

A grayscale photograph of a hand holding a vibrant red flower, with a semi-transparent white box overlaid on the left side containing text.

Standpunt over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg

16 november 2021



Vlaams patiëntenplatform
Samen sterker



OPGanG
Samen maken we opgang

Samenvatting

OPGanG en het Vlaams Patiëntenplatform vzw brachten in september 2015 een groep ervaringsdeskundigen vanuit verschillende patiëntenverenigingen samen voor een workshop over **vrijheidsbeperkende maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg**.

De Hoge Gezondheidsraad publiceerde in 2016 het advies 'Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg'. OPGanG en het Vlaams Patiëntenplatform formuleerden aanbevelingen en aandachtspunten over het advies. Een aantal van onze opmerkingen zijn erin opgenomen. Een aantal zaken werden echter niet of nauwelijks opgenomen omdat ze buiten het kader van het advies vallen. Bovendien moet het advies ook nog in de praktijk gebracht worden. Met het publiceren van dit standpunt treden we naar buiten met **wat ervaringsdeskundigen écht belangrijk vinden rond dwanginterventies**.

Eerst gaan we in op vrijheidsbeperkende maatregelen in het algemeen en bespreken we de definitie, de impact en het vóórkomen ervan. Daarna zoomen we dieper in op enkele veelvoorkomende types van vrijheidsbeperkende maatregelen: gedwongen opname, afzondering, fixatie en dwangmedicatie. Vervolgens bespreken we de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Per onderwerp formuleren we **aanbevelingen**.

Auteur	Datum laatste aanpassing	Status
Else Tambuyzer	April 2017	Versie 1.0
	November 2021	Versie 1.1

Inhoud

SAMENVATTING	1
1 SITUERING	3
2 APPRECIATIE	3
3 LEESWIJZER	3
4 PROBLEEMSTELLING: HET VÓÓRKOMEN EN DE IMPACT VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN	4
4.1 De nieuwe definitie van 'vrijheidsbeperkende maatregelen' volgens ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheid	4
4.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen hebben een grote impact	4
4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen worden te vaak toegepast	5
5 KNELPUNTEN BIJ DE TOEPASSING VAN DE VERSCHILLENDE TYPES VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN	6
5.1 Knelpunten bij gedwongen opname en de patiëntenrechten	6
5.2 Knelpunten bij afzondering en fixatie	9
5.3 Knelpunten bij dwangmedicatie	13
5.4 Knelpunten bij preventie van dwanginterventies	14
6 CONCLUSIE	17
7 DANKWOORD	17
8 GERAADPLEEGDE BRONNEN	18
9 OPGANG EN HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW	19

1 Situering

OPGanG en het Vlaams Patiëntenplatform vzw brachten in september 2015 een groep ervaringsdeskundigen vanuit verschillende patiëntenverenigingen samen voor **een workshop over vrijheidsbeperkende maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg**. De aanwezigen deelden op constructieve wijze hun eigen ervaringen met dwanginterventies en zochten samen naar aanbevelingen voor een andere aanpak.

In 2015 startte de **Hoge Gezondheidsraad** met de ontwikkeling van een advies over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het advies kwam tot stand via de raadpleging van wetenschappelijke bronnen en experts. Ook OPGanG en het Vlaams Patiëntenplatform werden geraadpleegd: op verschillende momenten tijdens de ontwikkeling ervan, gaven we feedback over het advies. Hiervoor baseerden we ons op de aandachtspunten van ervaringsdeskundigen, uit de workshop die we organiseerden. Met deze standpunttekst treden we naar buiten met wat ervaringsdeskundigen écht belangrijk vinden rond dwanginterventies.

2 Appreciatie

OPGanG en het Vlaams Patiëntenplatform erkennen dat er op verschillende plaatsen in ons land geëngageerde zorgverleners zijn die hun uiterste best doen om vrijheidsbeperkende maatregelen te vermijden en/of op een zo menselijk mogelijke wijze toe te passen. De aanpak van vrijheidsbeperkende maatregelen in ons land is echter op veel plaatsen ondermaats. Daarom richten we ons in deze standpunttekst vooral op wat er beter kan en willen we zorgverleners stimuleren vanuit het patiëntenperspectief.

3 Leeswijzer

Eerst gaan we in op vrijheidsbeperkende maatregelen in het algemeen en bespreken we de definitie, de impact en het vóórkomen ervan. Daarna zoemen we dieper in op enkele veelvoorkomende types van vrijheidsbeperkende maatregelen: gedwongen opname, afzondering, fixatie en dwangmedicatie. Vervolgens bespreken we de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Per onderwerp formuleren we aanbevelingen. We sluiten af met een algemene conclusie.

De voorbeelden en aanbevelingen in deze tekst zijn **gebaseerd op echte getuigenissen** uit deze workshop. De namen en casussen zijn echter fictief.

4 Probleemstelling: het vóórkomen en de impact van vrijheidsbeperkende maatregelen

4.1 De nieuwe definitie van 'vrijheidsbeperkende maatregelen' volgens ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheid

Doorgaans beperkt de definitie van vrijheidsbeperkende maatregelen zich tot gedwongen opname, afzondering, fixatie en dwangmedicatie. Ervaringsdeskundigen breiden deze definitie echter ook uit naar meer subtiele vormen van dwang. In deze tekst betekent de term 'vrijheidsbeperkende maatregelen' dan ook de gehele lijst hieronder.

Wat beschouwt OPGanG als vrijheidsbeperkende maatregelen?

- Gedwongen opname.
- Afzondering & fixatie en alles wat daarmee samenhangt:
 - niet naar het toilet kunnen gaan en daardoor in de eigen urine liggen;
 - niet kunnen drinken;
 - zich niet kunnen wassen;
 - niet kunnen communiceren & gebrek aan sociaal contact;
 - verplicht de eigen kleren uittrekken en/of verplicht aantrekken van een ziekenhuispyjama, –schort of nachtkleding.
- Dwangmedicatie en gedwongen sondevoeding.
- Subtiele dwang:
 - Bv. "Je moet de afdelingsregels volgen of anders krijg je geen behandeling";
 - Bv. Niet op weekend mogen gaan omdat je onder de gewichtscurve zit of een bepaalde therapie niet wil volgen;
 - Bv. Niet naar de cafetaria mogen gaan.

