkenen.

2. Subsidiariteit

Vrijheid en veiligheid worden vaak als tegengestelden op een continuüm gezien. Het is inderdaad zo dat bepaalde vrijheden soms moeten worden ingeperkt om voldoende veiligheid in een bepaalde situatie te realiseren. Zo is het belangrijk dat ook zorgverleners hun taak binnen de voorzieningen op een veilige manier kunnen uitvoeren. Zonder het realiseren van een basisveiligheid voor zorgverleners kan goede zorg immers niet tot bloei komen. Veelal kan deze veiligheid worden gerealiseerd door goede afspraken te maken en aangepaste randvoorwaarden te creëren. Soms zijn bepaalde vrijheidsbeperkende of – berovenden maatregelen echter nodig om veiligheid te garanderen. Toch moet bij elke maatregel een afweging worden gemaakt tussen doel en middelen. Bij deze afweging geniet de minst ingrijpende maatregel steeds de voorkeur.

3. Proportionaliteit

Vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen moeten het evenwicht houden tussen doel en middelen, tussen teveel en te weinig. Zo kan het zijn dat voor een angstige zorggebruiker tijd maken voor een goed gesprek doeltreffender is dan het toedienen van sederende medicatie. Anderzijds kan in bepaalde situaties een gesprek juist te weinig zijn om ernstige schade te voorkomen. Deze moeilijke afweging moet worden gemaakt in grondig overleg maar ook met vertrouwen in de deskundigheid van het zorgverlenend team. Het is belangrijk om mee te nemen dat vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen vaak geen situaties zijn van ‘alles of niets’, maar juist een gradueel gegeven gaande van motiveren over aandringen, dreigen of dwingen.

4. Open communicatie en mildheid

Een ander belangrijk element is open communicatie. Deze grondhouding is van groot belang op verschillende niveaus binnen de voorziening en naar verschillende betrokkenen toe. In de eerste plaats gaat het om het verstrekken van informatie naar de zorggebruiker zelf toe. Zelfs wanneer een zorggebruiker (tijdelijk) niet in staat is om wilsbekwaam een keuze te maken, hebben zorgverleners toch de plicht deze persoon zo goed mogelijk te informeren over wat er gebeurt. Goede

communicatie en verschillende gradaties van onderhandeling kunnen in vele gevallen ook vergaande dwangmaatregelen voorkomen.

Goede informatie-overdacht is ook belangrijk naar naastbetrokkenen toe. Vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen kunnen immers een grote impact hebben op naasten, die vaak minder vertrouwd zijn dan de zorggebruiker of zorgverleners– ook al is de impact op deze laatsten elk op hun manier zeker niet te onderschatten. Ook voor zorgverleners zelf is het belangrijk dat zij over hun ervaringen met vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen kunnen uitwisselen en kunnen reflecteren over wat goed ging, wat men in de toekomst beter anders aanpakt enz. Hiervoor tijd en ruimte maken maakt dus integraal deel uit van goede zorg, die maar kan groeien leren vanuit de fouten die soms onvermijdelijk worden gemaakt. Mildheid speelt hierin dus een voorname rol.

5. Beschermwaardigheid, integriteit en respect

In de zorg werken we met kwetsbare personen, die het verdienen om met respect behandeld te worden en met aandacht voor het behoud van psychische en mentale integriteit. Het opkomen voor de beschermwaardigheid van een zorggebruiker tijdens een afzondering gedurende een crisismoment is geen gemakkelijke opgave. Goede zorg betekent dat hier rekening wordt gehouden met tal van factoren. Toch kunnen kleine tekenen van een respectvol omgaan met een zorggebruiker het cruciale verschil maken in de beleving van de actoren en dus tussen ‘goede zorg’ of zorg die niet aan deze benaming voldoet. Zo kan bijvoorbeeld het waar mogelijk in rekening brengen van gendergevoeligheden een wereld van verschil maken en de basis leggen voor een blijvende vertrouwensband en de weg naar genezing en herstel bespoedigen. Ook is het belangrijk om aandacht te hebben voor deze personen die juist niet in staat zijn tot verweer, en zo vaak gemakkelijker het voorwerp worden vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen.

1.2 Preventief beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen

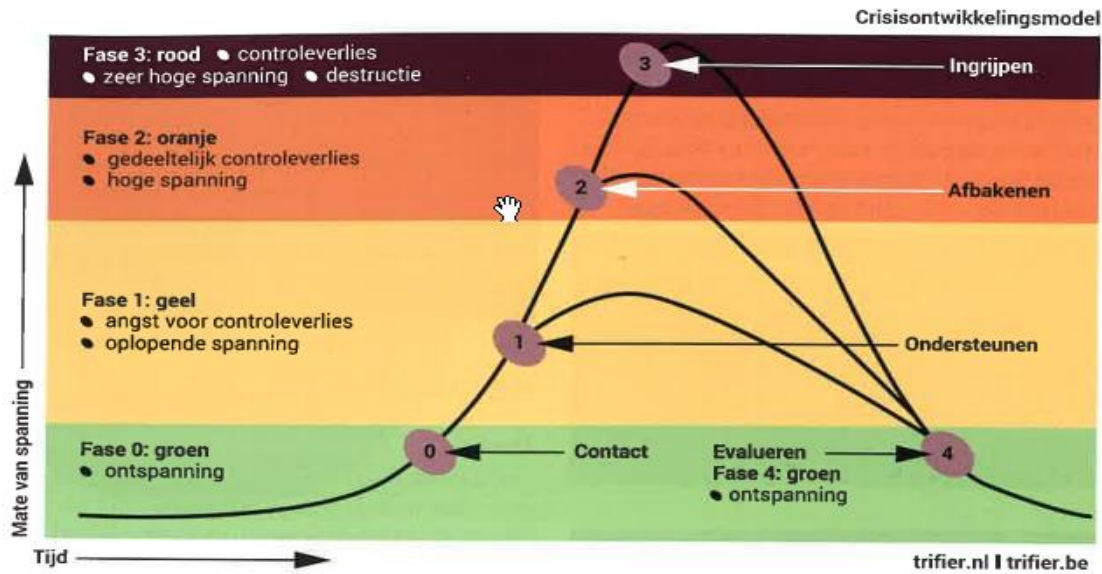
1.2.1 Het crisisonwikkelingsmodel

Als algemeen theoretisch referentiekader hanteren we het ‘crisisonwikkelingsmodel’.

