

**Preventie van afzondering en fixatie
in situaties *zonder* ernstig en acuut gevaar, en
de toepassing ervan met toestemming
van de zorggebruiker of zijn vertegenwoordiger**

Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst

Sam Baert¹, Kathleen De Cuyper¹, Tim Opgenhaffen²,
Gilles Droogmans³, Sara Nijs³,
Rosalien De Wachter⁴, Jasper Vanhoof⁴, Theo van Achterberg⁴
Mieke Deschodt⁴, Koen Milisen⁴,
Bea Maes³

¹ LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy, KU Leuven

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven; Vakgroep Privaat en Economisch Recht,
Vrije Universiteit Brussel

³ Vakgroep Gezins- & Orthopedagogiek, KU Leuven

⁴ Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

Woord vooraf

Dit document bevat de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in situaties **zonder ernstig en acuut gevaar**, en de toepassing ervan met **toestemming van de zorggebruiker of zijn vertegenwoordiger**. Het is één van de twee richtlijnen binnen een **intersectoraal richtlijnenkader** voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële zorg- en hulpverlening. Het richtlijnenkader wordt hieronder in detail toegelicht.

Een intersectoraal richtlijnenkader

Dit richtlijnenkader omvat **twee richtlijnen met aanbevelingen** voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie:

1. Een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in de context van **agressie en escalatie**, en de toepassing ervan bij **ernstig en acuut gevaar**
2. Een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in situaties **zonder ernstig en acuut gevaar**, en de toepassing ervan met **toestemming van de zorggebruiker of zijn vertegenwoordiger**.

Deze inleidende tekst heeft tot doel duiding te geven bij:

1. De doelstellingen van het richtlijnenkader en hoe dit te gebruiken;
2. De doelgroepen en sectoren waarvoor het richtlijnenkader ontwikkeld is;
3. Wat afzondering en fixatie precies betekent in de richtlijnen;
4. Hoe in het richtlijnenkader te navigeren;
5. De gebruikte symbolen en kaders in de richtlijnen.

1. Wat zijn de doelstellingen van het richtlijnenkader en hoe is dit te gebruiken?

Dit richtlijnenkader beoogt kwaliteitsverbetering in het voorkomen van afzondering en fixatie, en in het zorgvuldig handelen wanneer deze maatregelen overwogen worden binnen de residentiële zorg en hulpverlening. Het brengt daartoe wetenschappelijke evidentie, evidentie uit het Europese mensenrechtenkader en expertise van zowel professionals, ervaringswerkers, zorggebruikers als hun naasten samen in concrete aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie en de toepassing ervan in gevallen waarin de minder ingrijpende alternatieven niet (meer) effectief blijken.

Preventie staat steeds voorop. De doelstelling tot kwaliteitsverbetering is enkel realiseerbaar binnen een context van maximale inzet op de preventie van afzondering en fixatie. Het uitgangspunt van dit richtlijnenkader is dan ook dat afzonderen en fixeren niet kan, tenzij de minder ingrijpende alternatieven niet (meer) effectief blijken. Enkel in dat geval is afzondering of fixatie als laatste optie te overwegen. Als deze maatregelen niet te vermijden zijn, bieden de richtlijnen handvatten om dat weloverwogen, humaan en veilig te doen. De aanbevelingen over hoe afzondering en fixatie toe te passen, hebben bijgevolg alleen betekenis en zijn uitsluitend te realiseren wanneer eerst de multi-methodische preventieve aanpak is uitgerold. Daarenboven zijn de aanbevelingen – zowel voor preventie als voor toepassing van afzondering en fixatie – enkel uitvoerbaar door inzet en samenwerking van alle stakeholders, met name directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, zorgverleners/begeleiders, vertegenwoordigers van zorggebruikers en hun naasten, betrokken overheden en onderzoekers.

In lijn met de principes van evidence-based practice (e.g., Gorissen, 2017; Haynes et al., 2002; Offringa, Assendelft, & Scholten, 2018) is het doel van de richtlijnen zorgverleners en begeleiders te ondersteunen bij de beslissingen die ze dagdagelijks moeten nemen aangaande preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Deze beslissingen vallen onder het professionele oordeel van bevoegde zorgverleners en begeleiders. Zij stemmen hun professioneel handelen af op de toestand van de zorggebruiker, diens voorkeuren en waarden, en de aanbevelingen uit de richtlijn. Op deze wijze willen de richtlijnen bijdragen aan goed hulpverlenerschap.

Deze richtlijnen zijn opgesteld met het oog op de toekomst. Dit komt omdat - in tegenstelling tot klassieke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen - de aanbevelingen *niet* aangepast zijn aan de huidige haalbaarheid in de praktijk. Deze aanpak heeft tot gevolg dat sommige aanbevelingen bij het verschijnen van de richtlijnen niet onmiddellijk geïmplementeerd kunnen worden. In het laatste deel van de richtlijnen zijn daarom randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen toegevoegd. Deze aanpak is ingegeven door de doelstelling van de richtlijnen, met name het proces van kwaliteitsverbetering inzake preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële voorzieningen ondersteunen.

Figuur 1 De principes van evidence-based practice



2. Voor welke doelgroepen en sectoren is het richtlijnenkader ontwikkeld?

Het richtlijnenkader is ontwikkeld voor alle doelgroepen die verblijven of dagbehandeling volgen binnen residentiële voorzieningen en hospitalisatie-afdelingen van de geestelijke gezondheidszorg, de (forensische) jeugdhulp, de zorg voor personen met een handicap en de ouderenzorg (Figuur 2). De aanbevelingen zijn ontwikkeld op basis van verzamelde evidentie voor deze doelgroepen en sectoren ([zie onderzoeksrapport](#)).

Figuur 2 Overzicht van alle types voorzieningen waarvoor het richtlijnenkader ontwikkeld is, weergegeven per sector (situatie juli 2025)

Ziekenhuizen

- Alle psychiatrische afdelingen van alle algemene en universitaire ziekenhuizen
- Alle geriatrie afdelingen van alle algemene en universitaire ziekenhuizen
- K-afdelingen van alle algemene en universitaire ziekenhuizen
- Alle afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen
- EPSI-afdelingen

Residentiële GGZ

- Psychiatrische verzorgingstehuizen
- Psychosociale revalidatiecentra
- Revalidatiecentra voor verslaving

Residentiële ouderenzorg

- Woonzorgcentra
- Centra voor kortverblijf type 1
- Centra voor herstelverblijf

Residentiële zorg voor personen met een handicap

- Multifunctionele centra (MFC)
- Vergunde zorgaanbieders voor volwassenen met een aanbod (collectief) wonen

Residentiële jeugdhulp (Agentschap Opgroeien)

- Centra voor kindzorg en gezinsondersteuning
- Centra voor integrale gezinszorg
- Onthaal- oriëntatie en observatiecentra
- Observatie- en behandelcentra
- Organisaties voor bijzondere jeugdzorg met module '(beveiligd) verblijf'
- Centra voor ernstige gedrags- en emotionele stoornissen (GES+)
- Gemeenschapsinstellingen (forensische jeugdhulp)

3. Wat zijn de definities van afzondering en fixatie?

De richtlijnen hanteren [het uniform begrippenkader over vrijheidsbeperkende maatregelen van het Departement Zorg](#).

Afzondering = Het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten.¹

Fixatie = Elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de persoon niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen. Fixatie kan op drie wijzen worden toegepast:

- **Fysieke interventie:** fixatie door middel van een interventie waarbij de persoon door één of meerdere zorgverleners/begeleiders op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de persoon 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 persoon, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden.
Hulpmiddelen voor het ondersteunen of corrigeren van de fysieke houding van de persoon bevestigd aan of in de directe omgeving van de persoon, en die niet zelfstandig door de persoon kunnen verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.
- **Medicamenteuze fixatie:** fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie.


4. Hoe in het richtlijnenkader navigeren?

Er bestaan verschillende types situaties waarin afzondering en fixatie een risico vormen. Deze situaties vertonen specifieke kenmerken die ook een specifieke aanpak vereisen, wat zich vertaalt in andere aanbevelingen voor de preventie en toepassing van deze maatregelen afhankelijk van het type situatie. Het schema in Figuur 3 is ontwikkeld om de navigatie binnen het richtlijnenkader te ondersteunen. We leggen hier uit hoe dit schema te lezen.

Om te bepalen welke richtlijn geldt in een specifieke situatie, moet worden nagekeken of een situatie met risico op afzondering of fixatie gekenmerkt wordt door **agressie en escalatie**, en – indien dit het geval is – of er sprake is van **ernstig en acuut gevaar**.

1. Situatie gekenmerkt door agressie en escalatie

Als het een situatie betreft met agressie en escalatie dan richten zorgverleners/begeleiders zich **in de eerste plaats op preventie van afzondering en fixatie** door in te zetten op spanningsreductie, om zo (verdere) **escalatie te voorkomen**.

 De strategieën om dit op een effectieve manier te doen zijn terug te vinden in deel B. Preventie van de *multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie, en de toepassing ervan bij ernstig en acuut gevaar*.

Wanneer de preventieve strategieën geen spanningsreducerend effect blijken te hebben, de escalatie toeneemt en er een reëel risico op gevaar ontstaat, is het mogelijk dat zorgverleners/begeleiders **overwegen om afzondering en fixatie toe te passen als laatste redmiddel**. De ernst van het gevaar en de mate waarin dit nog afwendbaar is, bepalen dan aan welke voorwaarden de toepassing van afzondering en fixatie gebonden is.

i. Wel ernstig en acuut gevaar

In deze situatie met risico op afzondering en fixatie is de agressie en escalatie bij de zorggebruiker zodanig toegenomen dat fysieke en of psychische schade aan de persoon zelf of omstaanders dreigt (= ernstig gevaar), waarbij de zorgverlener/begeleider inschat dat die schade niet meer af te

¹ Ook bij het gebruik van halve deuren is er sprake van afzondering. Bij compartimentering is er geen sprake van afzondering.

wenden is (= acuut gevaar). Op dit moment ontstaat een situatie met ernstig en acuut gevaar en doet zich een noodtoestand voor. Als de zorgverleners/begeleiders overwegen om over te gaan tot afzondering en fixatie is de toepassing onderhevig aan strikte voorwaarden. Toepassing onder dwang is hier mogelijk.



Afzondering en fixatie mogen nooit gebruikt worden als straf of als collectieve maatregel.



De aanbevelingen om afzondering en fixatie op een weloverwogen, humane en veilige manier toe te passen, staan beschreven in deel C. Toepassing van de *multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie, en de toepassing ervan bij ernstig en acuut gevaar*.

ii. Geen ernstig en acuut gevaar

In deze situatie is er geen reëel risico op fysieke en/of psychische schade aan een persoon (dus geen ernstig gevaar), of is er wel een reëel risico op schade, maar de zorgverleners/begeleiders schatten in dat er nog voldoende tijd en mogelijkheden zijn om het gevaar af te wenden voordat de situatie escaleert (dus geen acuut gevaar). Als de zorgverleners/begeleiders toch overwegen om over te gaan tot afzondering of fixatie is de toepassing onderhevig aan strikte voorwaarden, waaronder de **toestemming van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger)**.



Afzondering en fixatie mogen nooit gebruikt worden als straf of als collectieve maatregel en mogen niet worden toegepast onder dwang.²



De aanbevelingen om afzondering en fixatie op een weloverwogen, humane en veilige manier toe te passen, staan beschreven in deel C. Toepassing van de *multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar en de toepassing ervan met toestemming van de zorggebruiker of zijn vertegenwoordiger*.

2. Situatie zonder agressie en escalatie

Situaties zonder agressie en escalatie waarin afzondering en fixatie een risico zijn, bestaan grosso modo uit situaties waarin zorgverleners/begeleiders de **autonomie van de zorggebruiker willen vergroten en/of schade voor hem/haar willen vermijden**. In deze situaties richten zorgverleners/begeleiders zich **in de eerste plaats op preventie van afzondering en fixatie**: zij trachten deze doelen te bereiken zonder gebruik te maken van afzonderings- en fixatiemaatregelen.



De strategieën om dit op een effectieve manier te doen zijn terug te vinden in deel B. Preventie van de *multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar en de toepassing ervan met toestemming van de zorggebruiker of zijn vertegenwoordiger*.

Wanneer deze preventieve strategieën er niet voor zorgen dat de autonomie vergroot en/of dat schade vermeden wordt, is het mogelijk dat zorgverleners/begeleiders **overwegen om afzondering en fixatie toe te passen als laatste redmiddel**. In dat geval is de toepassing onderhevig aan strikte voorwaarden, waaronder de **toestemming van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger)**.



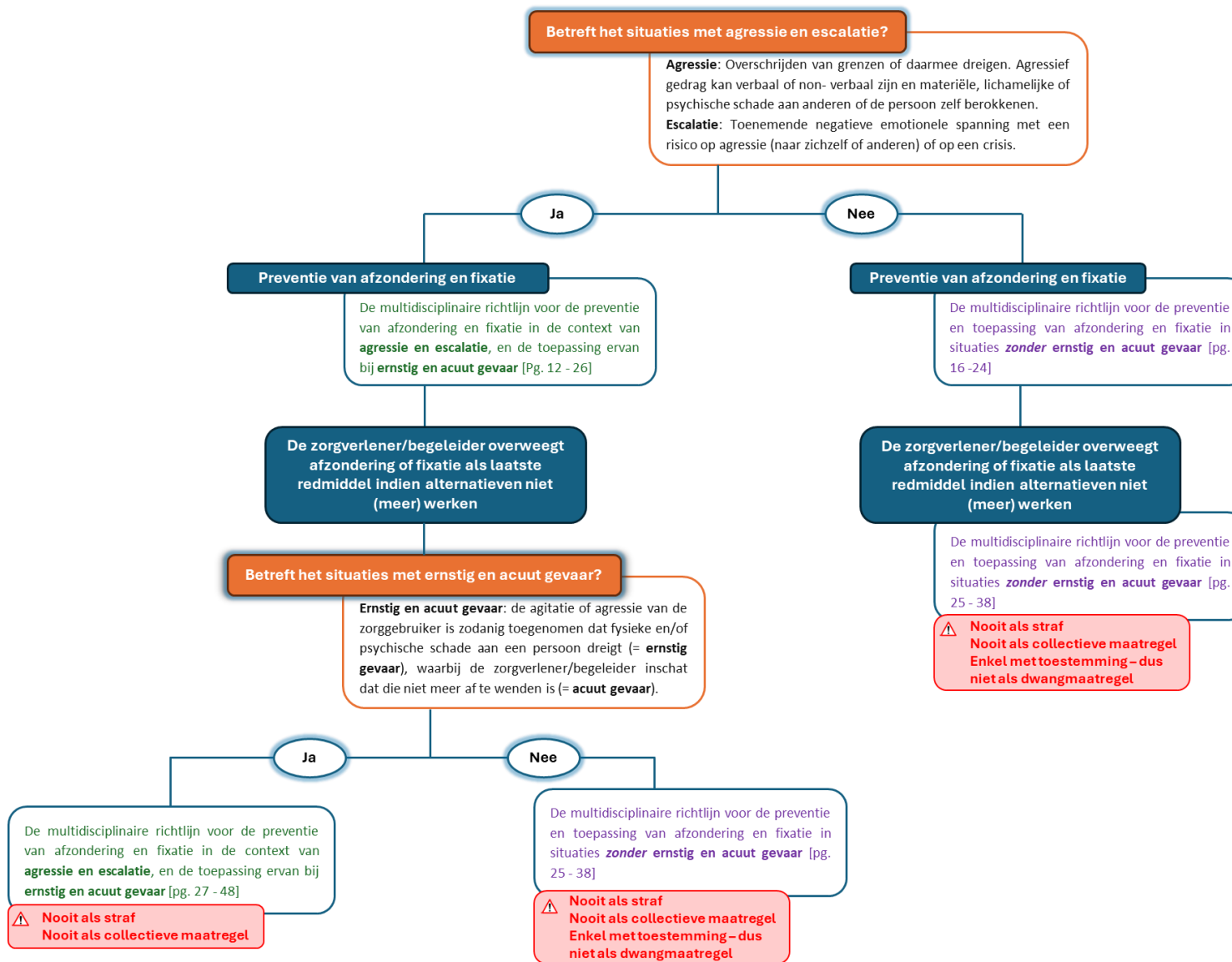
Afzondering en fixatie mogen nooit gebruikt worden als straf of als collectieve maatregel en mogen niet worden toegepast onder dwang.