4.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen hebben een grote impact

Het ondergaan van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft een grote impact op mensen. Ervaringen hiermee zijn bijna steeds erg negatief geladen. Mensen ervaren de manier waarop de vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast als vernederend, bestraffend, traumatisch, als een schending van hun privacy, ... De behandeling van een psychisch probleem via vrijheidsbeperkende maatregelen wordt soms als erger ervaren dan het probleem zelf. Zelfs wanneer iemand achteraf vindt dat het een juiste keuze was om de dwangmaatregel toe te passen, is men meestal negatief over de wijze waarop dit gebeurde.

"Wanneer men achter je aan blijft lopen, voel je je als opgejaagd wild."

"Psychiatrie zou moeten gaan over het verwerken van trauma's, niet over het oplopen van (nieuwe) trauma's."

Enkele veelgenoemde negatieve gevolgen van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn desoriëntatie (op meerdere vlakken), gebrek aan sociaal contact (tijdens afzondering) en het negeren van basale menselijke behoeften zoals drinken of toiletgebruik.

Uit de workshop bleek dat de wijze waarop vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden, sterk voor verbetering vatbaar is. Soms is er zelfs nood aan behandeling voor het trauma dat dwang soms is.

4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen worden te vaak toegepast

Momenteel bestaan er in België over de toepassing van de meeste vrijheidsbeperkende maatregelen **geen betrouwbare cijfers**. Het jaarverslag 2019 van de externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen meldt dat 91% van de klachten betrekking heeft op een patiëntenrecht, waarvan 80% op het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Binnen dit recht op kwaliteitsvolle dienstverlening gaat 11% van de klachten over beschermende maatregelen waarvan 41% over gedwongen opname, 14 % over afzondering en 5% over fixatie. (Engelen, 2019). Deze cijfers van de ombudsfunctie zeggen echter niets over het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen dat wordt toegepast. Ook over de kwaliteit van de toepassing ervan geven deze cijfers slechts een indicatie: het is mogelijk dat patiënten hun klachten persoonlijk uitten bij de zorgverleners of dat ze hun klachten nergens meldden.

Over het **aantal gedwongen opnames** bestaan wél duidelijke cijfers. In België stijgt het aantal gedwongen opnames opmerkelijk sinds 1999 (Schoevaerts, 2015). In 2012 waren er in Vlaanderen 4.657 **gedwongen opnames** (10% van het totale aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen). In 2020 zitten we in Vlaanderen aan 4.735 gedwongen opnames.¹

Bovenop de (vermoedelijk) veelvuldige toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, is België bovendien één van de enige Westerse landen waar het toegestaan is om **meerdere dwanginterventies tegelijk** toe te passen (bv. afzondering en fixatie tegelijkertijd). In de meeste andere Westerse landen is slechts één dwangmaatregel tegelijk toegestaan.

Uit onze workshop bleek ook dat patiëntenvertegenwoordigers algemeen bekeken vinden dat er te snel wordt overgegaan tot gedwongen opname.

Bovenstaande toont duidelijk aan dat er dringend nood is aan een goede registratie over het vóórkomen en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Alleen op die manier kan er een goed beleid rond gevoerd worden. Betrouwbare cijfers kunnen ook helpen om het gebruik van dwanginterventies te beperken. Deze cijfers kunnen uiteraard alleen een impact hebben indien er iets mee gebeurt. Momenteel worden deze cijfers immers nauwelijks gepubliceerd.

Aanbeveling over de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen

- **Aanbeveling 1:** Verplicht een nauwkeurige registratie over het vóórkomen en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zorg ervoor dat deze gegevens ook gepubliceerd worden.

¹ <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/sterke-stijging-gedwongen-opnames-aanpassing-wetgeving-moet-andere-aanpak-bevorderen>

5 Knelpunten bij de toepassing van de verschillende types vrijheidsbeperkende maatregelen

Hieronder bespreken we knelpunten per groep van meest voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen: gedwongen opname, afzondering en fixatie en dwangmedicatie. We geven telkens ook enkele aanbevelingen. Een aantal van deze aanbevelingen zijn niet specifiek voor de dwangmaatregel in kwestie, maar zijn ook zinvol voor andere soorten vrijheidsbeperkende maatregelen.

5.1 Knelpunten bij gedwongen opname en de patiëntenrechten

Gwen



Na een misgelopen relatie had Gwen het de laatste tijd niet gemakkelijk. Door het afspringen van deze relatie verloor ze een aantal gemeenschappelijke vrienden, die partij kozen voor haar ex. Ze sloot zich meer en meer van haar vrienden en familie af en begon overal complotten te zien. Zo gelooft ze dat haar broer door haar ex op haar afgestuurd wordt om haar te controleren en te bedreigen. Ze liet niemand meer binnen in haar appartement en dreigde ermee zichzelf iets aan te doen wanneer hij haar niet met rust liet. Haar familie maakte zich ernstige zorgen en liet haar gedwongen opnemen. Gwen was heel geagiteerd bij aankomst in het psychiatrisch ziekenhuis en werd meteen naar de afzonderingsruimte gebracht.

Stefaan



Stefaan verblijft al 2 maanden in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij is vrijwillig opgenomen, maar is toch vooral naar daar gekomen omdat zijn vriendin hierom smeekte. Hij gedroeg zich de laatste tijd heel impulsief, nam onverantwoorde risico's en deed dure aankopen. De behandeling die hij krijgt in het ziekenhuis slaat echter niet aan en Stefaan weigert om medicatie in te nemen. Het gaat steeds slechter met hem en op een dag escaleert de situatie. Het team op de afdeling besluit over te gaan tot een afzondering. Ze brengen hem naar de time-outruimte, een prikkelarme ruimte die niet op slot kan. Hij stemt in om er te blijven om tot rust te komen. Indien hij dit wenst, is er een verpleegkundige beschikbaar om mee te praten.