Bij het crisisonwikkelingsmodel worden de verschillende stadia behandeld die een crisis in theorie kan doorlopen, met daarnaast de verschillende attitudes en interventiemogelijkheden. Bij de ontwikkeling van een crisis wordt hier uitgegaan van het toenemend gevaar voor controleverlies, bij een verandering in het normale gedrag.

Dit model is in principe algemeen toepasbaar. Men spreekt dan ook van een beschrijvend model, in tegenstelling tot verklarende modellen. (ALTIJD TOEPASBAAR)

Het geeft geen verklaring voor de ontstane crisis, maar beschrijft deze wel in concrete en gradueel opbouwende fasen. Het leent zich hierdoor ook uitstekend voor evaluatiebesprekingen achteraf.

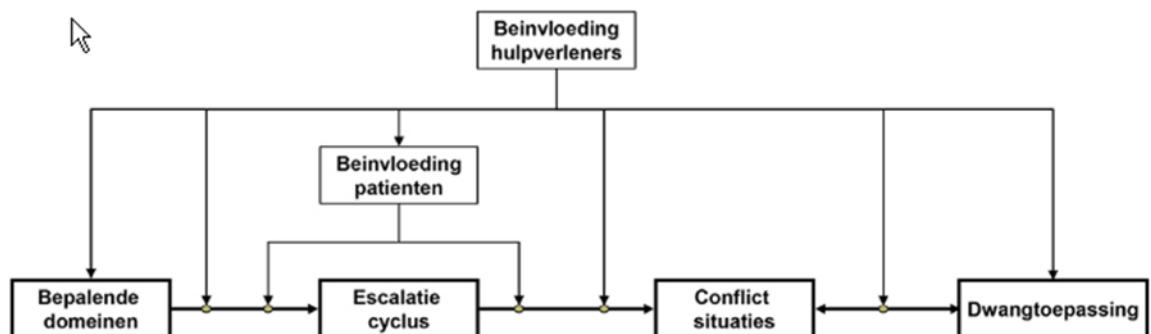


1.2.2 Het Safewards model

Het Safewards model is ontwikkeld ter ondersteuning van veilige en evidence based zorg voor mensen die in een psychische crisis verkeren. Het safewards model is het resultaat van jarenlang onderzoek waarin nagegaan werd waarom er zoveel variatie was in conflict en dwangmaatregelen tussen afdelingen die met eenzelfde doelpubliek aan de slag gaan.

Het model leert ons vooral dat de hoeveelheid aan conflictsituaties, waarop dan niet zelden geantwoord wordt met dwang, bepaald wordt door heel wat domeinen, eigen aan een ziekenhuis.

Te vaak wordt gedacht dat de bepalende factor van conflict te zoeken is bij de zorggebruiker. Uit het onderzoek van Len Bowers leren we dat er heel wat domeinen bepalend zijn, en dat een aantal interventie implementeren in de werking een significante daling in conflictsituaties kan teweeg brengen.



Vanuit zes 'bepalende domeinen' kunnen situaties ontstaan waaruit een escalatie en conflicten kunnen voortvloeien. Deze bepalende domeinen maken deel uit van de klinische realiteit op de afdeling. Het betreft:

- 1. Behandelteam en functioneren van het team
- 2. Fysieke kenmerken van de behandelafdeling
- 3. Externe stressoren (buiten ziekenhuis)
- 4. Interactie tussen zorggebruikers
- 5. Kenmerken van de zorggebruiker
- 6. Wettelijk kader en regelgeving

OP basis van deze kennis zijn 10 interventies ontwikkeld die significant effect hebben op de hoeveelheid aan conflicten.

- Wederzijdse verwachtingen;
- Bemoedigende woorden;
- Verbale de-escalatie technieken;
- Positieve communicatie;
- Slecht nieuws opvangen;
- Elkaar leren kennen;
- Wederzijdse steun bijeenkomsten;
- Kalmering methoden;
- Geruststelling;
- Ontslag boodschappen.

1.2.3 Opleiding en training van de medewerkers

Het vermijden van vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen vraagt bepaalde vaardigheden en competenties van de zorgverleners op de werkvloer. Het is dan ook van grote waarde om te investeren in de vorming van de zorgverleners.

Vaak kan het gebruik van vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen voorkomen worden door een andere kijk op het gedrag van de zorggebruiker. Daarin speelt vorming van zorgverleners een sleutelrol.

Wanneer vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen toch moeten worden toegepast, is het belangrijk dat het correct gebeurt. Ook hiervoor volgen zorgverleners best aangepaste opleidingen.

Een theoretische en praktijkgericht bijscholingsprogramma omtrent vrijheidsbeperkende en - berovende maatregelen wordt op regelmatige basis aangeboden met als doelstellingen:

- Complexiteit van de materie verkennen.
- Belang van preventie onderkennen.
- Communicatieve vaardigheden opbouwen.

- Inoefenen van immobilisatie en de-escalatietechnieken.
- Afzonderen en fixeren in de praktijk: van voorbereiding tot nazorg
- Gebruik van hulpmiddelen (noodoproep, dect, assistentieoproep)

1.2.4 Onthaal van de zorggebruiker

Werken aan een positief leefklimaat in de organisatie is een belangrijk onderdeel van het preventief beleid rond vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen.

In een positief leefklimaat ervaren zorgverleners en zorggebruikers meer onderling vertrouwen. Er is ook meer ruimte voor communicatie en dialoog. Daardoor is het mogelijk om samen op zoek te gaan naar de best passende oplossingen.