De aanbevelingen om dit op een weloverwogen, humane en veilige manier te doen staan beschreven in deel c. Toepassing van de *multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar en de toepassing ervan met toestemming van de zorggebruiker of zijn vertegenwoordiger*.

² Op basis van de gehanteerde onderzoeksmethode is het niet mogelijk aanbevelingen te doen over de toelaatbaarheid van afzondering onder dwang zonder ernstig en acuut gevaar binnen high-security settings van de forensische psychiatrie voor volwassenen ([zie onderzoeksrapport](#)).

Figuur 3 Wanneer is welke richtlijn van toepassing?



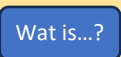






5. Leeswijzer

Deze richtlijn bestaat uit aanbevelingen over de preventie en toepassing van **afzondering** en de **drie vormen van fixatie**, met name fysieke interventie, mechanische fixatie en medicamenteuze fixatie (zie punt 3 hierboven).

Beide richtlijnen maken gebruik van verschillende symbolen en kaders om meer reliëf binnen de aanbevelingen te brengen, de leesbaarheid te verhogen en de richtlijnen toegankelijker te maken. Tabel 1 geeft een overzicht van deze symbolen en kaders.

Tabel 1 Overzicht van de gebruikte symbolen en kaders in de richtlijnen

Symbolen en kaders	Betekenis
 In rode kader	Benadrukt belangrijke principes, aanbevelingen en andere zaken die extra onder de aandacht worden gebracht omdat ze cruciaal zijn voor de kwaliteitsverbetering in het domein van de preventie of toepassing van afzondering en fixatie.
 Met blauwe tekst	Termen of onderdelen van een aanbeveling die verder uitgewerkt worden met bijkomende aanbevelingen.
 In gele kader	Gedetailleerde uitleg van belangrijke concepten, denkkaders of modellen die aan bod komen in een aanbeveling.
 In witte kader	Inspirerende interventies, strategieën of alternatieven uit de praktijk, ter illustratie bij een aanbeveling.
 In witte kader	Verduidelijking van een aanbeveling aan de hand van (niet-exhaustieve) praktijkvoorbeelden.
 In witte kader	Korte toelichting bij (een deel van) een aanbeveling ter verheldering.
 Bij aanbevelingen voor praktische uitvoering	Aanbevelingen die – voor specifieke groepen zorggebruikers – door hulpverleners deels op maat van de individuele zorggebruiker kunnen worden aangepast.

Inhoudstafel

A. Toepassingsgebied van de richtlijn	11
A.I. Wat bedoelt de richtlijn met “situaties zonder ernstig en acuut gevaar”?	11
A.II. Welke situaties met afzondering en fixatie vallen buiten het toepassingsgebied van deze richtlijn?	13
B. Preventie van afzondering en fixatie om autonomie te vergroten en schade te vermijden	16
B.I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	16
B.I.1. Preventiebeleid	16
B.I.2. Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over de preventie van afzondering en fixatie	18
B.I.3. Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen	19
B.II. Aanbevelingen op het niveau van de teams	20
B.II.1. Werking van het team	20
B.II.2. Positief leefklimaat	20
B.II.3. Omgaan met regels op de afdeling/leefgroep	21
B.II.4. Continuïteit van zorg/begeleiding	21
B.III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de zorggebruikers	22
B.III.1. Kennismaking met de zorggebruiker en zijn naasten	22
B.III.2. Begeleidings-/hulpverleningsrelatie	23
B.III.3. Begeleidings- en hulpverleningsaanbod	23
B.III.4. Preventieve interventies en alternatieven voor afzondering en fixatie	24
C. Toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar	26
C.I. Kernprincipes voor de toepassing van afzondering en fixatie	26
C.II. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie op het niveau van directie en beleidsmedewerkers	28
C.II.1. Ontwikkeling van het toepassingsbeleid	28
C.II.2. Procedures	28
C.II.3. Opleiding en training van de zorgverleners/begeleiders over de toepassing van afzondering en fixatie	28
C.II.4. De plaats waar afzondering gebeurt	29
C.II.5. Klachtenprocedures	29
C.III. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar	30
C.III.1. Grondvoorwaarden voor de toepassing	30
C.III.2. Voorafgaande afspraken over het gebruik van afzondering en fixatie	32
C.III.3. Het opstarten van de maatregel	34
C.III.4. Uitvoeren van de maatregel	35
C.III.5. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel	38

C.III.6. Na het beëindigen van de maatregel.....	39
D. Randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijnen in de praktijk.....	40
D.I. Randvoorwaarden op het niveau van de betrokken sectoren	41
D.I.1. Een optimale en gedifferentieerde personeelscapaciteit.....	41
D.I.2. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering.....	41
D.I.3. Een ‘only once’ intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem	41
D.I.4. Architecturale aanpassingen.....	42
D.II. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele voorzieningen	42
D.II.1. Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving	42
D.II.2. Collectief leren en zorg voor personeel	42
D.III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving en toezicht door de Vlaamse overheid	43
D.III.1. Wetgeving	43
D.III.2. Toezicht door de Vlaamse overheid.....	43
D.IV. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek.....	44
Referenties.....	45

A. Toepassingsgebied van de richtlijn

Deze richtlijn biedt aanbevelingen om afzondering en fixatie maximaal te vermijden in situaties **zonder ernstig en acuut gevaar** waar afzondering en fixatie een risico vormen. Als deze maatregelen niet te vermijden zijn, biedt deze richtlijn ook handvatten om ze weloverwogen, humaan en veilig toe te passen. Om duidelijk te krijgen op welke situaties de aanbevelingen zich richten, is het belangrijk om het toepassingsgebied van de richtlijn te definiëren. Dat omvat twee vragen:

- I. Wat bedoelt de richtlijn met “situaties zonder ernstig en acuut gevaar”?
- II. Welke situaties met afzondering en fixatie vallen buiten het toepassingsgebied van deze richtlijn?

A.I. Wat bedoelt de richtlijn met “situaties zonder ernstig en acuut gevaar”?

De aanbevelingen uit deze richtlijn focussen zich op de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in situaties **zonder ernstig en acuut gevaar**. Deze bestaan uit drie finaliteiten:

1. **Autonomie vergroten:** situaties waarin mogelijkheden aanwezig zijn om de zelfbeschikking, de onafhankelijkheid en kansen van de zorggebruiker te vergroten.

Voorbeeld

- Een volwassene met een meervoudige beperking die samen met zijn medebewoners aan tafel wil eten, maar die niet zelfstandig in zijn stoel kan blijven zitten.
- Een oudere bewoonster die schrik heeft om uit haar bed te vallen en die zich tijdens het slapen meer op haar gemak zou willen voelen.

2. **Schade vermijden:** situaties zonder agressie of agitatie waarin een reëel risico op schade voor de zorggebruiker bestaat, maar waar men niet zeker weet of die schade effectief zal optreden.

Voorbeeld

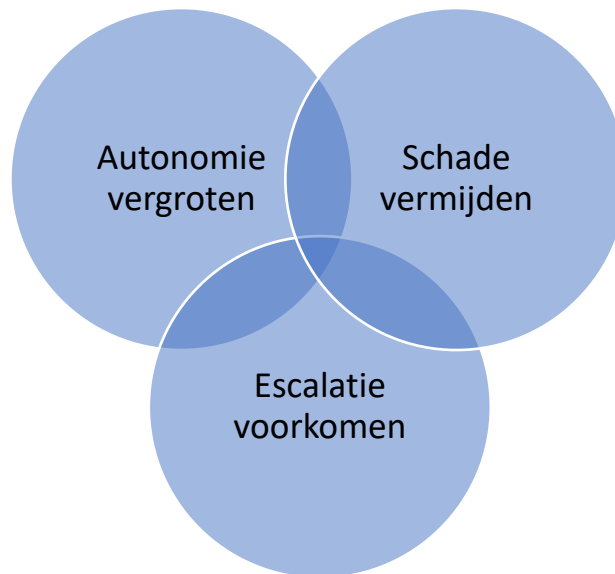
- Een beslissingsonbekwame zorggebruiker met dementie die tijdens sommige nachten veel beweegt in zijn slaap en waarvan de familie bezorgd is dat die persoon 's nachts uit zijn bed zou vallen.
- Een zorggebruiker met dementie die na een medische behandeling in bed moet blijven liggen en waarvan de zorgverleners/begeleiders vrezen dat die persoon zijn sondes zou losmaken.

3. **Escalatie voorkomen:** Situaties met een mogelijk risico op agressie en escalatie, zonder dat er momenteel een reëel risico op fysieke en/of psychische schade aan een persoon dreigt (dus geen ernstig gevaar), of waarin er wel een reëel risico bestaat op schade, maar de zorgverleners/begeleiders inschatten dat er nog voldoende tijd en mogelijkheden zijn om het gevaar af te wenden voordat de situatie escaleert (dus geen acuut gevaar).

Voorbeeld

- Een zorggebruiker met een psychische kwetsbaarheid die na een heftige confrontatie met haar ouders overstuur is en de gebeurtenis moet verwerken.
- Een jongere met een verstandelijke beperking en autisme die overprikkeld raakt in de leefgroep, waardoor zijn agitatie-niveau alsmaar toeneemt.
- Een verwarde zorggebruiker met dementie die rondwaalt in het woonzorgcentrum op zoek naar haar kamer, maar die steeds meer geagiteerd raakt omdat ze haar kamer niet vindt.

Hoewel we deze drie types van **situaties zonder ernstig en acuut gevaar** apart benoemen, zijn er in de praktijk veel situaties waarin twee of drie finaliteiten **overlappen**.



- **Autonomie vergroten en schade vermijden**

Voorbeeld

Een oudere zorggebruiker die moeilijk te been is en regelmatig valt, maar die zich wel graag zelfstandig in het woonzorgcentrum wil verplaatsen. De begeleiding bespreekt met de zorggebruiker hoe ze ervoor kunnen zorgen dat hij zich wel alleen in de leefgroep kan voortbewegen zonder dat hij daarbij het risico loopt om te vallen.

- **Autonomie vergroten en escalatie voorkomen**

Voorbeeld

Een persoon met autisme en een verstandelijke beperking die tijdens een knutselmoment in de leefgroep door de drukte van de medebewoners overprikkeld raakt, maar wel graag samen met zijn medebewoners creatief bezig is. De begeleiding bespreekt met de zorggebruiker en zijn vertegenwoordiger hoe hij toch samen met zijn medebewoners kan knutselen zonder dat hij overprikkeld geraakt.

- **Schade vermijden en escalatie voorkomen**

Voorbeeld

Een oudere zorggebruiker met dementie die regelmatig valt, door het woonzorgcentrum rondwaalt en soms de kamers van zijn medebewoners 's nachts binnen gaat. De begeleiding bespreekt met de zorggebruiker en zijn vertegenwoordiger hoe ze kunnen voorkomen dat de zorggebruiker de kamer van andere personen binnengaat en hoe ze valletsels kunnen voorkomen.

- **Autonomie vergroten, schade vermijden en escalatie voorkomen**

Voorbeeld

Een oudere zorggebruiker die moeilijk te been is, regelmatig valt en geagiteerd raakt als hij zich niet vrij kan verplaatsen. De begeleiding bespreekt met zorggebruiker hoe ze ervoor kunnen zorgen dat hij zich toch zelfstandig kan verplaatsen in de voorziening op een veilige manier waardoor de zorggebruiker ook niet meer geagiteerd is.

A.II. Welke situaties met afzondering en fixatie vallen buiten het toepassingsgebied van deze richtlijn?

Sommige situaties in de zorg of hulpverlening zijn volgens bovenstaande definities vormen van afzondering en fixatie, maar vallen buiten de doelstelling van deze richtlijn. Het gaat met name om:

1. Verplichte of gebruikelijke handelingen binnen een veiligheids- en regelgevingscontext;
2. Gangbare manieren om veiligheid, comfort en ondersteuning te bieden;
3. Niet intentioneel afzonderen en fixeren bij een fysieke beperking;
4. Het aanpakken van infectieziekten.

1. Veiligheids- en regelgevingscontext

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn niet van toepassing op situaties binnen een veiligheids- en regelgevingscontext waarbij handelingen die onder de omschrijving van afzondering of fixatie vallen, verplicht of gebruikelijk zijn voor de veiligheid van iedere persoon, ongeacht de zorgvraag.

Voorbeeld

- Autogordels;
- Een peuter vastmaken in een buggy of eetstoel;
- Een harnas bij sommige sporten;
- Het nemen van een lift.

2. Gangbare manieren om veiligheid, comfort en ondersteuning te bieden

Daarnaast, zijn er ook situaties waarin handelingen, hoewel ze onder de omschrijving van afzondering en fixatie vallen, een gangbare manier zijn om veiligheid, comfort of ondersteuning te bieden. Dit gebeurt met inachtneming van iemands effectieve leeftijd en ongeacht de individuele problematiek.

Voorbeeld

- Een baby in een park leggen;
- Een baby inbakeren;
- Een zesjarige aan de hand nemen bij het oversteken;
- Een persoon troosten met een knuffel;
- Beddekken gebruiken om een zorggebruiker in een ziekenhuis te transporteren van het operatiekwartier naar een andere afdeling.



Handelingen voor veiligheid, comfort of ondersteuning die onder de omschrijving van afzondering en fixatie vallen en specifiek worden toegepast vanwege een individuele problematiek of ontwikkelingsleeftijd, vallen wél binnen het toepassingsgebied van deze richtlijn.

Voorbeeld

- Een kind van 14 jaar met een verstandelijke beperking en ontwikkelingsleeftijd van 2 jaar vastmaken in een verzwaarde eetstoel voor de duur van de maaltijd ter preventie van het reflexmatige gedrag en om dit gedrag onder controle te houden. Op die manier kan de maaltijd voor de zorggebruiker en zijn omstaanders op rustige en veilige manier verlopen.
- Een persoon met een fysieke beperking vastmaken met een riem in een rolstoel om te verhinderen dat deze persoon uit de rolstoel zou vallen.

3. Niet-intentioneel handelen bij een fysieke beperking die zelfstandige verplaatsingen onmogelijk maakt

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn niet van toepassing op situaties waarin iemand door een fysieke beperking niet zelfstandig een ruimte kan verlaten of diens houding kan wijzigen. Dit geldt op voorwaarde dat de zorgverleners/begeleiders niet de intentie hebben om de bewegingsvrijheid van de persoon te beperken. Dit geldt in het bijzonder voor twee situaties.

a. Een persoon is alleen op een kamer en kan die door een fysieke beperking niet zelfstandig verlaten.

Voorbeelden van **fixatie** waarop de richtlijn niet van toepassing is:

Voorbeeld

- Een zorggebruiker is volledig verlamd. Hij vraagt of geeft in zijn gedrag te kennen naar zijn kamer gebracht te (willen) worden om even uit te rusten. De begeleiding brengt hem naar zijn kamer.
- Een zorggebruiker is volledig verlamd. Tijdens het toiletbezoek verlaat de begeleiding de ruimte om privacy te voorzien.
- Een zorggebruiker is volledig verlamd en kan de kamer niet zelfstandig verlaten. Tijdens de nacht roept hij de begeleiding op omdat hij de kamer wil verlaten om in de leefruimte naar TV te kijken. De begeleiding luistert naar de vraag of het signaal van de zorggebruiker maar besluit niet in te gaan op zijn verzoek. Binnen de voorziening geldt immers de afspraak dat om de nachtrust van anderen niet te verstoren de TV-ruimte 's nachts niet gebruikt wordt. Ook andere zorggebruikers mogen dat niet.
- Een zorggebruiker is volledig verlamd en kan de kamer niet zelfstandig verlaten. Tijdens de middag rust hij gewoonlijk wat uit in zijn bed. Wanneer hij wakker is drukt hij op de bel, zodat de begeleiding hem kan halen voor een middagactiviteit. De begeleider wordt onderweg naar de zorggebruiker door een collega aangesproken. Hierdoor duurt het 10 minuten voordat de begeleider de kamer van de zorggebruiker bereikt en op zijn vraag ingaat.

b. Een persoon zit in een (rol)stoel of zetel en kan die door een fysieke beperking niet zelfstandig verlaten.