5.1.1 De toepassing van de patiëntenrechten is niet gegarandeerd bij gedwongen opnames

Patiënten in de geestelijke gezondheidszorg ervaren dat het niet vanzelfsprekend is om hun patiëntenrechten uit te oefenen. Dit is bij uitstek het geval bij vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen worden de patiëntenrechten dikwijls niet gerespecteerd.

Het jaarverslag 2019 van de externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen meldt dat 91,26% van de klachten betrekking heeft op een patiëntenrecht. 6% gaat over de geïnformeerde toestemming, 2% over vrije keuze van beroepsoefenaar, 3% over inzage in het patiëntendossier en 0,45% over klachtenbemiddeling (Engelen, 2019).



- *Recht op geïnformeerde toestemming:* Als patiënt heb je het recht om bij iedere tussenkomst van een zorgverlener je toestemming te geven of te weigeren. In principe staat een gedwongen opname niet gelijk aan een gedwongen behandeling. Vaak worden echter ook dwangmedicatie, afzondering en fixatie of andere dwangbehandelingen toegepast in deze situatie, waardoor gedwongen opname en gedwongen behandeling toch dikwijls samenvallen. Het recht op toestemming na informatie wordt dan niet gerespecteerd. Vrijheidsbepalende maatregelen mogen echter geen standaardprocedure zijn bij gedwongen opname, zoals nu op sommige plaatsen wel het geval is. Een gesprek met een psychiater/psycholoog vlak na de start van de gedwongen opname zou wél onderdeel van de standaardprocedure moeten zijn.

“Jedereen die gedwongen opgenomen wordt, wordt standaard in een afzonderingsruimte geplaatst.”

- *Recht op vrije keuze van je zorgverlener:* Als patiënt heb je het recht om zelf een zorgverlener te kiezen. In psychiatrische ziekenhuizen wordt dit recht dikwijls geschonden, bijvoorbeeld doordat er op bepaalde afdelingen slechts één psychiater werkt. Dit heeft bovendien tot gevolg dat patiënten dikwijls geen vrijheid in behandelingskeuze hebben, omdat psychiaters en psychologen dikwijls gespecialiseerd zijn in een bepaalde therapiestroming. Daarnaast hebben patiënten die gedwongen opgenomen worden geen keuzevrijheid over de voorziening waarbinnen ze gedwongen opgenomen worden.
- *Recht op inzage in je persoonlijk dossier:* De wet op de patiëntenrechten stelt dat de zorgvoorziening 15 dagen tijd heeft om de patiënt (op zijn vraag) een kopie te bezorgen van zijn patiëntendossier. Bij een spoedprocedure vindt de zitting bij de vrederechter echter soms al na enkele dagen plaats, zonder dat de patiënt al een afschrift van zijn dossier ontving. Snellere inzage in het persoonlijk dossier is dus noodzakelijk.
- *Recht om klacht neer te leggen:* Als patiënt heb je het recht om bij de bevoegde ombudsdienst klacht neer te leggen over de zorg die je kreeg. Ombudsdiensten spelen momenteel slechts een beperkte bemiddelende rol bij gedwongen opnames. Deze rol zou uitgebreid kunnen worden.

5.1.2 Patiënten krijgen te weinig informatie over hun rechten en over het verloop van de gedwongen opname

Patiënten die gedwongen opgenomen worden, krijgen bij de start van hun gedwongen opname dikwijls geen informatie over hun rechten of over het verloop van de opname. In sommige gevallen is dit ook niet aangewezen, bijvoorbeeld omdat de persoon te geagiteerd of paranoïde is. Dit zou echter wel zo snel mogelijk moeten gebeuren. Deze informatie kan onder meer aandacht hebben voor het recht op een tweede opinie en bijstand door advocaten en anderen.

PopovGGZ (het vroegere overlegplatform GGZ van Oost-Vlaanderen dat nu deel uitmaakt van het nieuwe Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid) ontwikkelde de **brochure "Van gedwongen opname tot nazorg" voor patiënten en familieleden** die in aanraking komen met gedwongen opname. Deze brochure is een handig gebruiksinstrument met bevattelijke informatie over de procedure van de gedwongen opname. Meer informatie of brochures bestellen kan via info@ombudsggz.be.

5.1.3 De gerechtelijke procedure bij gedwongen opnames

Patiëntenvertegenwoordigers hebben ook bedenkingen bij de manier waarop de gerechtelijke procedure verloopt bij gedwongen opnames.

- *Medisch verslag:* De verantwoording van de arts zou uniform en beargumenteerd moeten zijn. Nu is dit lang niet altijd zo, dikwijls komt dit over alsof het 'uit de losse pols' besloten werd.
- *Juridische bijstand:* Veel mensen kunnen zich geen (goede) advocaat veroorloven en zijn dan aangewezen op een Pro Deo advocaat. Soms kunnen ze deze pas spreken bij de start van het proces. Patiënten hebben echter recht op kwalitatieve juridische bijstand bij dwanginterventies. De advocaten in kwestie moeten hiertoe een goede opleiding krijgen. De vereniging Ups & Downs en de Orde van Vlaamse Balies publiceerden een hulpmiddel voor advocaten: '[Tips voor advocaten bij de gedwongen opname van een cliënt in een psychiatrische instelling](#)'.
- *Stabilisatieperiode tijdens de spoedprocedure:* wanneer iemand in het kader van een spoedprocedure wordt opgenomen kan een stabilisatieperiode helpen om de symptomen te verminderen en kan zo een verdere opname misschien vermeden worden.
- *De duur van 40 dagen:* De duur van de 'gedwongen opname ter observatie' bedraagt maximum 40 dagen. Deze termijn lijkt willekeurig gekozen. De termijn dient zo kort mogelijk te zijn, en gebaseerd op sterke argumenten om de lengte ervan te bepalen. Artsen kunnen ook besluiten om de gedwongen opname te beëindigen vooraleer deze termijn verstreken is. Deze mogelijkheid moet meer toegepast worden, op maat van de individuele situatie van elke patiënt.
- *Participatie van patiënten:* Voor veel ervaringsdeskundigen komt het over alsof de rechter alleen oren heeft naar de argumenten van de psychiater. De patiënten aan het woord laten lijkt pro forma. Er moet werk gemaakt worden van reële participatie van de persoon in kwestie. Hij kan hierbij ondersteund worden door een vertrouwenspersoon.
- Algemeen bekeken is er nood om de gehele *Wet op de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieke* (26 juni 1990) te herbekijken in het licht van de herstelvisie.