Dat heeft dan op zijn beurt een positieve invloed op de kwaliteit van leven van de zorggebruiker.

- Zorggebruikers worden over algemene afspraken en verwachtingen geïnformeerd.
- Er wordt hieraan voldoende aandacht besteed bij het onthaal van nieuwe zorggebruikers.

1.2.5 Risico taxatie

Binnen de zorgverlening worden we met heel wat veiligheidsrisico's geconfronteerd. De meest voorkomende veiligheidsrisico's in de zorgprocessen zijn verbonden met de **thema's agressie, suïcide, automutilatie, verdwijningen, intoxicatie van middelen en vallen.**

Om deze veiligheidsrisico's te kunnen voorkomen is het belangrijk enkele juiste signalen in acht te houden en te herkennen. Binnen ons ziekenhuis willen we dan ook bij iedere zorggebruiker vanaf de opname, stilstaan bij de verschillende risico's. Een risico inschatting baseert zich op de gerichte bevraging van de zorggebruiker of het klinisch oordeel van de zorgverlener, op basis van het toestandsbeeld, het patiëntendossier en/of inbreng van de zorggebruiker zijn context (indien dit mogelijk is). Het is dus mogelijk dat een zorgverlener, op basis van zijn klinische inschatting of bevraging van de familie, inschat dat er een risico is, zonder dat de zorggebruiker dit zelf aangeeft.

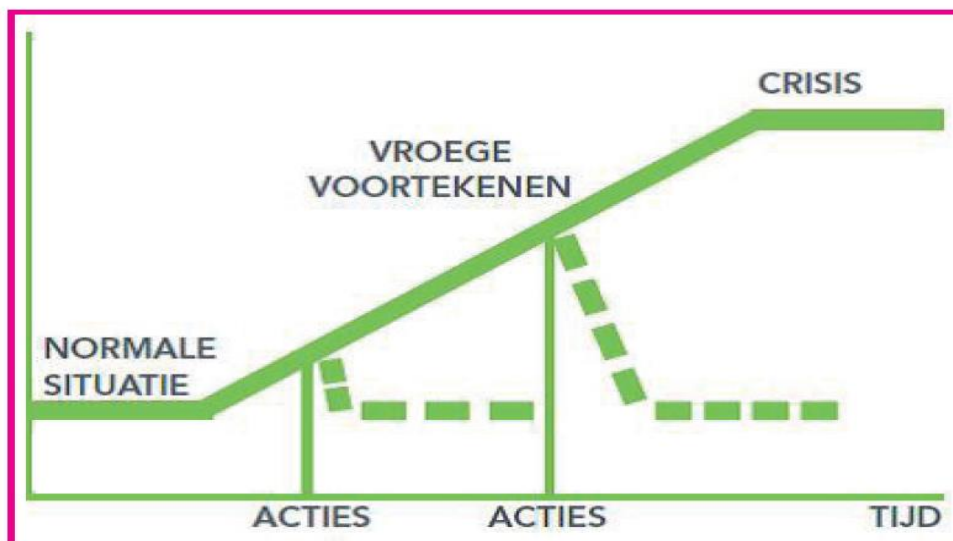
Bij zorggebruikers die een verhoogd of ernstig risico vertonen op een van de bovenstaande thema's, kan er een **signaleringsplan** opgemaakt worden, bij voorkeur in samenwerking met de zorggebruiker. Dit signaleringsplan helpt de zorggebruiker en de zorgverleners om incidenten te vermijden. Uiteraard wordt dit signaleringsplan opgemaakt op een moment waar de zorggebruiker

in staat is dit op een constructieve manier te doen.

1.2.6 Gebruik signaleringsplan

Een signaleringsplan wordt gemaakt op maat van de zorggebruiker, als middel voor het vroegtijdig detecteren van toenemende emotionele spanning van de zorggebruiker, alsook het inventariseren van manieren waarop zorgverleners en de zorggebruiker best reageren in deze situatie. Het wordt opgesteld met oog op vroeg-signalering, en aldus de preventie van escalatie of crisis.

In de volgende afbeelding staat dit proces schematisch voorgesteld:



Het ontstaan van een crisis wordt hier voorgesteld als een stijgende lijn. Linksonder in de grafiek staat de normale situatie weergegeven: er is niets aan de hand. Rechtsboven in de grafiek is er sprake van een ernstige crisis.

Door te werken met een signaleringsplan proberen we het niet zo ver te laten komen.

Door alert te zijn kunnen we vroege voortekenen signaleren en tijdig acties ondernemen om een crisis te voorkomen. Deze acties moeten het oorspronkelijk evenwicht herstellen. In de afbeelding geven we dit evenwichtsherstel weer met stippellijnen.

1.3 Doordacht gebruik van vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen

1.3.1 Procedures en protocollen

Alle handelingen in verband met de toepassing van vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen horen volgens vastgelegde interne procedures en protocollen te verlopen.

Deze beschrijven op een systematische manier de werkwijze die men volgt bij de toepassing van vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen: welke stappen gezet worden, door wie, op welke manier en in welke volgorde.

1.3.2 Beschrijving van de alternatieven

Wetenschappelijk onderzoek heeft veelvuldig aangetoond dat het gebruik van alternatieven voor vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen, zoals comfortrooms, het gebruik van materiaal rond valpreventie, dwaalgangen, signalisatiemateriaal enz. het inzetten van vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen met een heel groot aandeel kunnen beperken. Vanuit onder meer het principe van proportionaliteit dient dan ook geïnvesteerd te worden in die zaken waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat zij het gebruik van dwang significant kunnen verminderen.