Voorbeelden van **fixatie** waarop de richtlijn niet van toepassing is:

Voorbeeld

- Een zorggebruiker is verlamd aan zijn onderlichaam. Hij vraagt aan de begeleiding om hem in de zetel van de leefgroep te leggen zodat hij samen met de medebewoners mee naar een film kan kijken.
- Een oudere zorggebruiker is slecht te been en heeft hulp nodig om zich recht te zetten en te stappen. Na het middageten vraagt hij om een half uurtje te rusten in de zetel van de leefgroep. De zorggebruiker vindt het aangenaam dat de leuning naar achteren wordt gekanteld en zijn voeten ondersteund worden. De begeleiding laat de zorggebruiker een dutje doen terwijl zij hun andere taken voortzetten.
- Een zorggebruiker is verlamd aan zijn onderlichaam. Hij ligt in de leefgroep in een zetel om samen met de medebewoners naar een film te kunnen kijken. Als de film gedaan is, vraagt de zorggebruiker aan de begeleider die passeert in de leefgroep om hem terug in zijn rolstoel te plaatsen. De begeleider zegt dat hij eraan komt, maar de begeleider wordt nog door een collega aangesproken waardoor het nog 10 minuten duurt voordat de begeleider de zorggebruiker terug in zijn rolstoel plaatst.



Dit neemt niet weg dat de zorg voor personen met een fysieke beperking die een kamer of stoel niet kunnen verlaten specifieke aandacht vraagt, vooral wanneer zij om hulp vragen of de kamer of stoel willen verlaten. Bovendien mag dit niet tot gevolg hebben dat de richtlijn nooit op personen met een fysieke beperking van toepassing is. Als zij in een situatie terechtkomen waarin zorgverleners/begeleiders afzondering of fixatie doelbewust zouden gebruiken om hun vrijheid te beperken, is de richtlijn wel van toepassing.

Voorbeelden van **afzondering** waarop de richtlijn wel van toepassing is:

Voorbeeld

- Een zorggebruiker is volledig verlamd. Terwijl hij zich in de leefruimte bevindt voor een activiteit vertoont hij storend gedrag. De begeleiding beslist om hem naar zijn kamer te brengen opdat dit storend gedrag geen impact zou kunnen hebben op de medebewoners.
- Een zorggebruiker is volledig verlamd en ligt 's ochtends in zijn kamer. In zijn behandelingsplan staat beschreven dat de zorggebruiker om 8u30 uit zijn kamer gehaald wordt. De zorggebruiker ligt nog steeds op zijn kamer ondanks het al 9u00 is en hij al meermaals heeft gevraagd of gesignaleerd dat hij zijn kamer wil verlaten. De begeleiding beslist om dit niet te doen want de zorggebruiker werd gisteren om 8u30 uit zijn kamer gehaald, maar was duidelijk nog moe en vertoonde daarom storend gedrag in de leefgroep. Zij willen dat de zorggebruiker meer uitgerust is zodat hij op een constructieve manier kan deelnemen aan de leefgroep.

Voorbeelden van **fixatie** waarop de richtlijn wel van toepassing is:

Voorbeeld

- Een oudere zorggebruiker kan niet meer zelfstandig op zijn benen steunen. Hij moet binnenkort een nieuwe operatie ondergaan en maakt zich zorgen. Hierdoor slaapt hij 's nachts niet goed. Door het gebrek aan slaap is hij erg prikkelbaar en zijn agitatie neemt na het eten toe. De begeleiding denkt dat het goed is om hem in de leefgroep een dutje te laten doen in de zetel. Na vijf minuten in de zetel geeft de zorggebruiker al aan dat hij geen dutje wil doen en terug naar de keukenruimte wil gaan om de krant te lezen. De begeleiding beslist om niet op zijn vraag in te gaan zodat hij uiteindelijk wel zou gaan rusten.
- Een zorggebruiker met een meervoudige beperking die niet zelfstandig kan stappen en zitten, wordt tijdens het eetmoment in een speciale verzwaarde stoel geplaatst. Die stoel zorgt ervoor dat de zorggebruiker minder met zijn armen kan bewegen waardoor de begeleiding hem kan helpen eten en hij mee aan de grote tafel kan zitten in de leefgroep.

4. Aanpak van infectieziekten

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn niet van toepassing op de aanpak van infectieziekten binnen een residentiële zorgcontext (o.m. quarantaine en cohortering).

Voorbeeld

Een persoon met een infectieuze aandoening op zijn kamer houden zonder dat die die zelfstandig kan verlaten in functie van een dienst/andere zorggebruikers/de zorggebruiker zelf.



Dit neemt niet weg dat ook dergelijke maatregelen niet onvoorwaardelijk zouden mogen worden toegepast. Ook voor deze maatregelen gelden regelgeving, overheidsrichtlijnen en wetenschappelijke aanbevelingen.

B. Preventie van afzondering en fixatie om autonomie te vergroten en schade te vermijden

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[B.I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers](#)

[B.II. Aanbevelingen op het niveau van de teams](#)

[B.III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de zorggebruikers](#)

B.I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[B.I.1. Preventiebeleid](#)

[B.I.2. Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over de preventie van afzondering en fixatie](#)

[B.I.3. Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen](#)

B.I.1. Preventiebeleid

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[B.I.1.1. Visie op zorg/begeleiding](#)

[B.I.1.2. Gedragen preventiebeleid](#)

[B.I.1.3. Opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid](#)

Ontwikkel een **preventiebeleid op maat van de voorziening en zijn populatie** en maak hier **voldoende middelen voor vrij**. De **visie op zorg/begeleiding** vormt hiervoor de **basis**. Streef naar een **gedragen preventiebeleid** om afzondering en fixatie te voorkomen en **stuur dit geregeld bij**.



Preventiebeleid op maat. Stem het preventiebeleid af op zowel het perspectief van de **zorggebruiker** als op het perspectief van de **voorziening**. Neem het perspectief van de **vertegenwoordigers** mee in rekening voor de doelgroep van beslissingsonbekwame zorggebruikers. Pas zoveel mogelijk **eenzelfde** preventiebeleid toe in heel de voorziening, met enkel aanpassingen voor afdelingen/doelgroepen indien dit noodzakelijk is. Het preventiebeleid maakt onderdeel uit van het breder beleid binnen de voorziening.

- a. **Formuleer** in het preventiebeleid (1) een **expliciete missie** en **concrete doelstellingen** voor preventie van afzondering en fixatie, (2) een duidelijke visie op **zorg/begeleiding**, en (3) **intersectorale samenwerking in het kader van zorgcontinuïteit**.
- b. Voeg de definities toe die duidelijk maken wat afzondering en de verschillende vormen van fixatie zijn.

B.I.1.1. Visie op zorg/begeleiding

De **visie op zorg/begeleiding is doorslaggevend** voor de wijze waarop het preventiebeleid vorm krijgt en effectief kan slagen. Hanteer daarom een **zorgvisie** gericht op **autonomie, zelfbeschikking en keuzevrijheid** zodat een zo autonoom mogelijk leven van de zorggebruiker gerealiseerd kan worden.

Een **zorgvisie** gericht op **autonomie, zelfbeschikking en keuzevrijheid** vergt een aantal belangrijke aandachtspunten:

Wat is...?

- **Alternatieve beoordeling van gedrag:** Elk gedrag van de zorggebruiker – ook moeilijker hanteerbaar gedrag – is betekenisvol, ook wanneer het al wel eens als negatief of storend

wordt beschouwd. Daarom is het cruciaal om steeds te onderzoeken welke betekenis dit gedrag heeft voor de zorggebruiker. Door deze betekenis te begrijpen, kunnen zorgverleners/begeleiders effectiever inspelen op de behoeften van de zorggebruiker en passende ondersteuning bieden.

- **Focus op en versterking van de mogelijkheden:** Richt de aandacht op de sterke punten en capaciteiten van de zorggebruiker in plaats van zijn/haar beperkingen te proberen wegwerken of corrigeren. Door te focussen op wat de zorggebruiker wél kan, verhoogt autonomie en verdwijnt de nood aan beperkende maatregelen.
- **Afstappen van het voorkomen van elk mogelijk risico:** Accepteer dat risico's inherent zijn aan de zorgverlening/begeleiding voor zorggebruikers en dat ze deel uitmaken van het gewone leven.

Om dit te realiseren, is het belangrijk om een ondersteunende omgeving te creëren waarin de zorggebruiker wordt aangemoedigd om zelf keuzes te maken en zijn of haar vaardigheden te benutten en te verbeteren. Essentieel hierbij zijn gepersonaliseerde doelen en activiteiten die aansluiten bij de interesses en talenten van de zorggebruiker en het voorzien in basisveiligheid van de omgeving op architecturaal vlak, technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting (zie deel D. Randvoorwaarden).

De visie op zorg/begeleiding stimuleert ook de zoektocht naar concrete interventies die de drempel voor afzondering en fixatie vergroten.

Inspiratie

Overweeg om al het fixatiemateriaal op een centrale plaats te bewaren in de voorziening en een verantwoordelijke voor het beheer van het materiaal aan te stellen. Op die manier kunnen zorgverleners/begeleiders op de afdeling of leefgroep minder snel aan het fixatiemateriaal en worden ze gestimuleerd om te blijven zoeken naar alternatieven. Als iemand beslist om toch fixatiemateriaal te gaan afhalen, moeten ze de situatie uitleggen aan de verantwoordelijke collega en ontstaat er opnieuw een mogelijkheid om samen tot alternatieve oplossing te komen. Het centraal beheren van het fixatiemateriaal heeft daarnaast ook als voordeel dat de kwaliteit en veiligheid van het materiaal veel beter gecontroleerd wordt.

B.I.1.2. Gedragen preventiebeleid

Streef naar een gedragen preventiebeleid door samen met zorgverleners/begeleiders, zorggebruikers (desgevallend hun vertegenwoordigers) en hun naasten te bouwen aan een gedeelde visie op preventie.

- a. Richt hiervoor een multidisciplinaire werkgroep op en zorg voor een duidelijke rolverdeling.



Multidisciplinaire werkgroep. In deze werkgroep zitten vertegenwoordigers van:

- Zorgverleners/begeleiders met verschillende disciplines afgestemd op de doelgroep;
- **Voorbeeld** Psychiater, geriater, huisarts, CRA, verpleegkundige of verpleegkundig specialist, kinesist, psycholoog, pedagoog, orthopedagoog,, gerontoloog, ergotherapeut, leefgroep begeleider, ouder- of gezinsbegeleider, referentiepersonen in relevante domeinen, directielid, enz.
- Zorggebruikers (eventueel via ervaringswerkers);
- Ouders, naasten of familieleden (eventueel via familie-ervaringswerkers).

Als er geen arts deel uitmaakt van de directie van de voorziening, is het aangewezen om een arts op te nemen in de multidisciplinaire werkgroep. Zo wordt het preventiebeleid ook binnen deze beroepsgroep voldoende verspreid in de voorziening.

- b. Creëer een **gedeelde verantwoordelijkheid** over het preventiebeleid door **bottom-up ideeën** te stimuleren.



Bottom-up ideeën stimuleren. Ondersteun, stimuleer en empower het personeel om actief na te denken over preventie en zelf initiatieven aan te reiken die het preventiebeleid kunnen versterken.

B.I.1.3. Opgvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid

Evalueer op **regelmatige basis samen met** zorgverleners/begeleiders, zorggebruikers (desgevallend hun vertegenwoordigers) en hun naasten het **preventiebeleid en stuur dit bij**. Verzamel en gebruik hiervoor data over afzondering en fixatie incidenten .

- a. Organiseer op vaste tijdstippen een overleg met deze stakeholders. Richt hiervoor een aparte bijeenkomst op of bespreek dit tijdens reeds bestaande bijeenkomsten en koppel de feedback terug naar de multidisciplinaire werkgroep.
- b. Gebruik en analyseer de objectieve data over afzondering en fixatie incidenten om een duidelijk beeld te krijgen van waar het preventiebeleid werkt en waar het kan worden bijgestuurd.

B.I.2. Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over de preventie van afzondering en fixatie

Train zorgverleners/begeleiders in het **vertalen van de zorg-/begeleidingsvisie** (zie B.I.1.1.) in het **dagelijks professioneel handelen**, de **bejegening** van de zorggebruiker (desgevallend hun vertegenwoordigers) en hun naasten (zie B.III.2.) en zowel **alternatieve interventies** als **preventieve strategieën** om afzondering en fixatie te voorkomen.

- a. Creëer bewustzijn over de **factoren** gerelateerd aan de **zorggebruiker**, de **zorgverleners/begeleider** en de **interactie** tussen hen.



Factoren gerelateerd aan de zorggebruiker. Creëer inzicht in volgende factoren:

- Het gedrag van de zorggebruiker, de functionaliteit en betekenis hiervan;
- De mate waarin zorggebruikers zelf de functie van hun gedrag begrijpen en hun gedrag beheersen;
- Fysieke en emotionele gewaarwordingen van de zorggebruikers;
- De pathologie.



Factoren gerelateerd aan de zorgverlener/begeleider en de interactie tussen zorgverlener/begeleider en zorggebruiker. Creëer bewustzijn over volgende factoren:

- De rol van bejegening van de zorggebruikers, en het omgaan met regels (zie B.II.3.);
- De rol van de eigen emoties;
- Emotieregulatie vaardigheden, zelfreflectie en bewustwording van de zorgverlener/begeleider;
- Wederzijdse impliciete veronderstellingen over het inzicht in de motieven van het gedrag, de mate van controle daarover en de fysieke en emotionele gewaarwordingen die ermee gepaard gaan.

- b. Creëer hierbij ook bewustzijn over de **feiten en mythes** omtrent afzondering en fixatie, bijvoorbeeld: effectiviteit, risico's, impact en gevolgen. Gebruik hiervoor ook getuigenissen van zorggebruikers of naasten die deze maatregelen ervaren.

Inspiratie

Wetenschappelijke evidentie over die feiten en mythes is terug te vinden in volgende onderzoeksrapporten:

- [Volwassenen GGZ](#) (Peeters et al., 2019);
- [Brede residentiële jeugdhulp](#) (Beeckmans et al., 2021);
- Personen met een handicap: [Baert et al. \(2023\)](#) en [Beeckmans et al. \(2021\)](#);
- Residentiële ouderenzorg en geriatrie ([Baert et al., 2025](#)).

- c. Voorzie voldoende mogelijkheden tot bijscholing en stimuleer zorgverleners/begeleiders om dit te doen.
- d. Train zorgverleners/begeleiders in het aanbieden van psycho-educatie, sociale en emotieregulatie vaardigheden aan de **naasten van de zorggebruiker** zodat zij deze technieken kunnen toepassen wanneer de zorggebruiker terugkeert naar zijn thuissituatie.

- e. Doe dit aan het begin van de tewerkstelling en herhaal dit periodiek.

Inspiratie

Hiervoor kan je een E-learning tool of presentatie ontwikkelen die bovengenoemde onderdelen behandelt. Deze is eenvoudig te doorlopen voor nieuwe medewerkers bij de start van hun tewerkstelling en kan gemakkelijk herhaald worden.

B.1.3. Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen

Zorg voor een **comfortabele, veilige en aangename afdeling/leefgroep** die **afgestemd** is op de **doelgroep** en **autonomie stimuleert**.

- a. Creëer een **positieve en stimulerende** leefomgeving.



Positieve en stimulerende leefomgeving. Zet in op een aangename en sfeervolle inrichting van de afdeling/leefgroep die ook rekening houdt met de specifieke behoeften en voorkeuren van elke bewoner, zodat zorggebruikers zich gerust en thuis voelen.

- b. Creëer binnen de afdeling/leefgroep **mogelijkheden om gepersonaliseerde activiteiten** uit te voeren en **gepersonaliseerde doelen** te bereiken.
- c. Richt de omgeving in of pas hem aan zodat incidenten die leiden tot schade in de eerste plaats zoveel mogelijk worden vermeden en de schade beperkt blijft wanneer deze incidenten toch plaatsvinden.

Inspiratie

Volgende zaken uit de richtlijnen voor [woonzorgcentra](#) en [ziekenhuizen](#), [de alternatievenbundel van Vilans](#) kunnen hiertoe bijdragen:

- Verbeter oriëntatiemogelijkheden door wegwijzers, voldoende (nacht)verlichting, het gebruik van herkenbare of geliefde voorwerpen,...
- Verminder het risico op valincidenten door obstakels, overbodig en onveilig materiaal uit druk bezochte ruimtes of looproutes te vermijden. Voorzie op deze plaatsen voldoende steunpunten.
- Verminder de kans op valletsels door (delen van) muren, vloeren en meubilair zacht te bekleden.
- Gebruik valmatten in de slaapkamer van de zorggebruikers.