5.1.4 De rol van politie- en ambulancediensten bij gedwongen opname

Bij gedwongen opnames zijn bijna steeds politie- of ambulancediensten betrokken. Ook hun houding en gedrag is van groot belang voor patiënten die gedwongen opgenomen worden. Politie mensen worden getraind op het handhaven van de orde eerder dan op het in gesprek te gaan met mensen die in psychische nood verkeren. Zo reageert de **politie** soms agressief bij een gedwongen opname, wat op zijn beurt nieuwe agressie kan opwekken bij de patiënt. Bovendien kan het feit dat de politie je naar de psychiatrische instelling brengt, op zich al traumatiserend zijn. Vervoer door de familie is een mogelijk alternatief. Ook het gedrag van sommige politieagenten is vernederend voor de persoon in kwestie.

"Heel het politiekorps kwam kijken en lachen met mij omdat ik alles grappig vond en me 'gek' gedroeg."

Daarnaast kan ook de aanpak van **ambulancepersoneel** soms beter. Men geeft aan dat het niet helend of rustgevend is om in een ambulance gedwongen te worden, omringd door verplegers die elke beweging beletten.

Aanbevelingen rond een betere toepassing van gedwongen opnames en de patiëntenrechten

- Aanbeveling 2: Voorkom het samenvallen van gedwongen opname met gedwongen behandeling: vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen nooit tot de standaardprocedure behoren. Een gesprek met een psychiater/psycholoog vlak na de start van de gedwongen opname zou wél onderdeel van de standaardprocedure moeten zijn.
- Aanbeveling 3: Geef patiënten inspraak in de keuze van de instelling waarbinnen de persoon gedwongen opgenomen wordt.
- Aanbeveling 4: Bij spoedprocedure in het kader van een gedwongen opname: zorg voor een snellere inzage in het persoonlijk dossier.
- Informatieverstrekking:
 - Aanbeveling 5: Informeer patiënten over hun rechten en bijstand hierbij van bij de start van gedwongen opname (bv. [brochure 'Van gedwongen opname tot nazorg'](#)).
 - Aanbeveling 6: Zorg ervoor dat patiënten hun Pro Deo advocaat kunnen spreken vóór de start van de zitting bij de vrederechter. De [brochure met tips voor advocaten](#) moet ruimer bekend gemaakt worden.
- Aanbeveling 7: Laat ombudsdiensten een grotere bemiddelende rol spelen.
- Aanbeveling 8: Zorg ervoor dat de observatietermijn meer op maat gesneden wordt van de individuele patiënt en niet steeds de wettelijk bepaalde 40 dagen duurt. Maak gebruik van de mogelijkheid om deze termijn in te korten.
- Aanbeveling 9: Optimaliseer de Wet op de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieken.
- Aanbeveling 10: Vermijd de inschakeling van politie- en ambulancediensten waar mogelijk en zorg voor een goede vorming voor wanneer ze wel ingeschakeld worden.

5.2 Knelpunten bij afzondering en fixatie

Gwen



In de afzonderingsruimte wordt Gwen gevraagd haar kleding (inclusief beha) uit te trekken en een ziekenhuispyjama aan te trekken. Ze weigert dit, waarna de verpleegkundigen dit in haar plaats doen. Het is heel warm in de afzonderingsruimte en ze krijgt grote dorst. Ze roept dat ze iets wil drinken, maar daar wordt niet op gereageerd. Na een tijdje heeft ze zoveel dorst dat ze het toilet vijfmaal doorspoelt en met haar handen water schept om uit het toilet te drinken. Ze schaamt zich diep...

Afzondering en fixatie kunnen apart voorkomen, maar worden in ons land dikwijls tegelijkertijd toegepast². Patiënten ervaren afzondering en fixatie als mensonterend, deïndividualiserend, vernederend en het ontnemen van de **autonomie**. Men is overgeleverd aan de 'goodwill' van de zorgverleners en heeft geen controle. Voor veel patiënten is dit een trauma.

"Wanneer men achter je aan blijft lopen, voel je je als opgejaagd wild."

"Je maandstonden hebben en geen maandverband krijgen, is vernederend."

² Dit is uitzonderlijk en komt in bijna geen enkel ander Westers land voor.

5.2.1 Afzondering en fixatie zijn vaak traumatisch en desoriënterend

Het vernederende en traumatische aspect van de ervaring gaat niet louter om de afzondering en fixatie op zich, maar ook om alles wat daarmee samenhangt. Bijvoorbeeld:

- Verplicht de eigen kleren uittrekken en verplicht aantrekken van nachtkleding, ziekenhuispyjama of –schort;
- Zich verplicht moeten uitkleden in het bijzijn van anderen;
- Zich onder toezicht moeten wassen;
- Desoriëntatie: verstoring van het tijdsbesef en het realiteitsbesef;
- Het negeren van basale menselijke behoeften zoals drinken en naar het toilet gaan;
- Afgesloten zijn van menselijk contact & (geluiden van) de buitenwereld;
- De wijze waarop men patiënten naar een afzonderingsruimte brengt, wordt soms ervaren als een ‘aanval’ of ‘bestorming’.

Personen die afgezonderd en/of gefixeerd worden, ervaren dikwijls **desoriëntatie in de tijd**. Men weet niet wat er gaat gebeuren en hoe lang de afzondering en/of fixatie nog zal duren. Afzondering leidt dikwijls ook tot een gebrek aan **realiteitsbesef en plaatsbesef**: wie ‘is’ men eigenlijk, wat is echt en wat niet? De desoriëntatie wordt versterkt door het gebrek aan geluiden vanuit de ‘buitenwereld’.