Eerst worden dus alle mogelijke alternatieven geëxploreerd:

- verbale interventies, gericht op herstel van rust en herstel van contact;
- gebruik van het signaleringsplan, crisiskaart, crisisvaardigheden, emotieregulatie;
- stimuleren van alternatieve coping in dialoog met de patiënt;
- aanbieden van kalmerende of ondersteunende medicatie;
- aanbieden van rustgevende, afleidende of ontladende activiteiten (wandelen, muziek...);
- bieden van non-verbale nabijheid, schouder aan schouder begeleiding;
- verhogen van toezicht bij middel van extra zorg en communicatie;
- aanbieden van kamerrust voor een afgebakende periode;
- gebruik maken van een comfortroom;
- ...

De minst vrijheidsbeperkende maatregelen genieten steeds de voorkeur!

1.3.3 Nabespreking

Het uitoefenen van vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen heeft een grote impact op alle betrokkenen. Hierover in team, met de zorggebruikers en de familie of derden over in gesprek kunnen gaan en kunnen reflecteren is dan ook bijzonder aangewezen. Het uitwisselen van ervaringen hierover kan een belangrijke voorwaarde zijn voor het uitbouwen van een goede vertrouwens- en

zorgrelatie en kan in sommige gevallen ook aanleiding zijn om bepaalde procedures, gewoonten of beleid rond vrijheidsbeperkende – of berovende maatregelen te herzien.

1.3.4 De zorggebruiker en de familie betrekken

De zorggebruiker en de familie informeren over het beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen via de onthaalbrochure en via specifieke folders is zeer belangrijk en zorgt ervoor dat deze maatregelen beter begrepen kunnen worden.

Ook na het toepassen van vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen is het betrekken van zorggebruiker en de familie uitermate belangrijk (zie 3.3 Nabespreking) voor de beleving en voor de kritische reflectie van het beleid.

1.3.5 Infrastructuur

1. Comfortroom

Een **comfortroom** is een ruimte voor de-escalatie, ingericht als een rustgevende omgeving door gebruik te maken van aangename, rustgevende materialen en zintuiglijke prikkels. De zorggebruiker dient een comfortroom steeds op zelfstandige wijze te kunnen verlaten.

Het gebruik van een comfortroom draagt bij aan het bieden van humane zorg. Het is een veilige en therapeutische plaats waar stress verminderd kan worden. De zorggebruikers kunnen bepaalde kalmerende of zelfmanagementtechnieken aanleren om hun agitatie- of stressgehalte te reduceren. De comfortroom zorgt voor een reductie van negatief acting-out gedrag, zoals zelfverwonding en agressie. Een comfortroom is over het algemeen veilig en functioneel, maar huiselijk en gezellig ingericht.

2. Afzonderingskamer

Een **afzonderingskamer** is een specifiek veilig ingerichte, hoog beveiligde ruimte, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.

Een afzonderingskamer voldoet aan alle veiligheidsvoorwaarden (o.m. brandgevaar) en garandeert privacy en comfort.

1.4 Evaluatie van het beleid rond vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen

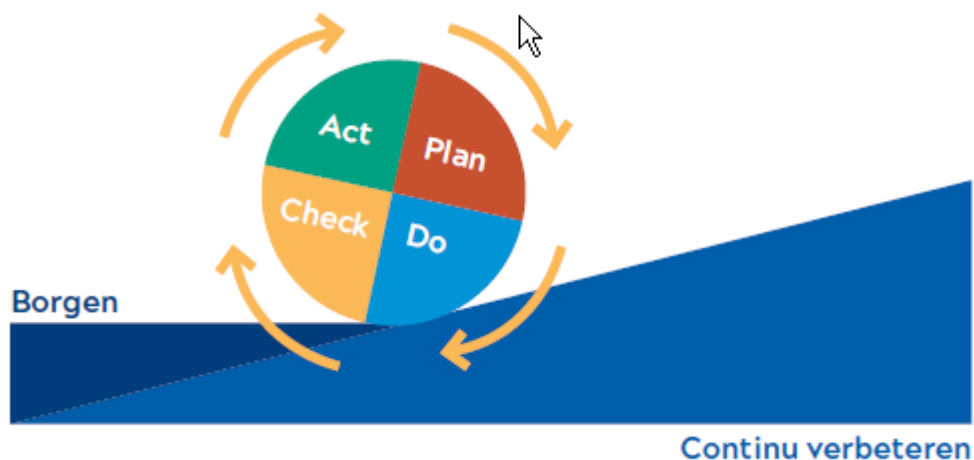
1.4.1 PDCA cirkel

Het gebruik van vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen mag geen vanzelfsprekendheid zijn. Werken aan een bewuster beleid voor de toepassing van vrijheidsbeperkende of – berovende maatregelen is een continu proces in de organisatie. De verbetering van kwaliteit van leven van de zorggebruikers is een permanent streefdoel.

PDCA is de afkorting van Plan, Do, Check, Act. De PDCA-cirkel is een methodiek die helpt om je werkzaamheden continu te evalueren en bij te sturen. Het helpt om te waken over de kwaliteit en de voortgang van verbeterprocessen. Kortom, een methodiek om je werking rond vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen continu te verbeteren.



Het gaat om een continu proces, men begint telkens opnieuw. Zo blijft de cirkel in beweging. Zorg er wel voor dat wat men leert tijdens het proces niet verloren gaat, dat het geborgd is [borgen].



1.4.2 Omgaan met afdelingsregels

Naast de opgenoemde begrippen (zie 1.2 Definities) zijn er nog heel wat andere vrijheidsbeperkende maatregelen. In de toekomst wil men ook een aantal begrippen duidelijk omschrijven. Zo overweegt men om een opdeling te maken in collectieve en individuele vrijheidsbeperkende maatregelen.

1. Structurele vrijheidsbeperkende maatregelen

Regels en afspraken die gelden voor de hele leefgroep of afdeling.