- d. Voorzie voldoende **mogelijkheden tot (informele) interactie** tussen zorgverleners/begeleiders en zorggebruikers. Stimuleer hierbij **nabijheid en bereikbaarheid** van de zorgverleners/begeleiders.
- e. Voorzie dat zorggebruikers een zekere **mate van controle** kunnen hebben over (bepaalde aspecten) van de omgeving.

Voorbeeld

Licht dimmen, volume van de achtergrondmuziek verminderen, eigen kamer inrichten,...

- f. Creëer bij de inrichting van de afdeling/leefgroep voldoende mogelijkheden voor **fysieke beweging**. Zorg er ook voor dat de omgeving fysieke beweging stimuleert en toegankelijk maakt.
- g. Zorg dat elke zorggebruiker **toegang** heeft tot een **persoonlijke ruimte op maat**, die zij zelf kunnen inrichten en die voldoende **privacy** biedt.

B.II. Aanbevelingen op het niveau van de teams

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[B.II.1. Werking van het team](#)

[B.II.2. Positief leefklimaat](#)

[B.II.3. Omgaan met regels op de afdeling/leefgroep](#)

[B.II.4. Continuïteit van zorg/begeleiding](#)

B.II.1. Werking van het team

Zorg voor een **goede werking** van de teams zodat een **volwaardig partnerschap** met het beleid van de voorziening kan plaatsvinden om het **preventiebeleid** van afzondering en fixatie mee **vorm te geven**.

- a. Zorg voor een **duidelijke rol- en taakverdeling** en zet in op **goede onderlinge communicatie** om tot gedragen beslissingen te komen.

Inspiratie

Overweeg om binnen de voorziening een VBM-team³ op te richten waarin elke leefgroep/afdeling vertegenwoordigd is, en dat zich ontfermt over de verspreiding en opvolging van het beleid rond de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Dit VBM-team kan dan het eerste aanspreekpunt vormen voor zorgverleners/begeleiders die vragen of bedenkingen hebben over de preventie of toepassing van afzondering en fixatie. Op die manier implementeren en evalueren de zorgverleners/begeleiders niet alleen het preventiebeleid actief, maar bevordert het ook de bottom-up werking en de gedeelde verantwoordelijkheid over de preventie van afzondering en fixatie.

- b. Besteed voldoende **aandacht aan de zorg voor alle teamleden** en stimuleer ook **transparantie over de draagkracht van het team naar het beleid** van de voorziening toe.



Transparantie over de draagkracht. De mate waarin zorgverleners/begeleiders zich opgewassen voelen tegen de moeilijkheden of de stress die ze ervaren in hun werk. Deze transparantie is een voorwaarde om de emotionele en fysieke veiligheid van het team te waarborgen.

Inspiratie

Ondersteunende methodieken hierover zijn terug te vinden bij [Icoba](#).

B.II.2. Positief leefklimaat

Creëer een **positief leefklimaat** onder de zorggebruikers in de leefgroep of op de afdeling.

Wat is...?

Een **positief leefklimaat** richt zich op de vervulling van de drie psychologische basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2017). Deze theorie stelt dat elke persoon behoefte heeft aan verbondenheid, competentie en autonomie. Een positief leefklimaat werkt autonomie- en competentieversterkend en zet in op verbondenheid met de zorggebruiker. Hiervoor zijn volgende aandachtspunten belangrijk:

- **Participatieve hulpverlening:** Zet in op participatie en inspraak van de zorggebruiker bij zowel de vormgeving van het individuele hulpverlenings- of begeleidingstraject als ook op afdeling/leefgroep- of voorziening niveau. Organiseer hiervoor overlegmomenten in de afdeling/leefgroep, waarin er ruimte is om informatie en initiatieven te delen.
- **Een ondersteunende en zorgende hulpverlening/begeleidingsrelatie:** Werk aan een positieve hulpverlening/begeleidingsrelatie door emotioneel beschikbaar te zijn en de

³ VBM = vrijheidsbeperkende maatregelen

zorggebruikers te steunen. Dit creëert mogelijkheden voor de zorggebruikers om te groeien en hun autonomie te versterken.

- Werk **kracht- en persoonsgericht**: Focus op de sterke punten en capaciteiten van de zorggebruiker. Breng daarnaast ook de persoonlijke behoeften, noden, wensen en doelen van de zorggebruiker in kaart en stem de zorgverlening/begeleiding hierop af.

Inspiratie

Ondersteunende methodieken hierover zijn terug te vinden bij het [Kennis- en ondersteuningscentrum Leef en werkklimaat in de jeugdhulp](#) en [Icoba](#).

B.II.3. Omgaan met regels op de afdeling/leefgroep

Wanneer wordt samengeleefd met anderen zijn algemene regels nodig die aangeven wat al dan niet kan en die structuur geven aan het verblijf. Ze zijn belangrijk om een veilige en gestructureerde leefomgeving te creëren.

Inspiratie

Ondersteunende methodieken hierover zijn terug te vinden bij [Icoba](#).

Evalueer **bewust en kritisch** de **regels** op de afdeling/leefgroep door periodiek na te gaan of ze passen binnen de zorg/begeleidingsvisie, de waarden van de voorziening en of ze gestaafd kunnen worden vanuit hun nut of noodzaak. Ga ook **flexibel** met regels om.

- a. Heb hierbij aandacht voor hoe zorggebruikers deze regels ervaren. Voer deze kritische reflectie dan ook zoveel mogelijk uit in samenspraak met zorggebruikers (desgevallend hun vertegenwoordigers) en hun naasten.
- b. Durf regels schrappen of wijzigen die niet (meer) stroken met de zorg/begeleidingsvisie en de waarden die voorziening wil uitdragen.
- c. Algemene regels wekken soms verkeerdelijk de illusie dat afzondering en fixatie de enige mogelijkheid zijn om in een bepaalde situatie te handelen. Handhaaf regels daarom op een doordachte en flexibele manier en creëer ruimte om algemene regels door individuele afspraken op maat van de zorggebruiker en/of de situaties te vervangen.

Voorbeeld

Een oudere zorggebruiker met dementie moet voor een paar nachten op een geriatrische afdeling verblijven. Deze persoon valt 's nachts soms uit bed, maar de familie van de zorggebruiker wil niet dat fixatie wordt toegepast. 's Nachts is er te weinig personeel aanwezig en er zijn geen bed sensoren in de voorziening voorhanden die het personeel kunnen waarschuwen wanneer de zorggebruiker begint te bewegen. De familie van de zorggebruiker is bereid om bij de zorggebruiker te blijven slapen. Overweeg in dit geval de familieleden toe te laten te overnachten zodat fixatie niet nodig is.

B.II.4. Continuïteit van zorg/begeleiding

Streef er zoveel mogelijk naar dat zorggebruikers **niet van leefgroep/afdeling** of **voorziening** hoeven te **veranderen**. Deze aanbeveling is niet van toepassing in gesloten settings en acute diensten.

- a. Verander een zorggebruiker enkel van leefgroep/afdeling of voorziening wanneer dit **strikt noodzakelijk** is, of in specifieke **situaties waar dit kansen kan bieden**. Zo wordt de relationele continuïteit van zorg geoptimaliseerd.



Situaties waar dit kansen kan bieden. In specifieke situaties kan een verhuis tussen voorzieningen of leefgroepen/afdelingen wel kansen bieden, op voorwaarde dat dit beslist wordt in overleg met alle betrokkenen en er bij de doorverwijzing een goede communicatie- en informatiestrategie gehanteerd wordt. Gebruik het individuele elektronische dossier van de zorggebruiker en verbaal overleg om voldoende informatie uit te wisselen.

Voorbeeld

Bij zorggebruikers waar regelmatig afzondering of fixatie wordt toegepast, kan een verhuis mogelijkheden bieden tot afbouw hiervan, in dialoog met alle betrokkenen.

- b. Ook samenwerking tussen professionals uit andere organisaties, zorg- en welzijnssectoren bevorderen de continuïteit van zorg/begeleiding tussen de sectoren en organisaties van het zorg- en welzijnslandschap.

Voorbeeld

Betrek de eerstelijns (vb. de huisarts) bij de opname van de zorggebruiker, investeer in een dialoog met andere zorgverleners/begeleiders in het regionale netwerk omtrent het omgaan met risico en vrijheidsbeperking en bouw op casusniveau een samenwerking op tussen de betrokken subsectoren.

B.III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de zorggebruikers

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in:

[B.III.1. Kennismaking met de zorggebruiker en zijn naasten](#)

[B.III.2. Begeleidings-/hulpverleningsrelatie](#)

[B.III.3. Begeleidings- en hulpverleningsaanbod](#)

[B.III.4. Preventieve interventies en alternatieven voor afzondering en fixatie](#)

B.III.1. Kennismaking met de zorggebruiker en zijn naasten

Zet in op een **grondige kennismaking en beeldvorming op maat van de zorggebruiker** om een totaalbeeld van de zorggebruiker te krijgen. Gebruik deze informatie om de begeleidings-/hulpverleningsrelatie op te bouwen en het begeleidings-/hulpverleningsaanbod op af te stemmen.

- a. Doe dit door in dialoog te gaan met de zorggebruiker zelf (desgevallend zijn vertegenwoordiger), zijn naasten en andere voorgaande of huidige zorgverleners/begeleiders. Vraag hiervoor eerst toestemming aan de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) als er voor de naaste of andere zorgverleners/begeleiders onbekende informatie over de zorggebruiker wordt gedeeld.
- b. Breng hiervoor volgende aspecten van de zorggebruiker in kaart:
- behoeftes en noden;
 - cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling, waaronder ook emotie-regulerende vaardigheden;
 - huidige stressoren in het leven van de zorggebruiker, traumatische ervaringen uit het verleden en de verwerking hiervan;
 - reeds toegepaste afzonderings- en fixatiemaatregelen tijdens een vorige opname en de beleving ervan alsook de gebruikte strategieën om ze te verminderen;
 - [communicatieve signalen](#);
 - de sterktes en positieve eigenschappen;
 - talenten, hobby's en interesses;
 - persoonlijke doelen en wensen;
 - dynamieken van het gezin waarbinnen de zorggebruiker leeft en het gewone dag verloop.

B.III.2. Begeleidings-/hulpverleningsrelatie

Investeer van bij de opstart en doorheen de behandeling/begeleiding in een **positieve begeleidings-/hulpverleningsrelatie**.

Wat is...?

Een **positieve begeleidings-/hulpverleningsrelatie** is een relatie tussen zorgverlener/begeleider en zorggebruiker waarin vertrouwen, respect en gelijkwaardige samenwerking centraal staan. Om dit te realiseren zijn volgende aandachtspunten belangrijk:

- **Grondige kennismaking en beeldvorming van de zorggebruiker:** Het is essentieel om een volledig beeld te hebben van de zorggebruiker. Deze informatie is immers noodzakelijk om een authentieke en sterke relatie op te bouwen.
- **Nabijheid en bereikbaarheid:** Wees zowel fysiek als emotioneel continu nabij en beschikbaar voor de zorggebruiker. Toon interesse en betrokkenheid naar de zorggebruiker toe en erken zijn/haar gevoelens. Op die manier voelt de zorggebruiker zich gewaardeerd, veilig en begrepen.
- **Open communicatie en respect:** Wees echt, transparant, eerlijk en open naar de zorggebruiker toe. Hanteer voortdurend een gelijkwaardige dialoog en minimaliseer machtsverhoudingen. Respecteer elkaars waarden, normen en grenzen.
- **Ondersteuning:** Ga een gelijkwaardig partnerschap aan waarin de zorggebruiker actief betrokken wordt om zijn persoonlijke doelen te stellen en door de zorgverlener/begeleider ondersteund wordt om die te bereiken.

Het realiseren van die positieve begeleidings-/hulpverleningsrelatie creëert mogelijkheden voor de zorggebruikers om te groeien en hun autonomie te versterken.

B.III.3. Begeleidings- en hulpverleningsaanbod

Werk een **gepersonaliseerd begeleidings- en hulpverleningsaanbod** voor de zorggebruiker uit.

Wat is...?

Een **gepersonaliseerd begeleidings- en hulpverleningsaanbod** wordt volledig opgesteld in samenspraak met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en is volledig afgestemd op (het bereiken van) zijn/haar persoonlijke doelen en wensen. Om dit te realiseren zijn volgende aandachtspunten belangrijk:

- **Grondige kennismaking en beeldvorming van de zorggebruiker:** Dit is essentieel om de sterktes, talenten, interesses, noden, behoeften, doelen en wensen van de zorggebruiker in kaart te brengen.
- **Positieve begeleidings-/hulpverleningsrelatie:** Een positieve begeleidings-/hulpverleningsrelatie is een essentiële voorwaarde om een ondersteunende omgeving te creëren waarin de zorggebruiker wordt aangemoedigd zijn/haar persoonlijke doelen na te streven.
- **Gepersonaliseerde activiteiten:** Voorzie voldoende mogelijkheden voor gepersonaliseerde activiteiten die zijn aangepast aan de behoeftes, aansluiten bij de interesses en de sterktes van de zorggebruiker benutten.
- **Alternatieven voor geplande afzonderings- en fixatiemaatregelen:** Stimuleer de zoektocht naar alternatieven voor afzonderings- en fixatiemaatregelen die de autonomie van de zorggebruiker beperken of gebruikt worden om schade te vermijden. Zoek naar alternatieven die tegemoetkomen aan de noden en gebruikmaken van de sterktes van de zorggebruiker.

Het uitwerken van een gepersonaliseerd begeleidings- en hulpverleningsaanbod ondersteunt de zorggebruiker in het vergroten van zijn/haar autonomie.

- a. Stel samen met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) in een **multidisciplinair overleg** (zie [C.III.2.1](#)) een **(be)handelings-/begeleidingsplan** op waarin de **afspraken** over het gepersonaliseerde begeleidings- en hulpverleningsaanbod staan beschreven. Overweeg indien de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) dit wenst naasten en/of een orthopedagoog of psycholoog te betrekken.



(be)handelings-/begeleidingsplan. Dit bevat volgende afspraken over het gepersonaliseerde begeleidings- en hulpverleningsaanbod:

- alle informatie uit de kennismaking en beeldvorming;
 - de gepersonaliseerde activiteiten van de zorggebruiker om de persoonlijke doelen te bereiken;
 - alle alternatieven voor en afspraken over het vermijden van [geplande afzonderings- en fixatiemaatregelen](#) op maat van de zorggebruiker en de situatie;
 - alle afspraken over de mogelijke vormen van [geplande afzonderings- en fixatiemaatregelen](#), wanneer dit onvermijdelijk is op maat van de zorggebruiker en de situatie.
- b. Voer minstens meerdere keren per jaar een **kritische evaluatie** uit van het **(be)handelings-/begeleidingsplan in een multidisciplinair overleg** samen met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Wijzig het plan op basis van deze evaluatie.

B.III.4. Preventieve interventies en alternatieven voor afzondering en fixatie

Hanteer preventieve interventies en alternatieven voor afzonderings- en fixatiemaatregelen die gebruikt worden om de autonomie te vergroten of schade te vermijden. Doe dit in samenspraak met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en betrek, indien de zorggebruiker akkoord is, zijn naasten.