“Ik twijfelde of ik wel echt een dochter van vier jaar had, of dat dit een waan was.”

“Ik kreeg geen uitleg toen ik gefixeerd werd en een baxter met medicatie kreeg. Ik dacht - in mijn psychose - dat ze me uitdaagden om zo snel mogelijk los te geraken.”

De basale menselijke behoeften worden soms genegeerd: bv. WC-bezoek, dorst, etc. Wanneer men belt voor hulp, gebeurt het vaak dat er niemand komt (of pas na lange tijd).

“De afzonderingsruimte was warm en ik had veel dorst. Ik kreeg geen drinken, dus heb ik uiteindelijk uit de WC gedronken.”

Sociaal contact is erg belangrijk voor mensen om zich veilig en op hun gemak te voelen. De beschikbaarheid van communicatiemiddelen en iemand om mee te praten, zijn hierbij cruciaal.

Aanbevelingen om trauma's en desoriëntatie ten gevolge van fixatie en/of afzondering te voorkómen

- Aanbeveling 11: Laat mensen hun eigen kleding aanhouden.
- Aanbeveling 12: Geef mensen de kans om zelf naar de afzonderingsruimte te gaan, i.p.v. hen fysiek te dwingen.
- Respecteer de privacy:
 - Aanbeveling 13: Wees respectvol bij omkleden & persoonlijke verzorging. Laat zeker geen personen van het andere geslacht aanwezig zijn.
 - Aanbeveling 14: Klop op de deur vooraleer je een afzonderingsruimte betreedt.
 - Aanbeveling 15: Camera's hebben een nadelig effect. Het kan belangrijk zijn voor de veiligheid, maar is ook zeer dehumaniserend en onrespectvol bij uitkleden en wassen.
- Voorkom desoriëntatie:
 - Aanbeveling 16: Beperk afzondering in de tijd en communiceer duidelijk wanneer de afzondering zal eindigen.
 - Aanbeveling 17: Voorzie een klok.
 - Aanbeveling 18: Tracht structuur te voorzien.
 - Aanbeveling 19: Zorg voor natuurlijke lichtinval (bv. via een raam).
 - Aanbeveling 20: Laat mensen hun eigen spullen houden (rekening houdende met de veiligheid).
 - Aanbeveling 21: Denk na over manieren om 'de buitenwereld' binnen te laten: moet een afzonderingsruimte volledig geluidsdicht zijn?
- Sociaal contact:
 - Aanbeveling 22: Neem niet standaard communicatiemiddelen af (Bv. GSM).
 - Aanbeveling 23: Laat mensen niet alleen tijdens een afzondering en zorg ervoor dat ze met iemand kunnen praten. Schakel bv. familie of vrijwilligers in om aanwezig te zijn in de afzonderingsruimte (cf. Nederland). De 'rangorde' van aanwezigen is volgens patiëntenvertegenwoordigers als volgt: a) iemand die de persoon zelf kiest, b) een getrainde ervaringsdeskundige, c) personeel.

5.2.2 Communicatie is essentieel tijdens afzondering en/of fixatie

Patiëntenvertegenwoordigers geven aan dat communicatie over vrijheidsbeperkende maatregelen essentieel is en dit zowel vooraf, tijdens als na de dwanginterventie. Hieronder geven we zorgverleners enkele tips, opgedeeld per fase.



Aanbevelingen rond communicatie vóór de afzondering en/of fixatie

- Aanbeveling 24: Informeer alle opgenomen patiënten tijdig over de procedures voor afzondering en fixatie: onder welke omstandigheden neemt men deze maatregelen, hoe verloopt dit, hoe lang zal dit duren, ...
- Aanbeveling 25: Ga na of de patiënt een signaleringsplan/crisiskaart heeft.
- Aanbeveling 26: Neem rustig de tijd om te proberen begrijpen waarom de persoon zo ontredderd en verward is, vooraleer over te gaan tot de dwangmaatregel.
- Aanbeveling 27: Communiceer met de patiënt over de dwangmaatregel *vooraleer* hier effectief toe overgegaan wordt. Vertel wat er gaat gebeuren en waarom.
- Bij wilsonbekwame patiënten: overleg met zijn/haar vertegenwoordiger vooraleer over te gaan tot dwanginterventies: Bv. "Gaat u akkoord dat we medicatie inspuiten?"; "Gaat u akkoord dat we overgaan tot afzondering?".

Aanbevelingen rond communicatie tijdens de afzondering en/of fixatie

- Communicatie is cruciaal:
 - Aanbeveling 28: Maak communicatie mogelijk: Bv. via briefwisseling met familie of naasten, of met de GSM of smartphone. Neem dit toestel dan ook niet systematisch af.
 - Aanbeveling 29: Bezorg waar mogelijk 'pen en papier': op die manier kan men zijn gedachten structureren, ervaringen weergeven, een bezigheid zoeken. Nadien kunnen deze neergeschreven gedachten ook bijgehouden worden. De veiligheid blijft uiteraard belangrijk.
- Aanbeveling 30: Leg uit wat je doet, waarom je dit doet, ...
- Aanbeveling 31: Breng de naastbetrokkenen van de patiënt eerlijk op de hoogte van noodzakelijke informatie. Weeg de privacywetgeving af t.o.v. het welbevinden van patiënt en familie. Bv. Vertel niet dat de patiënt 'naar een apart kamertje gebracht is om rustig te worden' wanneer het eigenlijk om isolatie met fixatie gaat.
- Aanbeveling 32: Vergeet ook de medepatiënten niet: vertel hen (met respect voor de privacy) wat er aan de hand is en waarom er vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt worden.

Aanbevelingen rond communicatie na de isolatie en/of fixatie

- Aanbeveling 33: Communiceer met de patiënt nadat de dwangmaatregel afgelopen is. Organiseer een nabespreking over hoe dit ervaren werd en waarom dit gebeurd is. Dit is een cruciale vorm van nazorg, die toont dat dit bespreekbaar is en niet onder de mat geveegd wordt. Het kan ook belangrijk zijn voor een herstel van de relatie tussen de patiënt en zijn zorgverleners.
- Aanbeveling 34: Communiceer waar nodig ook met familieleden, medepatiënten, ...