Hierbij is een onderscheid mogelijk tussen leefregels en grensregels:

- **Leefregels** regelen het dagelijkse leven: de dagstructuur, de contacten en activiteiten, wat niet mag en wat moet om het goede samenleven en het goede samenwerken in een voorziening mogelijk te maken.
Voorbeelden: vaste uren voor maaltijden, huiswerk, bezoekenregeling, gebruik gsm tijdens de therapie...
Deze regels worden liefst ook regelmatig geëvalueerd met de zorggebruikers.
- **Grensregels** zijn ‘minimumregels’ die fundamentele waarden beschermen. Ze duiden aan wat ontoelaatbaar is.
Voorbeelden: geen fysiek geweld gebruiken, geen dwang uitoefenen, zichzelf en anderen geen ernstige schade toebrengen.

Structurele vrijheidsbeperkende maatregelen zijn soms noodzakelijk om het samenleven in een organisatie of afdeling mogelijk te maken, maar:

- Deze maatregelen worden zoveel mogelijk beperkt tot wat strikt noodzakelijk is.
- Deze maatregelen worden weergegeven in een onthaalbrochure of huishoudelijk reglement.
- Deze maatregelen worden op regelmatige tijdstippen geëvalueerd. Daarbij garanderen we de inspraak van de zorggebruikers via de Patiënten Team Ontmoetingen (PTO's). (zie 4.1 PDCA cirkel)

2. Individuele (situatieve) vrijheidsbeperkende maatregelen

Deze maatregelen kunnen afgesproken worden voor elke zorggebruiker afzonderlijk in een behandelplan. Dit kunnen beperkingen zijn om medische redenen, uit veiligheidsoverwegingen of louter ter bescherming van de zorggebruiker. In dit geval kunnen wij spreken van voorzienbare vrijheidsbeperkende maatregelen.

Daarnaast kan het ook gaan om een individuele, incidentiële of situationele vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is een reactie op een concrete, acute, problematische situatie, een escalatie, een agressie-incident.

Individuele vrijheidsbeperkende maatregelen zijn soms noodzakelijk om acute problematische situaties aan te pakken, maar:

- Deze maatregelen worden zoveel mogelijk beperkt tot wat strikt noodzakelijk is.
- Deze maatregelen worden ieder interdisciplinair en disciplinair overleg grondig geëvalueerd en besproken met de zorggebruiker en waar mogelijk stop gezet. (zie 4.1 PDCA cirkel).
-

1.4.3 Registratie en analyse

Met registratie krijgen we in de eerste plaats zicht op hoe vaak, hoe lang, met welke middelen en op welke manier vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen bij een zorggebruiker toegepast worden. Zo kan je de evoluties bij individuele zorggebruikers beter volgen. (zie 4.1 PDCA cirkel).

Het registreren van de genomen stappen zorgt er verder voor dat we geen stappen overslaan of zaken uit het oog verliezen.

Om het beleid en de praktijk rond vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen goed te kunnen opvolgen en te evalueren, hebben we cijfers en data nodig. Door het vaststellen van schommelingen, afwijkingen of trends in de cijfers krijgen we meer zicht op de mogelijke oorzaken.

Op mesoniveau (organisatie) en macroniveau (beleid van de organisatie) kunnen we hieruit een aantal indicatoren afleiden die ons helpen voor het bijsturen van het algemeen beleid van de organisatie.

Voor afzondering en fixatie zijn een aantal registraties sterk aanbevolen vanwege de overheid. In maart 2019 kwam er een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Daarin vinden we een opsomming van wat we in de sector geestelijke gezondheidszorg moeten registreren bij afzondering en fixatie

1. het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
2. onder welke omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;
3. het tijdstip van begin en einde;
4. de naam van de arts die de maatregel heeft gestart of bevestigd;

5. de eventuele verwondingen bij de zorggebruiker en/of de hulpverleners;
6. de eventuele opmerkingen van de zorggebruiker met betrekking tot het verloop van de afzondering of de fixatie;
7. de tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht.

Deel II : CONCRETE TOEPASSINGEN VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE EN - BEROVENDE MAATREGELEN

2.1. Afzonderen en fixeren

2.1.1 Inleiding

Afzonderen met of zonder fixeren van een zorggebruiker is een zeer ingrijpend beuren. Uit onderzoek blijkt dat afzonderen met of zonder fixeren door de zorggebruiker vaak als zeer traumatiserend, kwetsend en vernederend ervaren wordt. Het is dan ook logisch dat afzonderen met of zonder fixeren enkel kan toegepast worden in zeer uitzonderlijke gevallen, als laatste redmiddel en bij duidelijk omschreven indicaties. Indien er toch gekozen wordt voor afzonderen met of zonder fixeren, dan dient dit steeds te gebeuren in een open dialoog met de zorggebruiker.

Ook voor de familie en de omgeving van de zorggebruiker is afzonderen met of zonder fixeren een moeilijk gegeven. Zorgverleners dienen daar zorgzaam mee om te gaan. Een correcte, open communicatie met de familie en de omgeving, hen actief bij dit gebeuren betrekken, met respect voor de privacy van de zorggebruiker, zijn hier zeker aangewezen.

Daarnaast is afzonderen met of zonder fixeren ook voor de zorgverleners een ingrijpende gebeurtenis. Een zorggebruiker afzonderen met of zonder fixeren betekent automatisch dat de zorgverlener kiest voor een intensieve behandeling. Dit betekent dat men een verhoogd toezicht, meer nabijheid en een deskundige begeleiding waarborgt, zodat voldoende veiligheid kan worden gegarandeerd en het contact met de zorggebruiker kan worden hersteld. Zorgverleners dienen al het mogelijke te doen, opdat deze extreme vorm van vrijheidsbeperking zo snel als mogelijk kan worden afgebouwd of beëindigd en de behandeling in een ongedwongen karakter kan worden verder gezet.

2.1.2 Definities

Afzondering is het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een andere individuele ruimte, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.

Fixatie is elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een zorggebruiker beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de zorggebruiker niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen.

Fixatie kan op drie wijzen worden toegepast:

- Fysieke interventie: fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere zorgverleners op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen.
- Mechanische fixatie: fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden.
- Medicamenteuze fixatie: fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie.