Inspiratie

Op basis van informatie uit de richtlijnen voor [woonzorgcentra](#) en [ziekenhuizen, de alternatievenbundel van Vilans](#) en eigen kwalitatief onderzoek ([zie onderzoeksrapport](#)) is onderstaande lijst met concrete interventies en alternatieven opgesteld die hiertoe kunnen bijdragen:

- **Beperk onrust:** Wanneer een situatie voor de zorggebruiker onrust veroorzaakt zal de neiging om zich uit deze situatie te verwijderen toenemen, waardoor het risico op schade verhoogt. Creëer een comfortabele omgeving voor de zorggebruiker door gebruik te maken van vertrouwde voorwerpen, voorwerpen die rust bieden (bijvoorbeeld een verzwaringsdeken) het behouden van routines uit de thuisituatie of een vorige opname en een evenwicht in omgevingsprikkelers te creëren.
- **Persoonlijke ruimte veiliger maken:** Door de persoonlijke ruimte veiliger te maken, kan het risico op incidenten tot schade verlaagd worden, blijft ook de schade beperkt als deze incidenten toch plaatsvinden en hoeft fixatie niet als voorzorgsmaatregel te worden toegepast.
 - Verwijder onveilig of overbodig materiaal of meubilair
 - Voeg veilig materiaal toe zoals een valmat en voldoende steunpunten.
- **Technologische hulpmiddelen:** Technologische hulpmiddelen kunnen enerzijds voorkomen dat afzonderings- of fixatie maatregelen moeten worden toegepast. Anderzijds helpen ze zorgverleners/begeleiders om gerichtere observaties uit te voeren en kunnen ze er ook voor zorgen dat zorggebruikers op de juiste momenten ondersteuning krijgen voor hun noden of behoeften. Belangrijk bij deze hulpmiddelen is dat hiervoor de toestemming van de zorggebruiker wordt gevraagd.
 - Sensoren in het bed of de kamer: Deze sensoren geven een signaal aan de zorgverleners/begeleiders wanneer de zorggebruiker veel beweegt in zijn slaap, op de rand van het bed zit, het bed verlaat, niet binnen een bepaalde tijd is teruggekeerd naar het bed of de kamer verlaat.
 - Dwaaldetectie: Een GPS die de locatie van de zorggebruiker doorgeeft aan de zorgverleners/begeleiders. Zij worden op die manier op de hoogte gebracht wanneer een zorggebruiker de kamer, afdeling/leefgroep of voorziening verlaat.
- **Half rolstoelblad:** Een half rolstoelblad is eigenlijk hetzelfde als een voorzettafel of rolstoelblad, dat maar langs één kant aan de rolstoelleuning vastzit waardoor de zorggebruiker dit zelf kan

openklappen en uit zijn/haar rolstoel kan komen. Op die manier heeft het dezelfde voordelen van een voorzettafel of rolstoelblad, maar beperkt het de bewegingsvrijheid van de zorggebruiker niet.

- **Fysieke beweging:** Fysieke beweging is belangrijk voor zowel de fysieke als mentale gezondheid. Regelmatig bewegen verkleint de kans op vallen, maakt zorggebruikers meer weerbaar tegen valletsels en helpt om energie kwijt te raken waardoor de zorggebruiker 's avonds rustiger is en gemakkelijker kan slapen. Essentieel hierbij is een individueel bewegingsprogramma op maat en met aandacht voor: evenwichtstraining, spierkrachttraining, uithouding, lenigheid/mobiliteit en functionele oefeningen om de zorggebruiker een specifieke handeling zelfstandig opnieuw te laten doen. Daarnaast is het stimuleren van dagelijkse beweging buiten het bewegingsprogramma ook belangrijk. Volgende hulpmiddelen kunnen hiervoor gebruikt worden op voorwaarde dat hulpverleners/begeleiders en zorggebruikers goed ingelicht worden over het correct en veilig gebruik van deze hulpmiddelen:
 - Sta- en loophulpmiddelen: zoals een wandelstok, een rollator en een looprek
 - Trippelstoel: Een stoel met wielen en een rem waarbij zorggebruiker zich kunnen voortbewegen door te trippelen vanop de stoel. Wanneer veiligheidsgordels worden gebruikt om te voorkomen dat een zorggebruiker valt doordat de zorggebruiker onverwacht opstaat en gaat zitten, kies dan voor gordels die de zorggebruiker zelf kan openmaken.
 - Heupbeschermers

C. Toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.I. Kernprincipes voor de toepassing van afzondering en fixatie](#)

[C.II. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie op het niveau van directie en beleidsmedewerkers](#)

[C.III. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar.](#)

C.I. Kernprincipes voor de toepassing van afzondering en fixatie

In dit hoofdstuk volgen de aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar. Deze aanbevelingen gelden voor **alle gevallen in alle sectoren** waarin afzondering en fixatie worden gebruikt *zonder* dat er zich een ernstig en acuut gevaar voordoet. Voor voorzieningen, afdelingen of leefgroepen waarbij afzondering en fixatie in **deze situaties niet overwogen wordt, zijn deze aanbevelingen minder relevant voor de dagelijkse werking van de voorziening.**



De toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar hangt nauw samen met specifieke ondersteuningsnoden en problematieken die in de **geestelijke gezondheidszorg (met uitzondering van gerontopsychiatrie) en jeugdhulp (met uitzondering van kinderen en jongeren met een handicap)** weinig voorkomen. Dergelijke problematieken zijn vaker aanwezig in de ouderenzorg, geriatrie en de zorg voor personen met een handicap. **Voor de overgrote meerderheid van de zorggebruikers binnen de geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp is afzondering of fixatie dan ook niet aan de orde.** Wordt afzondering of fixatie daar uitzonderlijk wel toegepast in functie van een specifieke situatie *zonder* ernstig en acuut gevaar, dan gelden ook daar de aanbevelingen uit dit hoofdstuk.

Toelichting

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn benadrukten experts en zorgverleners/begeleiders uit de geestelijke gezondheidszorg (met uitzondering van gerontopsychiatrie) en jeugdhulp (met uitzondering van kinderen en jongeren met een handicap) dat het essentieel is dat de aanbevelingen over toepassing van afzondering en fixatie geen aanleiding vormen voor een verruimde inzet van afzondering en fixatie in situaties *zonder* ernstig en acuut gevaar. Zij gaven aan dat, hoewel in zeer specifieke en uitzonderlijke situaties bij bepaalde zorggebruikers afzondering en fixatie overwogen zouden kunnen worden, dit uitdrukkelijk niet de richtlijn mag zijn in hun sector. De aanbevelingen in dit hoofdstuk mogen dus niet leiden tot een verhoogde toepassing van afzondering en fixatie, maar dragen bij aan een humanere en veiligere toepassing van de afzonderingen en fixaties waarvan blijkt dat ze in de praktijk soms - als laatste redmiddel - niet vermeden kunnen worden. [[Zie onderzoeksrapport](#)].

Lees eerst deze **belangrijkste kernprincipes** voordat u de aanbevelingen over de toepassing doorneemt.



1. De toepassing van afzondering en fixatie is onlosmakelijk verbonden met de preventie ervan.

Dat betekent dat het preventieve luik van de richtlijn geïmplementeerd moet zijn en alternatieven moeten zijn overwogen alvorens effectief over te gaan tot de toepassing van afzondering en fixatie. Ook tijdens de toepassing moet voortdurend worden nagegaan of afzondering en fixatie alsnog afgebroken of herroepen kunnen worden.

2. De maatregel moet in lijn zijn met het professioneel oordeel van de zorgverlener/begeleider én de toestemming van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

De beslissing om af te zonderen of te fixeren – op voorwaarde dat alternatieven niet langer volstaan – en de wijze van toepassing zijn in lijn met het professioneel oordeel van de zorgverlener/begeleider én met de toestemming van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

3. Wanneer er geen ernstig en acuut gevaar is, mogen afzondering en fixatie niet onder dwang worden toegepast.

Voor de toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar is de vrije toestemming van de zorggebruiker altijd vereist. Deze toestemming moet ook tijdens de uitvoering van de maatregel continu gewaarborgd blijven. Indien de zorggebruiker niet beslissingsbekwaam is, kan een vertegenwoordiger namens hem toestemming geven. Echter, eventueel verzet van de zorggebruiker moet zorgvuldig worden beoordeeld (zie C.III.1.b.).

4. Wanneer er geen sprake is van ernstig en acuut gevaar mogen afzondering en fixatie niet worden toegepast *enkel om de autonomie van anderen* te vergroten.

Afzondering en fixatie zonder ernstig en acuut gevaar mogen uitsluitend worden toegepast om de autonomie van de zorggebruiker *zelf* te vergroten of om schade en escalatie bij de zorggebruiker of anderen te voorkomen. Een maatregel mag niet worden toegepast als deze uitsluitend de autonomie van anderen bevordert, *zonder ook* de autonomie van de zorggebruiker zelf te vergroten of schade en escalatie bij de zorggebruiker of anderen te voorkomen.

5. Afzondering en fixatie mogen niet als collectieve maatregel worden toegepast.

Als afzondering en fixatie worden toegepast, dan gebeurt dat op maat van de gebruiker. Dit betekent dat afzondering of fixatie geen collectieve maatregel kan zijn, zelfs al stemt elke zorggebruiker er individueel mee toe.

6. Afzondering en fixatie zijn niet toelaatbaar als straf.

Afzondering en fixatie mogen nooit als straf gebruikt worden of als straf ervaren worden.

C.II. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie op het niveau van directie en beleidsmedewerkers

De aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.II.1. Ontwikkeling van het toepassingsbeleid](#)

[C.II.2. Procedures](#)

[C.II.3. Opleiding en training van de zorgverleners/begeleiders over de toepassing van afzondering en fixatie](#)

[C.II.4. De plaats waar afzondering gebeurt](#)

[C.II.5. Klachtenprocedures](#)

C.II.1. Ontwikkeling van het toepassingsbeleid

Bepaal welke vormen van afzondering en fixatie in welke situaties en onder welke voorwaarden in de voorziening toegelaten zijn. Volg hierbij de aanbevelingen uit deze richtlijn (zie deel C.).

Indien de voorziening beslist dat afzondering en fixatie in de voorziening nooit gebruikt worden, ook niet bij deze finaliteiten, dan zijn de aanbevelingen uit deel C. van deze richtlijn minder relevant voor de dagelijkse werking in die voorziening.

C.II.2. Procedures

Ontwikkel **gedetailleerde en heldere** procedures voor de veilige toepassing van afzondering en fixatie, zowel voor de zorggebruikers als voor het personeel.



Gedetailleerde en heldere procedures. Gebruik dezelfde procedures in de hele voorziening, tenzij afwijkingen voor specifieke afdelingen/leefgroepen of doelgroepen noodzakelijk zijn. Informeer de zorggebruikers (desgevallend hun vertegenwoordigers) en naasten over deze procedures zodat ze begrijpen op welke wijze afzondering en fixatie plaatsvinden.

- Ontwikkel deze procedures op basis van de aanbevelingen uit deze richtlijn, inclusief de definities die duidelijk maken wat afzondering en de verschillende vormen van fixatie zijn. Voorzie een draaiboek/procedure met de beslissingsprincipes en de te volgen stappen bij de toepassing van afzondering en fixatie.
- Overweeg om **teams met specifieke expertise** in afzondering en fixatie op te richten. Zij kunnen een aanspreekpunt en 'goed voorbeeld' vormen. Wanneer afzondering en fixatie door het specifieke team worden toegepast, verhoogt dat bovendien de uniformiteit en juistheid van de toegepaste procedures.

Voorbeeld

Het centraal beheren van het fixatiemateriaal kan deel uitmaken van het aanbod van dit gespecialiseerd team. Dit draagt bij tot de controle op kwaliteit en de inzet van het materiaal.

C.II.3. Opleiding en training van de zorgverleners/begeleiders over de toepassing van afzondering en fixatie

Voorzie in grondige en frequente **opleiding en training** van de zorgverleners/begeleiders over de toepassing van afzondering en fixatie. Deze opleidingen en trainingen zijn steeds gekoppeld aan opleidingen en trainingen over de preventie van afzondering en fixatie (zie B.I.2.).



Opleiding. De opleiding richt zich op het vergroten van kennis en inzicht:

- Zowel feiten en mythes over afzondering en fixatie als ook de oorzaken en in standhoudende factoren van afzondering en fixatie gerelateerd aan de zorgverlener/begeleider, de zorggebruiker en de interactie tussen beide.

- De juridische voorwaarden en mensenrechtelijke beginselen, de procedures over de toepassing en de correcte en kritische registratie van afzondering en fixatie.



Training. De training richt zich op het ontwikkelen van vaardigheden inzake:

- Attitudes volgens de zorg-/begeleidingsvisie;
- Respectvolle bejegening van de zorggebruiker;
- Het betrekken van naasten;
- Communicatievaardigheden en gebruik van positieve bekrachtigingsprincipes;
- Het uitvoeren van een functieanalyse van het doelgedrag;
- Emotieregulatie vaardigheden;
- Creatief en kritisch denken over het gebruik van alternatieven;
- Het beslissingsproces om te bepalen of er overgegaan wordt tot fixatie en het flexibel en kritisch omgaan met fixatieprocedures;
- Technische vaardigheden in het veilig toepassen van de verschillende vormen van afzondering en fixatie;
- Vroegtijdige herkenning van mogelijke negatieve gevolgen van afzondering en fixatie;
- Het voeren van nabesprekingen met de zorggebruiker.

Ga bij deze opleidingen en trainingen **ervaringsgericht** te werk. Creëer specifieke situaties waarbij zorgverleners/begeleiders concrete ervaringen opdoen om te kunnen reflecteren over hun eigen handelen, bv. via een rollenspel of workshop.

C.II.4. De plaats waar afzondering gebeurt

Afzondering kan plaatsvinden in een daartoe geschikte kamer. Dit kan afhankelijk van de situatie en de kenmerken van de zorggebruiker en diens voorkeuren in de eigen kamer, de afzonderingskamer of een andere daartoe ingerichte kamer zijn.



De zorgverlener/begeleider oordeelt of de mate van agressie en/of escalatie afzondering in de eigen kamer toelaat. Indien dit niet het geval is, past hij indien nodig de beschreven aanbevelingen voor situaties met acuut en ernstig gevaar toe (zie deel C. toepassingsaanbevelingen uit de *Multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie & escalatie, en de toepassing ervan bij ernstig en acuut gevaar*).

C.II.5. Klachtenprocedures

Investeer bij voorkeur in een **samenwerkingsrelatie** met zorggebruikers, vertegenwoordigers en naasten. Behandel zo op responsieve en informele wijze vragen, bedenkingen en klachten. Ontwikkel hiervoor **gebruiksvriendelijke interne klachtenprocedures**. **Informe**er het personeel, de zorggebruikers (desgevallend hun vertegenwoordigers) en hun naasten op duidelijke wijze over zowel **interne** als **externe klachtenprocedures**. Zorg dat zij hier te allen tijde toegang toe hebben en dat hun toegang tot juridische bijstand verzekerd is.

Voorbeeld

Er kan een getrapte aanpak voor klachtenmanagement uitgewerkt worden. Daarbij wordt eerst geprobeerd om een klacht op het laagste niveau uit te klaren, namelijk tussen de zorggebruiker en zorgverlener/begeleider. Indien dit niet lukt, kan de interne/externe ombudspersoon de klacht met de zorggebruiker proberen uit te klaren. Blijft ook de bemiddelingsfase zonder resultaat, dan kan de klacht desgewenst worden opgevolgd via een gerechtelijke procedure.

Een getrapte aanpak mag de zorggebruiker evenwel niet verhinderen om zijn klacht onmiddellijk extern te formuleren.

C.III. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar

De aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.III.1. Grondvoorwaarden voor de toepassing](#)

[C.III.2. Voorafgaande afspraken over het gebruik van afzondering en fixatie](#)

[C.III.3. Het opstarten van de maatregel](#)

[C.III.4. Uitvoeren van de maatregel](#)

[C.III.5. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel](#)

[C.III.6. Na het beëindigen van de maatregel](#)

C.III.1. Grondvoorwaarden voor de toepassing

De toepassing van afzondering en fixatie kan in specifieke gevallen bij specifieke zorggebruikers in situaties zonder ernstig en acuut gevaar overwogen worden indien aan **drie grondvoorwaarden** is voldaan.

- a. Alle preventieve strategieën en technieken uit deze richtlijn (zie deel B.) blijken niet te werken.
- b. De **zorggebruiker** gaat ermee akkoord om in de specifieke situatie afgezonderd of gefixeerd te worden. Dit gebeurt op basis van **vrije en geïnformeerde toestemming**, die expliciet aan de zorgverleners/begeleiders wordt gegeven. Deze toestemming moet zowel **bij de aanvang** als **gedurende de volledige uitvoering** van de maatregel aanwezig blijven. Is een zorggebruiker **beslissingsonbekwaam**, dan mag zijn **vertegenwoordiger** toestemming geven, maar moet **verzet** van de zorggebruiker worden ingeschat.



Vrije en geïnformeerde toestemming. De toestemming gegeven door de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) voldoet aan volgende voorwaarden. Deze toestemming is vrij van dwang en richt zich op een specifieke handeling. De toestemming wordt voorafgaand aan een handeling gegeven en is bovendien te allen tijde herroepbaar, ook wanneer hierover voorafgaand afspraken gemaakt zijn.



Beslissingsbekwaamheid beoordelen. Beslissingsbekwaamheid is het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen. Dat is geen ‘alles of niets kwestie’ maar een gradueel concept dat zich situeert op een continuüm gaande van volledige beslissingsbekwaamheid, over gedeeltelijke beslissingsbekwaamheid tot volledige beslissingsonbekwaamheid (Liégeois, 2014, 2018).