5.2.3 Het therapeutisch effect van fixatie en afzondering?

Sommige patiëntenvertegenwoordigers stelden het therapeutisch effect van fixatie en afzondering in vraag. Ze haalden aan dat fixatie mensen dikwijls *niet* rustiger maakt, integendeel. Bovendien gedragen sommigen zich sociaal wenselijk om zo snel mogelijk uit de afzonderingsruimte te kunnen, terwijl er op zich niets verandert aan hun symptomen.

Er is ook sprake van dubbelheid: zorgverleners zijn zowel 'redders' die je uit de afzonderingsruimte halen als 'folteraars' die je erin stopten en je eventueel fixeerden of dwangmedicatie toedienden. De vraag is ook of 'prikkelarm' altijd aangewezen is.

"Ik werd op de spoed naar een kamer gebracht, weg van de andere patiënten. In deze kamer bevonden zich allerlei machines die me afleidden. Dat was beter dan een prikkelarme ruimte."

Ten laatste is het cruciaal dat er een goede medische (somatische) omkadering is bij fixatie en afzondering. Patiëntenvertegenwoordigers vragen zich echter af hoe dit gegarandeerd kan worden. Op dit moment is deze expertise immers niet steeds aanwezig in de organisaties waar dwanginterventies worden toegepast.

5.2.4 Infrastructuur van de isolatieruimte

Ook de infrastructuur speelt een rol. Een aantal aspecten kwamen in de vorige paragrafen al aan bod, maar herhalen we hier voor de volledigheid.

Aanbevelingen rond de infrastructuur van de isolatieruimte

- Aanbeveling 35: De afzonderingsruimte moet knus en proper zijn.
- Aanbeveling 36: Zorg voor een aangename temperatuur: niet te kil of te warm (daar krijg je dorst van).
- Aanbeveling 37: Moet er steeds een afzonderingsruimte met afgesloten deur gebruikt worden? Agressie wordt soms opgewekt doordat de deur gesloten is. Alternatief: gewone eenpersoonskamer met toilet, comfortroom, time-out ruimte.
- Aanbeveling 38: Camera's hebben een nadelig effect. Het kan belangrijk zijn voor de veiligheid, maar is ook zeer dehumaniserend en onrespectvol bij uitkleden en wassen.
- Aanbeveling 39: Voorzie een klok.
- Aanbeveling 40: Zorg voor natuurlijke lichtinval (bv. via een raam).
- Aanbeveling 41: Denk na over manieren om 'de buitenwereld' binnen te laten: moet een afzonderingsruimte volledig geluiddicht zijn?

5.3 Knelpunten bij dwangmedicatie

Stefaan



Stefaan weigert nog steeds om medicatie te nemen, daarom gaat de psychiater over tot een inspuiting met een kalmeringsmiddel. De psychiater legt aan Stefaan de werking van het geneesmiddel uit en vertelt welke nevenwerkingen het kan hebben.

Dwangmedicatie kan leiden tot desoriëntatie, angst en bijkomende verwarring. Het gevaar bestaat dat er een 'gat' in het geheugen van de persoon achterblijft.

"Ik dacht dat ze me gingen doodspuiten."

Patiënten krijgen meestal geen inspraak in welk type dwangmedicatie ze krijgen. Soms krijgen patiënten een 'valse keuze': ofwel nemen ze zelf (oraal) pillen, ofwel wordt de medicatie ingespoten.

“Omwille van een kindervens, wenste ik geen medicijnen meer te nemen. Men gaf me een inspuiting van een medicament waarvan al jaren voordien gebleken was dat ik dit niet verdroeg en men wist dit. Ik moest smeken om het neurolepticum dat ik gewend was te krijgen.”

Weigeren van medicatie leidt dikwijls tot afzondering en fixatie, ook zonder agressie van de persoon. Dit mag echter geen standaardprocedure zijn. Enkele ervaringsdeskundigen vroegen zich af waarom psychoses meteen beëindigd moeten worden.

“Waarom mag de psychose niet “uitdeinen” en moet zij met medicatie tot een abrupt einde gebracht worden?”

“Laat de keuze: na enige tijd komt het besef dat het zonder medicatie niet beter (ook al duurt het een paar dagen).”

Goede communicatie kan helpend zijn en leiden tot een vrijwillige inname van de medicatie.

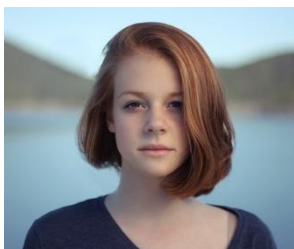
“Een verpleegkundige heeft heel lang gepraat met mij en me hoop gegeven dat ik in de toekomst slechts een kleine onderhoudsdosis diende te nemen.”

Aanbevelingen rond dwangmedicatie

- Aanbeveling 42: Geef patiënten informatie over de medicatie die ze toegediend krijgen.
- Aanbeveling 43: Geef patiënten inspraak over de soort medicatie die ze toegediend krijgen.
- Aanbeveling 44: Weigeren van medicatie mag nooit standaard leiden tot afzondering en fixatie.
- Aanbeveling 45: Overweeg andere methoden om een psychose te behandelen i.p.v. ze abrupt te beëindigen met dwangmedicatie.
- Aanbeveling 46: Tracht dwangmedicatie te vermijden via goede communicatie.

5.4 Knelpunten bij preventie van dwanginterventies

Gwen



Gwen was een tijdje opgenomen en de behandeling sloeg aan. Haar gedwongen opname werd niet verlengd door de vrederechter, maar ze stemde vrijwillig in om op de afdeling te blijven tot ze het gevoel had ‘het leven weer aan te kunnen’. Gwen begint, samen met het team op de afdeling, stilaan te denken aan een terugkeer naar huis. Ze wil dit echter nooit meer meemaken en stelt samen met haar psycholoog en begeleider een signalerings- en crisisplan op.