2.1.3 Wettelijk kader

Een expliciet wettelijk kader voor vrijheidsbeperkende maatregelen is er niet. Wettelijke bepalingen zijn enkel af te leiden uit Koninklijke Besluiten, wetten en omzendbrieven waarin er melding van wordt gemaakt. De **vrijheid van elke persoon is een basisrecht**, vastgelegd in verschillende verklaringen, verdragen en wetten.

Vrijheid als basisprincipe in internationaal recht en Belgische wetgeving

Vrijheid is een grondrecht. Het afzonderen met of zonder fixeren van een zorggebruiker is als vrijheidsbeperkende maatregel principieel in strijd met de Universele Verklaring van de rechten van de mens (art.3), het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (art.5) en met de Belgische Grondwet (art.12).

***Art.3:** Een ieder heeft het recht op leven, vrijheid en onschendbaarheid van zijn persoon.*

***Art. 5:** Een ieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon. Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen, behalve in de navolgende gevallen en overeenkomstig een wettelijk voorgeschreven procedure.*

***Art. 12:** De vrijheid van de persoon is gewaarborgd. Niemand kan worden vervolgd dan in de gevallen die de wet bepaalt en in de vorm die zij voorschrijft.*

Wet betreffende de rechten van de patiënt (2002)

De Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22/08/2002 (Belgisch Staatsblad 26/09/2002) bevat zeer belangrijke elementen. Deze wet omschrijft de meest essentiële rechten van de

zorggebruiker, rechten die afdwingbaar zijn. De wet zet belangrijke krijtlijnen uit om doordacht en deskundig gebruik te maken van beschermmaatregelen als afzondering met of zonder fixatie. Volgende artikelen zijn bepalend:

Art. 5: *De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften.*

Art.8, § 1: *De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.*

Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden. Op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

Art.8, § 5: *Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger zoals bedoeld in hoofdstuk IV, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De beroepsbeoefenaar maakt hiervan melding in het artikel 9 bedoelde patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen in voorgaande paragrafen.*

Art.14:

§ 1. *Bij een meerderjarige patiënt die niet valt onder één van de in artikel 13 bedoelde statuten, worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen. De aanwijzing van de in het eerste lid bedoelde persoon, verder "de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger" genoemd, geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt. Dit mandaat kan door de patiënt of door de door hem benoemde vertegenwoordiger via een gedagtekend en ondertekend geschrift worden herroepen.*

§ 2. Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger benoemd of treedt de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger niet op dan worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner.

Indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt.

Indien ook een dergelijke persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt.

Dit is eveneens het geval bij conflict tussen twee of meer van de in deze paragraaf genoemde personen.

§ 3. De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Voor de toepassing van afzondering met of zonder fixatie zet de Wet Patiëntenrechten een belangrijk kader uit. De wet gaat ervan uit dat de zorggebruiker in staat is zijn of haar rechten uit te oefenen en dus geïnformeerde toestemming kan geven (art.8, §1). Als een zorggebruiker zijn of haar rechten niet zelf kan uitoefenen, wordt de toestemming gegeven door de vertegenwoordiger of van een verwant zoals bepaald in het beschreven cascadesysteem (art.14). Als geen enkele vertegenwoordiger wil of kan optreden, of bij conflict, kunnen zorgverleners zelf beslissingen nemen in het belang van de zorggebruiker met de bedoeling een bedreiging van zijn of haar leven of een ernstige aantasting van zijn gezondheid of van een ander te voorkomen.

In acute, urgente situaties kan het belangrijk zijn dat de zorgverlener onmiddellijk een noodzakelijke tussenkomst uitvoert in het belang van de gezondheid van de zorggebruiker. De wet laat dit toe (art.8, §5 en art 14, § 2). Zodra het **gevaar voor de gezondheid van de zorggebruiker** geweken is, wordt opnieuw geïnformeerde toestemming van de zorggebruiker gevraagd. In de wet staat niet nader omschreven wat een spoedgeval is. Feitelijk zou elke goed overwogen afzondering in een noodsituatie als spoedgeval overwogen kunnen worden.

In het toepassen van afzonderen met of zonder fixeren, ligt dus de klemtoon op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, het aanhoudende overleg met de zorggebruiker, het bevorderen van een gedeelde verantwoordelijkheid in het beslissingsproces en het realiseren van een proactief communicatiebeleid met zorggebruiker en familie. Een consensus wordt nagestreefd en het resultaat wordt genoteerd in het patiëntendossier. Tijdens de toepassing van de vrijheidsbeperkende

maatregel en na de beëindiging ervan wordt aan de zorggebruiker uitgelegd waarom men de maatregel heeft toegepast.

Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (1990)

De Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (26/06/1990) bepaalt aan welke criteria moet worden voldaan om iemand gedwongen te laten opnemen.

Art. 2: De beschermingsmaatregelen mogen, bij gebrek van enig andere geschikte behandeling, alleen getroffen worden ten aanzien van de geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. De onaanpastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden mag op zichzelf niet als een geestesziekte worden beschouwd.

Art.3: Degene die zich vrij laat opnemen in een psychiatrische dienst, kan deze te allen tijde verlaten.

In deze wet worden een drietal voorwaarden gegeven voor een vrijheidsbeperking: er is geen alternatieve behandeling mogelijk, de zorggebruiker is geestesziek en er is sprake van een bedreiging of gevaar voor zijn eigen of andermans gezondheid of veiligheid.

In de uitvoeringsbesluiten (1991) op de Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke worden nog enkele richtlijnen gegeven o.a. het registeren van de dwangmaatregelen in een register met vermelding van de duur, de aard en de medische indicatie; het intensief en regelmatig toezicht door het verpleegkundig personeel tijdens de dwangmaatregel.

Omzendbrief van minister Weckx (1990)

De Omzendbrief van minister Weckx betreffende de afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (24/10/1990) bevat verschillende richtlijnen i.v.m. afzondering en afzonderingsbeleid.