Beslissingsbekwaamheid wordt niet bepaald door een aandoening of leeftijd. Ook minderjarigen, personen met een verstandelijke handicap en personen met dementie kunnen beslissingsbekwaam zijn. Bovendien kan beslissingsbekwaamheid variëren in de tijd en de situatie (bv. crisis vs. geen crisis), en afhangen van de specifieke aard van de beslissing (Liégeois, 2014, 2018). De beslissingsbekwaamheid moet specifiek worden beoordeeld in de context van afzondering of fixatie en dient regelmatig herbeoordeeld te worden.

Het is de zorgverlener/begeleider die de beslissingsbekwaamheid beoordeelt. Er zijn geen vaste regels over hoe dat gebeurt. Wel bestaan er verschillende instrumenten die de zorgverlener/begeleider hierbij kunnen helpen. Eén daarvan is ontwikkeld door Liégeois (2018) en laat toe om 10 criteria voor beslissingsbekwaamheid te scoren op een zes-puntenschaal. Een zorggebruiker die op de meeste van deze criteria hoog scoort, zal wellicht zelf kunnen beslissen; een zorggebruiker die op de meeste van de criteria minder hoog scoort, zal bij de besluitvorming de hulp van anderen nodig hebben.

Figuur 4 Instrument om de beslissingsbekwaamheid te evalueren (Liégeois, 2018)

1. Begrijpen informatie	----- + ++ +++
2. Toepassen informatie op eigen situatie	----- + ++ +++
3. Inzicht verwerven in eigen situatie	----- + ++ +++
4. Overwegen keuzemogelijkheden	----- + ++ +++
5. Inschatten gevolgen voor zichzelf	----- + ++ +++
6. Inschatten gevolgen voor anderen	----- + ++ +++
7. Motiveren keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze	----- + ++ +++
8. Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit	----- + ++ +++
9. Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf	----- + ++ +++
10. Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen	----- + ++ +++



Vertegenwoordiger. Bij een beslissingsonbekwame zorggebruiker wordt de toestemming voor afzondering en fixatie gegeven door de vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger heeft de opdracht om de stem van de zorggebruiker te vertolken en op zoek te gaan naar wat de zorggebruiker in dit geval zou willen. De beslissingsonbekwame zorggebruiker wordt daarbij maximaal betrokken. Aan de mening van de zorggebruiker moet dus de nodige aandacht besteed worden, in het bijzonder wanneer hij dichter aanleunt bij de beslissingsbekwaamheid.

Wie de beslissingsonbekwame zorggebruiker vertegenwoordigt, wordt door de wet bepaald.

- Voor minderjarigen gaat het om de **ouders, pleegouders of voogd**. In principe treden beide ouders samen op als vertegenwoordiger. Tenzij de zorgverleners/begeleiders aanwijzingen hebben dat er onenigheid bestaat tussen de ouders, mogen ze ervan uitgaan dat één ouder optreedt in naam van beiden.
- Voor meerderjarigen gaat het om (1) een vertegenwoordiger die door de betrokkene werd aangewezen toen hij nog beslissingsbekwaam was; (2) de bewindvoerder voor zover deze bevoegd is; (3) de echtgenoot of samenwonende partner; (4) een meerderjarig kind; (5) een ouder; (6) een meerderjarige broer of zus.



Verzet. Wanneer een persoon die beslissingsonbekwaam is zich vooraf of tijdens de uitvoering van afzondering of fixatie verzet, moet dit verzet zorgvuldig worden beoordeeld. In tegenstelling tot een beslissingsbekwame persoon, leidt verzet bij een beslissingsonbekwame persoon niet automatisch tot het beëindigen van de maatregel. In twee gevallen kan verzet aanleiding geven tot het heroverwegen van de genomen beslissing.

- Het verzet kan aanleiding geven tot een **heroverweging van de beslissingsonbekwaamheid**. Indien uit het verzet en de wijze waarop dat geuit wordt, blijkt dat de zorggebruiker alsnog beslissingsbekwaam is, dan herroept het verzet de beslissing van de vertegenwoordiger.

Toelichting

Wanneer met toestemming van de vertegenwoordiger afzondering of een fixatiemiddel wordt toegepast en uit het verzet van de zorggebruiker blijkt dat de zorggebruiker begrijpt wat er gebeurt en hij met het verzet aangeeft dat de genomen maatregel voor hem niet in verhouding staat tot het doel, **moet** de afzondering/fixatie beëindigd worden.

- Het verzet kan aanleiding geven tot een **heroverweging van de door de vertegenwoordiger genomen beslissing**.

Toelichting

Wanneer met toestemming van de vertegenwoordiger afzondering of een fixatiemiddel wordt toegepast en uit het verzet van de zorggebruiker niet blijkt dat hij de situatie begrijpt, maar wel blijkt dat de afzondering of het gekozen fixatiemiddel als onaangenaam wordt ervaren, kan dat aanleiding geven tot een zoektocht naar alternatieven - die al dan niet in een bepaalde mate vrijheidsbeperkend - zijn waartegen de zorggebruiker zich niet verzet.

- c. De afzondering en fixatie stemt overeen met het **professioneel oordeel** van de zorgverleners/begeleiders, die onder meer beoordeelt of het te **bereiken doel in verhouding staat tot het middel**.



Doel in verhouding tot het middel. De maatregel moet proportioneel zijn en in verhouding staan tot het beoogde doel. Dit wil zeggen dat de afzondering of fixatie de welomschreven aspecten van de autonomie van de zorggebruiker moet kunnen versterken en/of welomschreven schade moet kunnen vermijden en/of de toenemende agressie en escalatie moet kunnen voorkomen, én dat dit doel voor de zorggebruiker belangrijk genoeg is om hiervoor af te zonderen of te fixeren.

C.III.2. Voorafgaande afspraken over het gebruik van afzondering en fixatie

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.III.2.1. Afspraken maken in een multidisciplinair overleg](#)

[C.III.2.2. \(Be-\)handelings-/begeleidingsplan of het signaleringsplan](#)

[C.III.2.3. Evaluatie van de afspraken uit het signaleringsplan of \(be\)handelings-/begeleidingsplan](#)

C.III.2.1. Afspraken maken in een multidisciplinair overleg

Afzondering en fixatie mogen niet worden toegepast zonder dat hier vooraf afspraken over werden gemaakt. Dat gebeurt in een **multidisciplinair overleg** waarbij de **zorggebruiker** (desgevallend zijn vertegenwoordiger) **volwaardige partners** zijn. Dit overleg is **afgestemd op de zorggebruiker**.

- Organiseer** dit multidisciplinair overleg **in de beginperiode van het verblijf** van de zorggebruiker en **herhaal** dit **doorheen de periode waarin de zorggebruiker in de voorziening verblijft/woont**. Doe dit ten minste elke keer bij de **evaluatie van het (be-)handelings-/begeleidingsplan of het signaleringsplan** (zie deel C.III.2.2.).
- Streef naar **maximale samenwerking** tussen **zorgverleners/begeleiders** met **diverse expertises** en de **zorggebruiker** (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Indien de zorggebruiker akkoord is, kan het zinvol zijn om naasten te betrekken. Zij kunnen namelijk waardevolle inzichten bieden in het gedrag, de voorkeuren en het welzijn van de zorggebruiker.



Diverse expertises. Betrek zoveel mogelijk zorgverleners/begeleiders uit verschillende disciplines, rekening houdend met hun specifieke kennis over afzondering en fixatie en hun rol bij de latere uitvoering van de maatregel. Betrek steeds een arts, en overweeg – afhankelijk van de situatie – ook de betrokkenheid van een verpleegkundige, zorgkundige, ergotherapeut, of persoon opgeleid tot bekwame helper.



Binnen de integrale jeugdhulp en het jeugddelinquentierecht kunnen ook begeleiders overgaan tot afzondering, mechanische fixatie of fysieke interventie, op voorwaarde dat de onderliggende oorzaak niet medisch van aard* is en de toepassing ervan geen medisch-technische expertise** vereist. In dat geval is de betrokkenheid van medische beroepen niet vereist.

* De situatie waarin afzondering en fixatie een risico vormt, volgt uit het gedrag van de zorggebruiker. Elk gedrag is multifactorieel bepaald. Wanneer er geen medische diagnose of (psycho)pathologie aan de basis ligt van het gedrag van de zorggebruiker is de onderliggende oorzaak van de afzondering of fixatie niet medisch van aard.

** Medisch-technische expertise houdt in deze context in dat de zorgverlener over de medische vaardigheden en technieken beschikt om de maatregel veilig en humaan toe te passen. Dit veronderstelt ook medische kennis over de onderliggende oorzaken van de afzondering of fixatie.

- c. Ga met alle betrokkenen **in dialoog** over **welke interventies kunnen helpen** in situaties zonder ernstig en acuut gevaar. **Afzonderings- en fixatiemaatregelen** komen pas ter sprake **nadat alle mogelijke alternatieven zijn overwogen**.



In dialoog gaan. Plaats de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) niet onder druk om voor afzondering of fixatie te kiezen, ook al werden deze maatregelen reeds in het verleden toegepast. Wees bovendien alert voor eventuele gelatenheid bij de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en beraag hen hierover actief.

- d. Kom tot een **gezamenlijke beslissing** over het **type maatregel**, de **situatie(s)** waarin de maatregel wordt toegepast, de **toezicht-, opvolging-, en evaluatiemomenten** als ook de **doelstelling en stappen tot afbouw**. Zorg dat al deze aspecten van de afgesproken **maatregel op maat** zijn van de **zorggebruiker** en de **situatie** waarin deze wordt toegepast.



Maatregel op maat. De gekozen maatregel, de plaats waar en hoe die wordt toegepast, moet veilig zijn en rekening houden met:

- De voor- en afkeuren van de zorggebruiker;
- De ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker;
- Fysieke en medische kwetsbaarheden;
- Eventuele psychotrauma uit het verleden;
- De voorgeschiedenis met afzonderings- en fixatiemaatregelen;
- De ernst van de situatie en het beoogde doel (proportionaliteit & subsidiariteit);
- Het vermijden van de gelijktijdige toepassing van afzondering en fixatie.

- e. **Beschrijf** de **afspraken** uit het multidisciplinair overleg en de **toestemming van de zorggebruiker** (desgevallend zijn vertegenwoordiger) met deze afspraken in het **(be-)handelings-/begeleidingsplan of het signaleringsplan**.



Afspraken multidisciplinair overleg. Beschrijf volgende zaken uit het multidisciplinair overleg:

- De expliciete toestemming van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) voor een bepaalde afzonderings- en fixatie maatregel. Ook de verbale en non-verbale signalen van de zorggebruiker die wijzen op toestemming of verzet.
- De reden voor toepassing, het type maatregel, de techniek, het materiaal en de situatie waarin de toepassing gebeurt.
- De opstart, de uitvoering, het toezicht, de opvolging, en de evaluatiemomenten alsook de doelstelling en stappen tot afbouw van de afgesproken maatregelen.
- De voor- en afkeuren van een beslissingsbekwame zorggebruiker over het informeren van naasten wanneer afzondering of fixatie wordt toegepast.
- De voor- en afkeuren van de vertegenwoordiger van een beslissingsonbekwame zorggebruiker wanneer afzondering of fixatie wordt toegepast.

C.III.2.2. (Be-)handelings-/begeleidingsplan of het signaleringsplan

- a. Voor afzonderingen en fixaties die voornamelijk tot doel hebben **schade te vermijden en/of autonomie te vergroten**, worden de afspraken over de toepassing ervan opgenomen in het **(be-)handelings/begeleidingsplan**. Deze afzonderings- en fixatiemaatregelen worden zoveel mogelijk (zie C.III.3., rode kader) vooraf gepland in het multidisciplinair overleg.



Geplande maatregel. Een maatregel wordt als gepland beschouwd wanneer deze vooraf wordt bepaald in termen van uitvoering, timing en locatie in het licht van (een) gebeurtenis(sen) die zeker zal/zullen plaatsvinden.

- b. Voor afzondering en fixaties die voornamelijk tot doel hebben **escalatie te voorkomen**, worden de afspraken over de toepassing ervan opgenomen in het **signaleringsplan**. De afspraken die gemaakt zijn in

het signaleringsplan worden toegelicht in het multidisciplinair overleg, en eventueel aangevuld op basis van dit overleg.

Wat is...?

Het **signaleringsplan** brengt in kaart wat voor de zorggebruiker 'triggers' zijn om overstuurd, geagiteerd of gestresseerd te geraken; welke tekenen van de zorggebruiker wijzen op dreigende escalatie en hoe hijzelf of anderen hierop kunnen reageren om de spanning te doen afnemen. Het laatste onderdeel van het signaleringsplan heeft betrekking op die situaties waarin de preventieve interventies en alternatieven niet blijken te werken om escalatie en/of agressie te doen verminderen.

C.III.2.3. Evaluatie van de afspraken uit het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan

De afspraken in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan moeten doorheen de behandeling op vaste momenten worden geëvalueerd en bijgesteld.

- a. Voer **meerdere keren per jaar** een **kritische evaluatie** uit van de afspraken over afzondering en fixatie (zie C.III.2.1.d.) Doe dit bovendien telkens wanneer een multidisciplinair overleg plaatsvindt of wanneer de zorggebruiker zich tegen de afgesproken maatregelen verzet.



Kritische evaluatie. Kiezen voor afzondering en fixatie mag niet het eindpunt zijn. Ga daarom steeds na of alternatieve interventies mogelijk zijn en of de doelstellingen tot afbouw van de maatregel worden gevolgd.

- b. Herbekijk het **signaleringsplan**, samen met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger), bovendien elke keer nadat zich een incident van agressie of escalatie heeft voorgedaan.
- c. Schrap afgebouwde afzonderings- of fixatiemaatregelen uit het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan.
 - Werk eventueel met een proefperiode zodat het schrappen van de maatregel pas definitief is als het afbouwproces volledig is doorlopen.

C.III.3. Het opstarten van de maatregel


Wanneer een situatie zich voordoet zoals omschreven in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan, kan worden overwogen om, in overeenstemming met de gemaakte afspraken, de maatregel op te starten. Of daadwerkelijk tot afzondering of fixatie wordt overgegaan, hangt af van het professionele oordeel van de betrokken zorgverleners/begeleiders en het akkoord van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger).




Afzondering en fixatie mogen niet worden toegepast zonder voorafgaande afspraken in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan. Wanneer het uitzonderlijk toch niet mogelijk is om vooraf afspraken te maken of als van de gemaakte afspraken wordt afgeweken, kan de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) *ad hoc* toestemming verlenen. In dat geval wordt de situatie geëvalueerd en meegenomen bij de verdere ontwikkeling van het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan.

- a. Het **professioneel oordeel** van de zorgverleners/begeleiders is belangrijk. Het feit dat in een bepaalde situatie is afgesproken dat afzondering en fixatie toegepast kunnen worden, betekent niet automatisch dat dit ook daadwerkelijk moet gebeuren wanneer de situatie zich voordoet. Zorgverleners/begeleiders dienen altijd te beoordelen of de maatregel het beoogde doel kan bereiken en of de toepassing ervan in de specifieke situatie proportioneel is. Indien de beslissing afwijkt van de voorafgaande afspraken over het gebruik van afzondering en fixatie (zie C.III.2.) dan kan een nieuwe multidisciplinaire afstemming nodig zijn.
- b. Het is cruciaal dat de zorggebruiker nog steeds **akkoord is**. Hoe dit beoordeeld wordt, hangt af van de **beslissingsbekwaamheid van de zorggebruiker**. Bij een beslissingsbekwame zorggebruiker onderzoeken de

zorgverleners/begeleiders of deze nog steeds **akkoord** is met de **eerder gegeven toestemming**. Bij een beslissingsonbekwame zorggebruiker wordt de toestemming afgetoetst met de vertegenwoordiger, terwijl ook eventueel **verzet** van de zorggebruiker zelf wordt beoordeeld.

 **Beslissingsbekwame zorggebruiker.** Bij voorkeur wordt expliciet aan de zorggebruiker gevraagd of hij nog steeds akkoord is met de gemaakte afspraken. Als de zorggebruiker zich niet verbaal kan uitdrukken, kan uit zijn gedrag (verbale en/of non-verbale signalen) worden afgeleid of hij nog steeds akkoord is.