Uit het voorgaande blijkt dat het meemaken van vrijheidsbeperkende maatregelen nefaste gevolgen kan hebben voor het welzijn van patiënten. Vandaar dat ook hier voorkómen beter is dan genezen. Ook over dit onderwerp gaven de patiëntenvertegenwoordigers hun mening.

Respectvolle communicatie en gelijkwaardigheid zijn cruciaal bij het voorkómen van agressie en conflicten. **Participatie** is hierbij essentieel: inspraak in de therapie evenals bij keuzes rond de woonst, werksituaties en activiteiten is erg belangrijk. Voor een rustig, conflictarm klimaat, is het essentieel om de persoon serieus te nemen, te luisteren naar wat men zelf nodig heeft en wat de persoonlijke doelen zijn. Iedereen is anders en iedereen heeft een persoonlijke copingstijl, die best bij elke opgenomen patiënt wordt bevroegd. Een standaardbehandeling is dus uit den boze. Inspraak geven is ook nodig én mogelijk bij kinderen en jongeren die geestelijke gezondheidszorg krijgen.

Een **warmer, helpende omgeving** helpt ook bij de preventie van conflicten en dus van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het is belangrijk om de tijd te nemen om mensen 'hun verhaal te laten vertellen' in individuele gesprekken. Het is aan te raden om te blijven praten met de patiënt en om te proberen achterhalen wat er bv. in zijn psychotische gedachtegang omgaat. Het kan daarnaast nodig zijn dat er ook 's nachts iemand beschikbaar is om te praten. Verder spreekt het voor zich dat zorgverleners best niet alleen naar de problemen van de persoon, maar ook naar zijn sterktes en capaciteiten kijken. Het oude principe van 'professionele afstand' wordt best vervangen door 'professionele nabijheid'; net zoals een onderhandelingsklimaat meer aangewezen is dan een klimaat van 'beheersing'.

Bepaalde vormen van **vroegtijdige zorgplanning** kunnen erg zinvol zijn bij het vermijden van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het opstellen van signalerings- en crisisplannen in samenspraak met de patiënt zelf kan escalatie voorkómen. In een signalerings- of crisisplan staat beschreven hoe een crisis bij de patiënt er uitziet en wat de wensen en behoeften van de patiënt zijn in een crisissituatie. Een signalerings- of crisisplan is gekoppeld aan een crisiskaart die de patiënt makkelijk op zak kan steken. De kaart bevat informatie over wat de wensen van de patiënt zijn tijdens een crisis, wat omstanders en hulpverleners best wel of niet moeten doen, wie ze kunnen bellen, ...³ Uit onderzoek blijkt dat patiënten het gebruik van de crisisplannen en –kaarten positief evalueren en een positief effect signaleren op de therapeutische relatie. Het gebruik ervan blijkt het aantal crisissituaties en vrijwillige opnames niet te verlagen maar wel het aantal gedwongen opnames, op voorwaarde dat de crisisplannen en –kaarten in de praktijk voldoende gebruikt en geïmplementeerd zijn. In Vlaanderen worden de crisisplannen en –kaarten slechts in enkele regio's gebruikt. Het gebruik ervan is niet structureel ingebed en er bestaat geen uniformiteit wat inhoud en gebruik betreft.⁴ Idealiter wordt hiervan ook een digitale versie ontwikkeld die gekoppeld is aan het elektronisch medisch dossier van de patiënt en door zorgverleners kan ingekeken worden bij een crisissituatie, indien de patiënt hiervoor de toestemming gaf.

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden uiteraard ook vermeden door **meer behandelalternatieven**⁵ uit te testen zodat dwanginterventies echt de laatste optie zijn. Hiertoe is het ook nodig om **richtlijnen** op te stellen voor de toepassing van vrijheidsbeperkende

³ www.crisiskaart.nl

⁴ Vander Laenen, F. & Vandenbussche, V. (2016). Crisis(preventie)plannen bij mensen met een psychische kwetsbaarheid: het cliëntperspectief centraal (Panopticon, 3).

⁵ Een mogelijk alternatief is de Open Dialogue methode. Deze methode omvat het organiseren van een behandelstelsel als een vorm van therapeutische gespreksvoering, waarbij de cliënt, familie en sociaal netwerk, professionele hulpverleners en andere belangrijke betrokkenen samenwerken rond de inhoud en betekenis van een psychose en verschillende opties voor behandeling samen bespreken. Het gaat dus om verbindend spreken. Open Dialogue is één van de meest onderzochte methoden voor het omgaan met ernstige psychische crises in Finland. Deze onderzoeken tonen gunstige resultaten bij de behandeling van psychose. <https://www.herstelondersteuning.nl/werkgroepen/open-dialogue/>

maatregelen. Er is dus nood aan formalisering zodat er duidelijke regels zijn over de aanpak. Anderzijds is individualisering wel cruciaal zodat een aanpak op maat mogelijk is. Voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie werd een multidisciplinaire richtlijn opgesteld.⁶

De **inschakeling van vertrouwensfiguren** is zeer zinvol. Het kan hierbij gaan om personen uit de omgeving van de persoon zelf: familieleden, een wettelijk aangestelde vertrouwenspersoon of de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt. Daarnaast is ook een goede **dialogoog met de eerstelijnszorg** erg nuttig en kan ook de huisarts van de patiënt soms een belangrijke rol spelen als vertrouwensfiguur.

Om de bovenstaande preventieve maatregelen te realiseren is het nodig dat zorgverleners een goede **vorming** krijgen rond onder meer conflictpreventie, vroegtijdige zorgplanning en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (als laatste redmiddel). Binnen deze vormingsprogramma's kunnen ervaringsdeskundigen een grote rol spelen.