- In deze brief wordt onder een dwangmaatregel verstaan: *“ieder maatregel gericht op de afzondering van een reeds opgenomen patiënt waardoor diens bewegingsvrijheid wordt beperkt. Hierbij doet niet terzake of deze patiënt gedwongen (collocatie) of vrij werd opgenomen.”*

- De rechtvaardigingsgrond waarbij het toegelaten is om een dwangmaatregel toe te passen is het gevaarcriterium: *“de bescherming van de gezondheid en de fysieke en psychische integriteit van de patiënt zijn de belangrijkste maatstaven voor het beoordelen van het geoorloofd karakter van een dwangmaatregel.”*
- Een dwangmaatregel is een therapeutische maatregel. *“De patiënt dient tijdens de afzondering ‘intensieve behandeling en verzorging’ te krijgen. Al het mogelijke zal bovendien moeten gedaan worden opdat de maatregel zo snel mogelijk ongedaan gemaakt kan worden, en de betrokkene op een veilige en menswaardige manier behandeld wordt.”*
- In deze omzendbrief wordt de verantwoordelijkheid voor de beslissing van een dwangmaatregel in de eerste plaats bij de behandelende arts gelegd. *“Gelet op het voorgaande gaat het essentieel om een therapeutische maatregel, waarvoor de behandelende arts zijn verantwoordelijkheid dient op te nemen.”* Wat de uitvoering betreft dienen andere personeelsleden hun verantwoordelijkheid te dragen.
- Ziekenhuizen dienen te komen tot een afzonderingsbeleid waarbij de noden op medisch vlak verzoend worden met de essentiële rechten van de patiënten in deze omstandigheden: *“men zal erover waken dat de patiënt binnen de opgelegde dwangmaatregelen maximale waarborgen inzake comfort en privacy geboden te wordt”*. Het ziekenhuisbeleid betreft de organisatorische omkadering, namelijk het inrichten van veilige afzonderingskamer, én de proceduremaatregelen, namelijk het opstellen van een interne gedragscode voor het nemen van dwangmaatregelen. *“Die gedragscode dient uitvoerig de omstandigheden te beschrijven waarin een dwangmaatregel geoorloofd is alsook de regels die in acht moeten worden genomen bij het gebruiken van de afzonderingskamer.”*
- In deze omzendbrief wordt de registratie van dwangmaatregelen verplicht gemaakt.

Lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen (KB 18/06/1990)

Het afzonderen en aanwenden van fixatiemiddelen zijn technische verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is (KB 18/06/1990).

B1 Fysieke beveiliging - maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht.

Het blijven echter altijd handelingen met medische eindverantwoordelijkheid (KB nr. 78, 10/11/1967).

2.1.4 Therapeutische principes

Een preventief georiënteerd therapeutisch ziekenhuisbeleid, gebaseerd op een holistische, gelijkwaardige en respectvolle bejegening van elke zorggebruiker staat centraal in het zoveel mogelijk voorkomen van vrijheidsbeperkende interventies in de behandeling.

De praktijk toont echter aan dat zorgverleners soms grenssituaties met zorggebruikers ervaren en dan genoodzaakt zijn hun vrijheid te beperken en zelfs dwang uit te oefenen. Zorgverleners handelen dan vanuit hun specifieke deskundigheid en verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid van de zorggebruiker wordt tijdelijk overgenomen tot zijn vermogen geheel of gedeeltelijk hersteld is om zelf opnieuw overwogen keuzes te kunnen maken.

Toch staat in de begeleiding de persoonlijke ontmoeting tussen zorgverleners én zorggebruikers en hun familie steeds centraal. In deze ontmoeting gaat het niet alleen om de inhoud van het overleg, maar ook om de manier waarop alle betrokkenen zich tot elkaar verhouden en met elkaar communiceren. Het menselijk contact is een wezenlijk instrument voor psychisch herstel.

We kiezen dus voluit voor de relationele benadering, ook in situaties van afzonderen met of zonder fixeren. Het is heel belangrijk dat deze benaderingswijze verankerd is in een cultuur waarin de dialoog vanzelfsprekend is en dat daartoe op elke afdeling de nodige ondersteunende voorwaarden gecreëerd worden.

Vrijheidsbeperking of dwang kan nooit als vanzelfsprekend beschouwd worden. Elke vorm ervan moet systematisch en kritisch ter discussie gesteld worden en zo veel mogelijk bespreekbaar gemaakt worden met de zorggebruiker en zijn familie alsook in het team. Zorgverleners beperken tijdelijk de vrijheid van de zorggebruiker om uiteindelijk het vermogen van de zorggebruiker tot zelfredzaamheid en autonomie te versterken. Dit is de paradox in de geestelijke gezondheidszorg. Het is juist vanuit verantwoordelijkheid voor de zorg aan kwetsbare mensen, ook in momenten van crisis, dat vrijheidsbeperkende interventies soms noodwendig zijn.

Bij elke afzondering met of zonder fixatie wordt de maatregel zowel vóór, tijdens en na de uitvoering ervan besproken. Zorgverleners geven informatie over de aard van de maatregel, motiveren de noodzaak ervan en proberen de zorggebruiker te motiveren om mee te werken.

Het is wenselijk dat risicopatiënten en hun familie voorafgaandelijk weet hebben van het feit dat in grenssituaties het gebruik van vrijheidsbeperking of dwang als interventie tot de behandeling of zorg kan behoren.

Gezien het ingrijpend karakter is de aandacht voor de persoonlijke beleving van zorggebruikers en hun familie in situaties van afzonderen met of zonder fixeren essentieel. Het gebeurt immers vaak dat zij de vrijheidsbeperking of dwang op een andere manier beleven dan de zorgverleners bedoelen, namelijk als overmacht, vernedering of straf. Daarom is het belangrijk in het therapeutisch proces om actief te peilen en te luisteren naar de beleving van de zorggebruiker. Hier gaat het om het creëren van tijd en ruimte om samen met de zorggebruiker en zijn familie gevoelens en emoties bespreekbaar te maken, te verhelderen en te zoeken naar de betekenissen ervan.