 **Beslissingsonbekwame zorggebruiker.** Als afzondering of fixatie bij wijze van **ongeplande maatregel** overwogen wordt bij een zorggebruiker die beslissingsonbekwaam is, wordt zijn **vertegenwoordiger** gecontacteerd om na te gaan of hij – conform de gemaakte afspraken – akkoord is met de uitvoering van de maatregel. Bij **geplande maatregelen** is dit niet noodzakelijk omdat de vertegenwoordiger door het geplande karakter ervan al op de hoogte is.



Als de vertegenwoordiger bij de opmaak van het signaleringsplan expliciet aangeeft dat hij niet bij elke toepassing op de hoogte wil worden gebracht, hoeft hij niet bij elke ongeplande maatregel gecontacteerd te worden. In dat geval wordt de vertegenwoordiger op regelmatige tijdstippen, zoals afgesproken in het signaleringsplan, geïnformeerd over de maatregel.

Let zowel bij **geplande als ongeplande maatregelen** tegelijkertijd op de **mening van de zorggebruiker**, en in het bijzonder op verbaal of non-verbaal **verzet** tegen de uitvoering van de maatregel. Beoordeel samen met de vertegenwoordiger het gewicht van dit verzet. Voer de maatregel niet uit als uit het verzet blijkt dat de zorggebruiker de situatie en de gevolgen ervan begrijpt.



Voer afzondering en fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar nooit uit wanneer de zorggebruiker desgevallend zijn vertegenwoordiger niet akkoord is op dat moment, ook al zijn er op voorhand afspraken gemaakt over de maatregel.

C.III.4. Uitvoeren van de maatregel

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.III.4.1. Wie voert de maatregel uit?](#)

[C.III.4.2. Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit](#)

[C.III.4.3. Registratie van afzondering en fixatie](#)

[C.III.4.4. Toezien, opvolgen en evalueren](#)

C.III.4.1. Wie voert de maatregel uit?

Afzondering of fixatie mag alleen worden uitgevoerd door zorgverleners/begeleiders die specifiek **opgeleid** zijn voor deze maatregel en die volgens de wet **bevoegd** zijn. Bij voorkeur zijn dit zorgverleners/begeleiders waarmee de zorggebruiker **vertrouwd** is. Uitvoeren behelst: opstarten, toezien, opvolgen, evaluatie en registratie. Zorgverleners/begeleiders die een slecht gevoel, stress of ongemak ervaren bij het uitvoeren van de maatregel, nemen niet deel aan de uitvoering, tenzij de veiligheid van anderen in gevaar komt.



Volgens de wet bevoegd. Wie volgens de wet bevoegd is om de maatregel uit te voeren, kan verschillen naargelang de sector waarin de maatregel wordt toegepast, het doel van de maatregel en de specifieke context waarbinnen de maatregel wordt toegepast.

In de meeste gevallen worden afzondering en fixatie beschouwd als medische handelingen. Dit houdt in dat artsen, en in de meeste gevallen ook verpleegkundigen en zorgkundigen de maatregel kunnen

uitvoeren. In bepaalde gevallen en onder bepaalde voorwaarden kan de uitvoering ook worden toevertrouwd aan ergotherapeuten of bekwame helpers.

Binnen de integrale jeugdhulp en het jeugddelinquentierecht kunnen ook begeleiders overgaan tot afzondering, mechanische fixatie of fysieke interventie, op voorwaarde dat de onderliggende oorzaak niet medisch van aard is en de toepassing ervan geen medisch-technische expertise vereist.



Opgeleid. Het is belangrijk dat de zorgverleners/begeleiders die de maatregel uitvoeren, opgeleid zijn in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzondering en fixatie.



Vertrouwd. De maatregel wordt bij voorkeur uitgevoerd door zorgverleners/begeleiders met wie de zorggebruiker vertrouwd is. Indien zij niet bevoegd of opgeleid zijn om deze maatregel uit te voeren en daarom andere zorgverleners/begeleiders betrokken worden, wordt de zorggebruiker vergezeld door zorgverleners/begeleiders waarmee hij wel vertrouwd is.

C.III.4.2. Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit

Respecteer hierbij steeds de basisbehoeften en privacy van de zorggebruiker.

- a. Gebruik **veilige technieken en materialen** en **communiceer gedurende de hele interventie op maat van de zorggebruiker**.



Veilige technieken en materialen. Gebruik steeds technieken die veilig zijn voor zorggebruikers en personeel voor het uitvoeren van de maatregel. Bij mechanische fixatie zijn volgende aandachtspunten belangrijk:

- Gebruik materiaal dat comfortabel, veilig, zacht en flexibel is en waarvan de sloten of knopen makkelijk te openen zijn door de zorgverlener. Zorg bovendien dat de maat van het materiaal aangepast is aan de zorggebruiker.
- Gebruik het materiaal zoals voorgeschreven in de handleiding.
- Breng fixatiemateriaal nooit aan op katheters.
- Zet de stoel of het bed waarin de zorggebruiker gefixeerd is steeds op de rem en steeds zo laag mogelijk.
- Bij het gebruik van beddekken:
 - Laat zo weinig mogelijk ruimte tussen beddekken die omhoog staan en de matras waarop de zorggebruiker ligt.
 - Als beddekken gecombineerd worden met een andere mechanische fixatie, bevestig dit fixatiemateriaal dan aan het bed zelf en niet aan de beddekken.



Communiceer op maat van de zorggebruiker. Ga tijdens de uitvoering van de maatregel aandachtig en bewust om met je wijze van communiceren, zowel verbaal als non-verbaal. Wees respectvol, empathisch en betrokken. Stel je communicatie af op de noden van de zorggebruiker zodat je altijd bereikbaar bent voor vragen, verzoeken en uitingen van behoeften (verbaal en non-verbaal). Heb in het bijzonder aandacht voor verbaal en non-verbaal verzet. Vertel ook telkens wat er zal gebeuren, tenzij dit zou leiden tot meer onrust of escalatie.

- b. Zorg ervoor dat de zorggebruiker **maximaal en zo autonoom** mogelijk kan voldoen aan zijn **noden en basisbehoeften**.



Noden en basisbehoeften. Tijdens de uitvoering van de maatregel moet aan volgende noden en behoeften van de zorggebruiker worden voldaan:

- Dorst en honger;
- Hygiënische lichaamsverzorging en toiletbehoeften;
- Fysiek comfort;
- Mogelijkheid tot contact met naasten zowel fysiek als met communicatiemiddelen.

- c. **Respecteer de privacy** van de zorggebruiker maximaal indien er in samenspraak met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) voor gekozen wordt om de afzondering uit te voeren in een **afzonderingskamer**.



Respecteer de privacy. Bescherm tijdens de uitvoering en het toezicht van de maatregel maximaal de privacy van de zorggebruiker. Voer de maatregel daarom zoveel mogelijk buiten het zicht van omstaanders uit. Geef de zorggebruiker de ruimte om tijdens hygiënische lichaamsverzorging en toiletbehoefte alleen te zijn. Maak van deze handelingen geen (herkenbaar) beeldmateriaal. Zorg bij gebruik van camera's dat eventuele monitors met de camerabeelden niet zichtbaar zijn voor toevallige passanten, andere zorggebruikers en omstaanders.

C.III.4.3. Registratie van afzondering en fixatie

De toepassing van afzondering en fixatie wordt **geregistreerd**. Hoe die registratie verloopt, is anders voor [geplande](#) dan voor [on geplande maatregelen](#).

- a. **On geplande maatregelen** in de context van agressie en escalatie worden geregistreerd in het **individueel dossier van de zorggebruiker**.



Inhoud registratie. Minstens volgende elementen worden in de registratie opgenomen.

- Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- De omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;
- Het tijdstip van begin en einde;
- De naam van de verantwoordelijke die de maatregel heeft opgestart of bevestigd;
- Afwijkingen ten opzichte van afgesproken maatregelen in het signaleringsplan;
- De eventuele verwondingen bij de zorggebruiker en/of de zorgverleners/begeleiders;
- De eventuele opmerkingen van de zorggebruiker met betrekking tot het verloop van de afzondering of fixatie (zie D.I.6.2.);
- De tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;
- De nabespreking.

- b. **Geplande maatregelen** om schade te vermijden en/of autonomie te vergroten, worden geregistreerd in het **(be)handelings- en begeleidingsplan**. Deze registratie vindt in principe plaats **bij de opmaak of wijziging van het plan**.



Inhoud registratie. Registreer eenmalig in het **(be)handelings-/begeleidingsplan** de volgende elementen en zorg ervoor dat die automatisch worden opgenomen in de dagplanning in het individuele dossier van de zorggebruiker:

- Het type maatregel;
- De redenen voor de geplande toepassing van afzondering en fixatie, beoordeeld vanuit het functioneren van de zorggebruiker en met in achtneming van de (sociaal-emotionele) ontwikkeling en levenskwaliteit;
- De vaste momenten waarop of situaties waarin de maatregel wordt toegepast;
- De naam van de verantwoordelijke die over de opstart beslist.

Registreer afwijkingen van de afspraken opgenomen in het (be)handelings/begeleidingsplan, **verwondingen** en andere **incidenten** in het individuele dossier van de zorggebruiker.

C.III.4.4. Toezien, opvolgen en evalueren

Afspraken over de toezicht-, opvolging-, en evaluatiemomenten, worden samen met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) in het multidisciplinair overleg gemaakt. Deze afspraken worden beschreven in het (be-)handelings-/begeleidingsplan of het signaleringsplan (zie C.III.2.1.c. en d.).

C.III.5. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.III.5.1. Wanneer de maatregel beëindigen?](#)

[C.III.5.2. Wie beëindigt de maatregel?](#)

C.III.5.1. Wanneer de maatregel beëindigen?

De maatregel mag nooit langer toegepast worden dan op voorhand werd afgesproken of dan nodig is. In volgende vijf gevallen moet de maatregel beëindigd worden.

- a. Wanneer het in de situatie **niet langer vereist of gewenst is** en/of alternatieve oplossingen opnieuw geprobeerd kunnen worden.
- b. Wanneer de maatregel **niet effectief blijkt** te zijn, bijvoorbeeld als deze contraproductief werkt, niet leidt tot de gewenste verbetering van de autonomie, het vermijden van schade en het voorkomen van escalatie of agressie.
- c. Wanneer de **beslissingsbekwame zorggebruiker** niet langer akkoord is met de uitvoering van de maatregel. Dit kan zowel expliciet, doordat de zorggebruiker dit zelf aangeeft, als impliciet blijken uit de wijze waarop de zorggebruiker zich gedraagt.
- d. Wanneer de **vertegenwoordiger van de beslissingsonbekwame** zorggebruiker niet langer akkoord is met de uitvoering van de maatregel. Dit kan zowel expliciet als impliciet blijken, bijvoorbeeld uit de feiten.
- e. Wanneer de **beslissingsonbekwame zorggebruiker** zich op **standvastige wijze** tegen de uitvoering van de maatregel **verzet** en uit dit verzet blijkt dat hij de situatie en de mogelijke gevolgen van het stopzetten van de maatregel begrijpt.



Als de zorgverlener/begeleider oordeelt dat het beëindigen van de maatregel zou leiden tot ernstig en acuut gevaar, is de *multidisciplinaire richtlijn voor de preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie*, en de *toepassing ervan bij ernstig en acuut gevaar van toepassing*. In dat geval past hij de daarin beschreven aanbevelingen toe en kan hij, indien onvermijdelijk, overgaan tot de toepassing van afzondering of fixatie onder dwang.

C.III.5.2. Wie beëindigt de maatregel?

De zorgverleners/begeleiders die het toezicht uitvoeren en de evaluatie van het effect van de maatregel opvolgen, zijn verantwoordelijk voor het beëindigen ervan. Als de maatregel niet wordt beëindigd door de verantwoordelijke die deze heeft gestart, wordt hij of zij zo snel mogelijk op de hoogte gebracht van de beëindiging.⁴

⁴ Deze aanbeveling is, wanneer een arts verantwoordelijk is voor de maatregel, niet uitvoerbaar zonder tussenkomst van de wetgever. Volgens de huidige wetgeving behoort de bevoegdheid tot beëindiging toe aan de verantwoordelijke voor de maatregel.

C.III.6. Na het beëindigen van de maatregel

Deze aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.III.6.1. Nabespreking met de zorggebruiker](#)

[C.III.6.2. Opmerking van de zorggebruiker in het individuele dossier van de zorggebruiker](#)

C.III.6.1. Nabespreking met de zorggebruiker

Ook na het beëindigen van de maatregel is opvolging van de zorggebruiker belangrijk. Bespreek op maat van de zorggebruiker de uitvoering van de maatregel en hoe de zorggebruiker de toepassing ervaart.

- a. Voer de nabespreking altijd na [on geplande interventies](#) en bied steeds de mogelijkheid bij [geplande interventies](#).
- b. Pas de **vorm, het tijdstip en de duur** van het gesprek aan **op maat van de zorggebruiker**.



Op maat van de zorggebruiker. Pas de nabespreking aan volgens de noden en mogelijkheden van de zorggebruiker. Als een zorggebruiker nog niet meteen de maatregel wil nabespreken, respecteer dit dan en laat het gesprek op een ander moment plaatsvinden. Ga bij zorggebruikers met beperkte cognitieve of fysieke mogelijkheden op zoek naar creatieve manieren om de nabespreking vorm te geven. Een vertrouwelijke interactie kan al helpend zijn om de gebeurtenis te verwerken en opnieuw verbinding te maken met de zorgverleners/begeleiders. Indien de zorggebruiker dit wenst, kan een ervaringswerker, vertegenwoordiger of naaste ondersteuning bieden om de maatregel te bespreken.

- c. Bied de zorggebruiker de kans om vragen te stellen over het **verloop van de maatregel** en zijn **eigen ervaringen** te delen.



Bespreek het verloop en de ervaring. Volgende aspecten zijn hierbij belangrijk:

- wat er gebeurd is;
- waarom het gebeurd is;
- de beleving van de zorggebruiker, de emotionele en fysieke impact;
- wederzijdse veronderstellingen over gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving;
- of de maatregel nog steeds het beoogde doel bereikt;
- of alternatieven voor de maatregel een (betere) optie zijn.

C.III.6.2. Opmerking van de zorggebruiker in het individuele dossier van de zorggebruiker

Bied de zorggebruiker (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) de mogelijkheid om opmerkingen over de maatregel te laten registreren in het dossier van de zorggebruiker en informeer hen over de mogelijkheid om een afschrift van de registratie van de maatregel in het dossier te ontvangen.

D. Randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijnen in de praktijk

De doelstelling van de richtlijn bestaat erin het proces van kwaliteitsverbetering te ondersteunen inzake het voorkomen van afzondering en fixatie, en het zorgvuldig handelen wanneer deze maatregelen overwogen worden binnen de residentiële zorg en hulpverlening. Dit wil zeggen dat de aanbevelingen uit deze richtlijn ontwikkeld zijn met zicht op de toekomst. Niet *alle* aanbevelingen zijn op dit moment realiseerbaar in *alle* betrokken voorzieningen.

Alleen door inzet en samenwerking van alle stakeholders zal er steeds minder afgezonderd en gefixeerd worden. Het betreft hier directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, zorgverleners/begeleiders, betrokken overheden, vertegenwoordigers van zorggebruikers en hun familie, en onderzoekers. Verschillende factoren kunnen bijdragen tot de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk en worden hieronder geformuleerd in een aantal randvoorwaarden. Als alle stakeholders hier samen op inzetten, kan de implementatie van deze intersectorale richtlijn een succes worden.

Vooraleer in te gaan op de randvoorwaarden is het belangrijk om onder de aandacht te brengen dat een mentaliteitswijziging in de maatschappij en het beleid de implementatie van de richtlijnen ook zal faciliteren. De invulling die de maatschappij vandaag toekent aan zorg- en hulpverlening legt sterk de nadruk op risicobeheersing als voorwaarde voor goede zorg- en hulpverlening. Zorg- en hulpverleningsvoorzieningen ervaren hierdoor vaak als hun primaire opdracht dat ze te allen tijde elk mogelijk risico voor zorggebruikers moeten voorkomen. Hoewel veiligheid een essentiële voorwaarde is voor goede zorg- en hulpverlening, creëert een doorgedreven focus op risicobeperking onrealistische verwachtingen. Net zoals in de samenleving zijn risico's of schade ook in de zorg nooit volledig uit te sluiten. Sterker nog, verantwoord omgaan met risico's maakt deel uit van een kwaliteitsvolle en ethisch verantwoorde zorgpraktijk. Om de aanbevelingen uit deze richtlijnen in de praktijk te kunnen toepassen, is het belangrijk dat absolute risicoreductie niet als norm geldt. Een evolutie naar het *ondersteunen* van een verantwoord risicomanagement door de samenleving en overheden, in plaats van dit af te straffen, zal daarom bijdragen aan de preventie van afzondering en fixatie in de voorzieningen. Door voorliggende richtlijn te implementeren zullen de zorg- en hulpverleningsvoorzieningen ook van hun kant bijdragen aan deze maatschappelijke evolutie. Het is een wisselwerking die de onderzoekers met deze richtlijn mee hopen te faciliteren.

De randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn situeren zich op vier niveaus:

- I. [De betrokken sectoren](#)
- II. [De individuele voorzieningen](#)
- III. [De wetgeving en toezicht door de Vlaamse overheid](#)
- IV. [Wetenschappelijk onderzoek](#)

D.I. Randvoorwaarden op het niveau van de betrokken sectoren

D.I.1. Een optimale en gedifferentieerde personeelscapaciteit

Zowel de optimalisering als het voldoende differentiëren van de personeelscapaciteit zijn randvoorwaarden om de preventie van afzondering en fixatie maximaal te realiseren (de Valk et al., 2016; Yurtbasi et al., 2021) en om de uitvoering ervan – als laatste redmiddel – mensenrechtenconform te laten plaatsvinden.

Een hogere zorgzwaarte vereist een **hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers**. Het is een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen. De opbouw van een positieve begeleidingsrelatie met een gepersonaliseerd begeleidings- en hulpverleningsaanbod waarin voldoende nabijheid en bereikbaarheid centraal staan, zijn essentieel voor de preventie van afzondering en fixatie (zie B.III.2 en 3). Voldoende bereikbaarheid en betrokkenheid van de zorgverlener/begeleider, zowel tijdens als na de maatregel, is nodig voor een humane en respectvolle toepassing van afzondering en fixatie (zie C.III.4.2 en C.III.6). Deze aanpak vraagt om de investering van voldoende tijd (dosReis & Davarya, 2008).

Een **voldoende gedifferentieerde capaciteit** aan personeel, o. a. op vlak van professionele discipline, geslacht en culturele achtergrond, is allereerst nodig om **zorg en begeleiding op maat** van de zorggebruiker en zijn naasten te realiseren. Onder andere voor de preventie van afzondering en fixatie is dit essentieel. Het opzetten van intersectorale samenwerkingen tussen jeugdhulp-voorzieningen, GGZ-voorzieningen, organisaties voor personen met een handicap, woonzorgcentra en geriatrie-afdelingen maakt dit mede mogelijk. Ten tweede is voldoende gedifferentieerde capaciteit nodig om een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering of fixatie mogelijk te maken. Bijvoorbeeld, bij afzondering of fixatie in situaties zonder ernstig en acuut gevaar dienen alle afspraken over de mogelijke toepassing van een maatregel gemaakt te worden in een multidisciplinair overleg tussen zorgverleners/begeleiders met verschillende disciplines (zie C.III.2.1). Bovendien kan de uitvoering van de maatregel enkel gebeuren door zorgverleners/begeleiders die hiervoor bevoegd zijn (zie C.III.4.1). Ten slotte is voldoende gedifferentieerde capaciteit nodig opdat zorggebruikers met een ernstige comorbide problematiek zo weinig mogelijk naar een andere type voorziening getransfereerd zouden worden louter om afzondering of fixatie mogelijk te maken omwille van gedrag dat kadert binnen die comorbide problematiek van de zorggebruiker. De **continuïteit van zorg/begeleiding** garanderen is niet alleen essentieel om de kwaliteit van de zorg/begeleiding te optimaliseren, maar ook om eventueel toekomstige afzonderingen en fixaties te voorkomen (zie B.II.4).

D.I.2. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering

Opdat de voorzieningen ervoor kunnen zorgen dat de zorgverleners/begeleiders over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om afzondering en fixatie volgens de aanbevelingen te kunnen toepassen, dienen de voorzieningen:

- a. Ondersteund en begeleid te worden in het onderling uitwisselen van kennis en *best practices*;
- b. De nodige toegang te krijgen tot goed onderbouwde kennis, bv. wetenschappelijke tijdschriften;
- c. Opleidingen en training aangeboden te krijgen die in lijn zijn met de aanbevelingen. Deze vormingen en trainingen dienen wetenschappelijk onderbouwd te zijn en up to date gehouden te worden. Ook de uitwisseling van kennis en expertise tussen trainers en expert-zorgverleners/begeleiders dient gefaciliteerd te worden.

D.I.3. Een 'only once' intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem

De ontwikkeling van een intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem wordt aanbevolen. Hierbij is een **'only once' registratiesysteem** aangewezen: een eenmalige registratie van afzondering en fixatie dient te gebeuren in het dossier van de zorggebruiker. Deze registratie zorgt er enerzijds voor dat de toepassing van de

maatregel zichtbaar wordt en laat anderzijds toe om data te genereren op verschillende niveaus, conform de regelgevingen inzake het beroepsgeheim en de Algemene Verordening Gegevensbescherming:

- a. Voor de **zorggebruiker** desgevallend zijn vertegenwoordiger: als input voor de nabespreking van de maatregel. Daarnaast maakt de registratie de maatregel voor de zorggebruiker controleerbaar, en biedt het hem/haar de mogelijkheid om de maatregel in vraag te stellen;
- b. Voor de **afdeling**: als input voor de nabespreking van de maatregel met de zorgverleners/begeleiders en voor post-incident analyse van bepaalde casussen;
- c. Voor de **voorziening**: als data voor de kwantitatieve analyses op alle uitgevoerde afzonderingen en fixaties en post-incident analyse van bepaalde casussen;
- d. Voor de betrokken **overheden**: om kwaliteitsindicatoren inzake afzondering en fixatie te kunnen meten en voor de inspecties door Zorginspectie;
- e. Voor **onderzoek**: voor interventie-studies inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie en voor benchmarking tussen regio's en landen.

D.I.4. Architecturale aanpassingen

Aanpassingen aan architectuur en interieurarchitectuur kunnen nodig zijn om alle aanbevelingen over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de praktijk realiseerbaar te maken. Hiertoe behoren o.a. aanpassingen aan de indeling van de leefruimte, het voorzien van clicksystemen voor deuren, kamers voor rooming-in (slaapmogelijkheid voor dichte naasten van en bij de zorggebruiker), comfortrooms, bewegingsruimtes en een afgesloten tuin. Het voeren van een proactief en weloverwogen architecturaal beleid schept opportuniteiten voor de preventie van afzondering en fixatie.

D.II. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele voorzieningen

D.II.1. Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving

Afzondering en fixatie kunnen verregaande inmengingen in de fysieke integriteit van de zorggebruiker en de zorgverlener/begeleider zijn. Daarenboven mogen ze enkel gebruikt worden als laatste redmiddel, indien de zorgverleners/begeleiders geen andere uitweg zien. Deze maatregelen dienen ook zo kort mogelijk en steeds veilig toegepast te worden. Voor de zorgverleners/begeleiders betekent dit dat ze verantwoorde risico's dienen te nemen binnen een algemeen veilige behandel/begeleidingsomgeving. Het voorzien van **basisveiligheid** van deze omgeving – op architecturaal vlak, technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting – is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde.

Naast **voldoende personeel** in het algemeen is er ook nood aan de inzet van personeel met specifieke **kennis en expertise** over afzondering en fixatie en over de doelgroep. Deze kennis draagt immers bij tot het nemen van verantwoorde risico's. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor een **optimale verdeling** van zorgverleners/begeleiders **met betrekking tot de verschillende diversiteitsaspecten**. Onder andere het geslacht, de cultuur en de religie van de zorgverlener/begeleider kan van belang zijn om afzondering en fixatie bij een bepaalde zorggebruiker te voorkomen of – indien er geen andere uitweg is – om afzondering en fixatie humaan, veilig en respectvol toe te passen.

D.II.2. Collectief leren en zorg voor personeel

Om de aanbevelingen te kunnen implementeren in de praktijk is het belangrijk dat voorzieningen inzetten op collectief leren. Collectief leren betekent dat medewerkers samen een leerproces doormaken om tot **gedeelde gemeenschappelijke inzichten of praktijken** te komen. Dit komt tot stand via interactie met elkaar, herhaaldelijk oefenen, afspraken maken, betekenissen en informatie delen. Het doel van dit leerproces is een duurzame

verandering in **kennis, houding en vaardigheden** teweeg te brengen (de Laat et al., 2001). Het collectief leren kan bovendien bijdragen tot het creëren van een **lerende organisatie**. Binnen een lerende organisatie vindt er een continu proces plaats waarbij medewerkers van elkaar leren door met elkaar in dialoog te gaan en te reflecteren over hun handelen. Leren en uitvoeren zijn hierbij verbonden met elkaar en zorgt voor het verbeteren en ontwikkelen van praktijken (Smeijsters, 2009). Collectief leren is niet alleen belangrijk binnen en tussen de afdelingen en leefgroepen van zorgorganisaties, maar ook binnen de bestaande gezondheids- en welzijnsnetwerken.

Het collectief leren zet allereerst in op het **vergroten van de knowhow** omtrent de preventie van en alternatieven voor afzondering en fixatie. Het **opvolgen en beschermen van het psychisch welbevinden** van de zorgverleners/begeleiders vormt een tweede belangrijk onderdeel van dit collectief leren. Daarbij is het van belang om te focussen op hoe om te gaan met mogelijke ethische dilemma's, met angst voor aansprakelijkheid, andere negatieve of gemengde gevoelens, het opnemen van medeverantwoordelijkheid en het opnemen van leiderschap.

D.III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving en toezicht door de Vlaamse overheid

D.III.1. Wetgeving

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een **juridisch kader** dat de toepassing ervan voldoende duidelijk regelt. De uitwerking van noodzakelijke beginselen – onder andere legitimiteit, subsidiariteit, proportionaliteit, toerekenbaarheid – biedt **bescherming aan zowel zorggebruikers als zorgverleners/begeleiders**. Een gedragen breed richtlijnenkader dat zowel ingaat op de preventie als op de toepassing van afzondering en fixatie, speelt hierbij een belangrijke rol.

Naast deze brede richtlijnen dienen er **op wetgevend vlak duidelijke regels** ontwikkeld te worden die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer (3) en door wie mogen worden toegepast, en die (4) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden. Dergelijke regelgeving is er momenteel onvoldoende. Enkel voor zorggebruikers binnen de integrale jeugdhulp en het jeugddelinquentierecht bestaat er een regeling voor situaties zonder ernstig en acuut gevaar. Deze regelgeving is evenwel nog niet in werking (situatie oktober 2025). In de overige sectoren gebeurt de toepassing veelal op basis van algemene beginselen en het samenbrengen van over het recht heen verspreide wettelijke bepalingen, die onvoldoende zijn uitgewerkt, niet afgestemd op de afzondering en fixatie en op belangrijke punten tot onduidelijkheid leiden. Zo is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over welke beroepen bevoegd zijn om welke vormen van afzondering en fixatie toe te passen. De regelgeving hierover is niet helder, onvoldoende op elkaar afgestemd en leidt tot incoherente toepassingen. Naast de implementatie van de bestaande aanbevelingen is ook de tussenkomen op het niveau van de wetgever – in de brede zin van het woord – een noodzakelijke randvoorwaarde voor een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie.

D.III.2. Toezicht door de Vlaamse overheid

In lijn met de principes van **evidence-based practice** (e.g., Gorissen, 2017; Haynes et al., 2002; Offringa, Assendelft, & Scholten, 2018) is het doel van de richtlijnen zorgverleners en begeleiders te **ondersteunen bij de beslissingen die ze dagdagelijks moeten nemen** aangaande preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Zij stemmen hun professioneel handelen af op de toestand van de zorggebruiker, diens voorkeuren en waarden, en de aanbevelingen uit de richtlijnen. Op deze wijze willen de richtlijnen bijdragen aan goed hulpverlenerschap. Het richtlijnenkader is dus niet ontwikkeld als inspectie-instrument.

Dit betekent dat de richtlijnen **geen beleidskader** uitmaken voor de subsidiërende en erkennende overheid waarin de verwachtingen van die overheid met betrekking tot preventie en toepassing van afzondering en fixatie

in de betrokken voorzieningen zijn geëxpliciteerd. Noch is het richtlijnenkader – bijgevolg – een inspectiekader dat het beleidskader van de subsidiërende en erkennende overheid operationaliseert, en dat de inspecties van Zorginspectie vorm geeft. De onderzoekers zijn van mening dat inspecties door Zorginspectie onderbouwd met het richtlijnenkader pas mogelijk zijn wanneer de subsidiërende en erkennende overheid een dergelijk beleidskader heeft ontwikkeld, gebaseerd op het richtlijnenkader en in afstemming met de betrokken stakeholders uit de praktijk. Op basis daarvan kan een inspectiekader door Zorginspectie worden opgesteld. Voor de geestelijke gezondheidszorg is dit beleidskader er reeds, in de vorm van het referentiekader vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor de integrale jeugdhulp en het jeugddelinquentierecht is het beleidskader van de subsidiërende en erkennende overheid opgenomen in het vernieuwde Decreet Rechtspositie Minderjarigen. Voor de andere sectoren waarop het richtlijnenkader van toepassing is, is dergelijk beleidskader – voor zover de onderzoekers weten – bij de publicatie van deze richtlijn nog in ontwikkeling.

D.IV. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek

Bijkomend onderzoek wordt aanbevolen met betrekking tot de volgende aspecten:

- a. Het up to date houden van de richtlijnen door de inhoud regelmatig te vernieuwen op basis van:
 - Nieuwe wetenschappelijke inzichten vanuit klinisch en juridisch perspectief;
 - De feedback van alle belangrijke stakeholders binnen de betrokken sectoren.
- b. Het leggen van linken tussen de richtlijnen enerzijds en de goede praktijken die voortkomen uit het [omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen project](#) van SAM vzw, Icoba en Psyche anderzijds. Deze linken zullen handvaten bieden aan voorzieningen om de aanbevelingen uit de richtlijnen te kunnen implementeren.

Referenties

- Baert, S., Nijs, S., Maes, B., Noens, I., Opgenhaffen, T., & De Cuyper, K. (2023). [De ontwikkeling van aanbevelingen voor de maximale afbouw van en het bewust omgaan met afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen in de zorg voor personen met een handicap](#). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Beeckmans, D., Droogmans, G., Mertens, N., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Maes, B., van Achterberg, T., Nijs, S., Put, J., Audenhove, C., & De Cuyper, K. (2021). [De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp](#). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- de Laat, M., Poell, R., Simons, P. R. J., & van der Krogt, F. (2001). *Organiseren van leren op de werkplek*.
- de Valk, S., Kuiper, C., van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2016). Repression in Residential Youth Care: A Scoping Review. *Adolescent Research Review*, 1, 195-216. <https://doi.org/10.1007/s40894-016-0029-9>
- dosReis, S., & Davarya, S. (2008). Staff Perspectives of Precipitants to Aggressive Behavior of Adolescents in Residential Treatment Facilities. *Residential Treatment For Children & Youth*, 25, 85-101. <https://doi.org/10.1080/08865710802309964>
- Gorissen, W. (2017). [Samen lerend doen wat werkt: Een nieuwe kijk op evidence-based practice in zorg en welzijn voor jeugdigen en gezinnen](#). *Nederlands Jeugdinstituut*.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice: Evidence does not make decisions, people do. *BMJ*, 324(7350), 1350. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1350>
- Liégeois, A. (2014). Quality of Life without Spirituality? A Theological Reflection on the Quality of Life of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Religion, Disability & Health*, 18, 303-317. [doi: 10.1080/23312521.2014.966466](https://doi.org/10.1080/23312521.2014.966466)
- Liégeois, A. (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 29-36.
- Offringa, M., Assendelft, W. J. J., & Scholten, R. J. P. M. (2018). Inleiding. In R. J. P. M. Scholten, M. Affringa & W. J. J. Assendelft (Red.), *Inleiding in evidence-based medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (pp. 1-7). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Peeters, T., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Buyck, I., Put, J., & Van Audenhove, C. (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
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* (pp. xii, 756). The Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie: Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *Thema : tijdschrift voor hoger onderwijs en management.*, 4-13
- Yurtbasi, M. K., Melvin, G., Pavlou, C., & Gordon, M. (2021). Nurse and patient factors: Predicting seclusion in adolescent psychiatric units. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34, 112-119. <https://doi.org/10.1111/jcap.12306>