Aanbevelingen rond de preventie van dwanginterventies

- Aanbeveling 46: Stel tijdens heldere periodes signalerings- en crisisplannen op met de patiënt zodat er vroeger ingegrepen kan worden.
- Aanbeveling 47: Bekijk met elke opgenomen patiënt: "Wat is jouw manier om kalm te worden?" (persoonlijke coping stijl).
- Aanbeveling 48: Zorg dat er indien nodig ook 's nachts iemand beschikbaar is om te praten.
- Aanbeveling 49: Benut meer behandelalternatieven zodat dwanginterventies echt de laatste optie zijn.
- Aanbeveling 50: Hanteer richtlijnen voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Creëer een warme, helpende omgeving:
- Aanbeveling 51: Stimuleer open communicatie en inspraak.
- Aanbeveling 52: Voer één-op-één-*gesprekken* zodat men vanzelf rustig wordt.
- Aanbeveling 53: Hanteer 'professionele nabijheid' i.p.v. 'professionele afstand'.
- Aanbeveling 54: Stimuleer een onderhandelingsklimaat i.p.v. een klimaat van 'beheersing' in de zorgverlening.
- Aanbeveling 55: Zorg ervoor dat vertrouwenspersonen en de vertegenwoordiger van de patiënt betrokken kunnen worden. Zorg bovendien voor een goede dialoog met de eerstelijnszorg (bv. huisarts als vertrouwensfiguur).

⁶ <https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/ef38-mdr-fixatie-techniek>

6 Conclusie

Deze tekst toont duidelijk de enorme impact van vrijheidsbeperkende maatregelen op het welbevinden van patiënten aan. OPGanG is dus duidelijk: vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen slechts het allerlaatste redmiddel zijn. Zorgverleners moeten dus hun uiterste best doen deze te vermijden. Indien het toch echt niet anders kan, moet er erg omzichtig omgesprongen worden met de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Er is ook oog nodig voor subtiele dwang en de gevolgen die individuele vrijheidsbeperkende maatregelen met zich meebrengen.

De opgesomde aanbevelingen hebben een enorm potentieel om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen menselijker en minder traumatisch te maken. Zoals zo vaak zijn ook hier communicatie en participatie kernwoorden.

Laat ons er samen naar streven dat zo weinig mogelijk mensen vrijheidsbeperkende maatregelen moeten meemaken en dat verdere traumatisering niet gebeurt. Laat ons samen gaan voor een warme, menselijke zorgverlening.

7 Dankwoord

Hartelijk dank aan de patiëntenvertegenwoordigers uit de patiëntenverenigingen die hun persoonlijke ervaringen op een open en constructieve manier met ons deelden!

8 Geraadpleegde bronnen

Workshop met ervaringsdeskundigen vanuit patiëntenverenigingen geestelijke gezondheid op 5 september 2015. Heverlee: OPGanG.

Hoge Gezondheidsraad (2016). *Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg*. Advies nr. 9193. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.

Schoevaerts K., Bruffaerts R. (2015). *Gedwongen opname in Vlaanderen*. Gent: Academia Press. ISBN 9789038223674

Engelen, T. (2019). *Jaarverslag externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen. Registratieperiode van 1 januari tot 31 december 2019*.

www.zorgneticuro.be/nieuws/sterke-stijging-gedwongen-opnames-aanpassing-wetgeving-moet-andere-aanpak-bevorderen

www.steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/ef38-mdr-fixatie-techniek

www.crisiskaart.nl/

9 OPGanG en het Vlaams Patiëntenplatform vzw

OPGanG, de Open Patiëntenkoepel geestelijke gezondheid, wil de krachten, kwaliteiten en expertise van ervaringsdeskundigen bundelen om zo actief te participeren op de verschillende niveaus van de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij zijn het perspectief van de cliënt, de visie op herstel, patiëntenparticipatie en het benutten van ervaringsdeskundigheid de fundamenten van ons denken en handelen.

OPGanG is een gezamenlijk initiatief van verschillende patiëntenverenigingen en lotgenotengroepen uit de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Zij werken samen om met het Vlaams Patiëntenplatform met eenduidige stem het beleid op alle niveaus te informeren en beïnvloeden.

Het **Vlaams Patiëntenplatform vzw** (VPP) is een onafhankelijke koepelorganisatie van een honderdtal patiëntenverenigingen uit Vlaanderen en streeft naar een toegankelijke zorg op maat voor de patiënt en zijn omgeving. Om dat te bereiken is het nodig dat patiënten actief deelnemen aan de uitbouw van het gezondheidsbeleid en de gezondheidszorg. De projecten van het VPP worden gedragen door vertegenwoordigers uit de patiëntenverenigingen. Patiëntenrechten, onafhankelijk klachtrecht voor patiënten, toegankelijkheid van zorg, gelijke kansen op het vlak van verzekeringen, werkgelegenheid, medicatie, ... zijn belangrijke aandachtspunten in de werking. Mensen met een chronische ziekte zitten vaak met vergelijkbare vragen en worstelen met dezelfde knelpunten. Het VPP ziet het gezamenlijk aanpakken van gemeenschappelijke noden als een belangrijk werkterrein.

Er wordt zonder twijfel hard gewerkt aan de uitbouw van betaalbare kwaliteitszorg. Maar het perspectief van de patiënt is veel te weinig doorslaggevend. De stem van de gebruikers moet gehoord en gewaardeerd worden. Daadwerkelijke inspraak, vertegenwoordiging en participatie realiseren op basis van een gedeeld standpunt van de patiënt: dat is een opdracht voor het VPP.

www.opgang.be

www.vlaamspatientenplatform.be

Contacteer ons

Schriftelijk Vlaams Patiëntenplatform vzw & OPGanG vzw
Groenveldstraat 15
3001 Heverlee
Ondernemingsnummer 0470.448.218
RPR – Leuven

Bel naar +32 (16) 23 05 26
Mail naar info@vlaamspatienentenplatform.be
contact@opgang.be

Surf naar www.vlaamspatienentenplatform.be
www.opgang.be

Volg ons www.facebook.com/vlaamspatienentenplatform
www.twitter.com/VPPvzw
www.twitter.com/OPGanGbe



Vlaams patiëntenplatform
Samen sterker



OPGanG
Samen maken we opgang