2.1.5 Procesverloop

1. Maximaal aanwenden van alternatieven

Vooraleer tot afzonderen met of zonder fixatie over te gaan, worden eerst alle mogelijke alternatieven geëxploreerd:

- verbale interventies, gericht op herstel van rust en herstel van contact;
- gebruik van het signaleringsplan, crisiskaart;
- stimuleren van alternatieve coping in dialoog met de patiënt;
- aanbieden van kalmerende of ondersteunende medicatie;
- aanbieden van rustgevende, afleidende of ontladende activiteiten (wandelen, muziek, ...);
- bieden van non-verbale nabijheid, schouder aan schouder begeleiding;
- verhogen van toezicht bij middel van extra zorg en communicatie;
- aanbieden van kamerrust voor een afgebakende periode;
- slaapkledij bij wegloupegevaar (wanneer dit weglopen voor de patiënt of een ander persoon gevaar betekent);
- ...

De minst vrijheidsbeperkende middelen genieten steeds de voorkeur. Desalniettemin dienen hulpverleners er zich duidelijk bewust van te zijn dat heel wat van bovenstaande alternatieven ook vrijheidsbeperkende maatregelen zijn.

2. Indicaties tot afzonderen en fixeren

Afzonderen

Indien alternatieven ontoereikend zijn om de veiligheid van een patiënt of anderen te waarborgen én betrokken patiënt onhanteerbaar gedrag vertoont, kan overgegaan worden naar de hoogste vorm van opgedreven toezicht, namelijk het afzonderen.

Concrete indicaties zijn:

- een ernstig en acuut gevaar ontstaat ten gevolge van destructief gedrag naar zichzelf, anderen (hulpverleners, medepatiënten...) of materiaal.
- een ernstig en acuut gevaar ontstaat ten gevolge van ernstig gedesorganiseerd gedrag (grote mate van realiteitsverlies, extreme verwardheid, extreme ontremming, extreme angstbeleving of een ernstige intoxicatie)
- een ernstig en acuut gevaar ontstaat ten gevolge van ernstig risicogedrag (wegloopgedrag, suïcidegedrag, dreigen met agressie, brandstichting, ...).

Fixeren

Fixatie kan enkel indien er:

- Een ernstig en acuut gevaar ontstaat ten gevolge van destructief gedrag naar zichzelf, anderen of materiaal.
- Een ernstig en acuut gevaar ontstaat ten gevolge van ernstig gedesorganiseerd gedrag (grote mate van realiteitsverlies, extreme verwardheid, extreme ontremming, extreme angstbeleving of een ernstige intoxicatie)

3. Beslissing tot afzonderen en fixeren

De beslissing tot afzonderen met of zonder fixeren is een medische bevoegdheid en gebeurt steeds in overleg met de behandelende arts of de arts van wacht en de verpleegkundigen.

Indien dit wegens urgentie niet kan (bv in zeer acute situaties) kunnen de verpleegkundigen autonoom beslissen tot afzonderen met of zonder fixeren. Het overleg met de behandelende arts of de arts van wacht gebeurt dan post factum, zo snel mogelijk. Dit betekent concreet:

- als de behandelende arts in het ziekenhuis aanwezig is, neemt de verpleegkundige onmiddellijk na het afzonderen met of zonder fixeren, contact op met de behandelende arts;
- als de behandelende arts niet meer in het ziekenhuis aanwezig is, neemt de verpleegkundige onmiddellijk na het afzonderen met of zonder fixeren, gedurende de dag (07.00 uur tot 21.00 uur) contact op met de arts van wacht ;
- als de acute situatie voorvalt gedurende de nacht (21.00 uur tot 07.00 uur), de verpleegkundige dit contact uitstelt tot de volgende morgen, tot op het moment dat de behandelende arts aanwezig is op de afdeling. Uiteraard kan hiervan afgeweken worden indien een samenspraak met de arts van wacht noodzakelijk is of indien een medicatie aanpassing aangewezen is.

4. Doelstellingen

De noodinterventie "afzonderen met of zonder fixeren" beoogt het bieden van verantwoorde zorg, met als doelstellingen:

- beveiligen van patiënt, medepatiënten, personeel;
- controle van patiënt laten terugwinnen over zichzelf en over zijn handelingen;
- aanbieden van rust en bescherming bij extreme agitatie, ernstige agressie naar zichzelf of anderen, ernstig impulsief gedrag, of niet te bedwingen neiging tot zelfverwondend gedrag;
- focus ligt steeds op herstel van de onveilige situatie, naar een normaliserende aanpak.

Het afzonderen met of zonder fixeren gebeurt op de meest veilige en humane wijze, zodat schade tot een minimum herleid worden, zowel voor de patiënt, de omgeving als de hulpverleners.

5. Uitvoering

Voor de concrete uitvoering verwijzen we naar:

- Het protocol 'Afzonderen'
- Het protocol 'Fixeren'

BRONNEN

Adviestekst vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu 2018. Dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg.

Agentschap Zorg en inspectie, Module Vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen 2019. Referentiekader Psychiatrische Ziekenhuizen.

Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

Flutters F.A.J. (2012). Het managen van agressie in de forensische zorg met behulp van het Forensisch Protocol Vroegsignalering.

Gardin G., Van Damme C., (2017). Visietekst vrijheidsbeperkende maatregelen.

Infobrochure Dwang- en Vrijheidsbeperkende maatregelen PZ Onzelvevrouw 2019.

Visietekst Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus 2019. Veilige Zorg: omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen.

Safewards implementatie materiaal, 2015. WWW.Safewards.net/nl/.

Steunpunt Mens en Samenleving 2020. Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen.

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2019. De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2019. De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst.

van Gool, F. (2016) Het crisisontwikkelingsmodel Trifier.