

Preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie, en de toepassing ervan bij ernstig en acuut gevaar

Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst

Sam Baert¹, Kathleen De Cuyper¹, Tim Opgenhaffen²,
Rosalien De Wachter³, Jasper Vanhoof³, Theo van Achterberg³,
Tine Peeters¹, Gilles Droogmans⁴, Sara Nijs⁴, Els Vanlinthout¹,
Mieke Deschodt³, Koen Milisen³,
Bea Maes⁴

¹ LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy, KU Leuven

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

³ Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

⁴ Vakgroep Gezins- & Orthopedagogiek, KU Leuven

Woord vooraf

Dit document bevat 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**. 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 Vlaamse 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 voor 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)



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 omstanders 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)**.



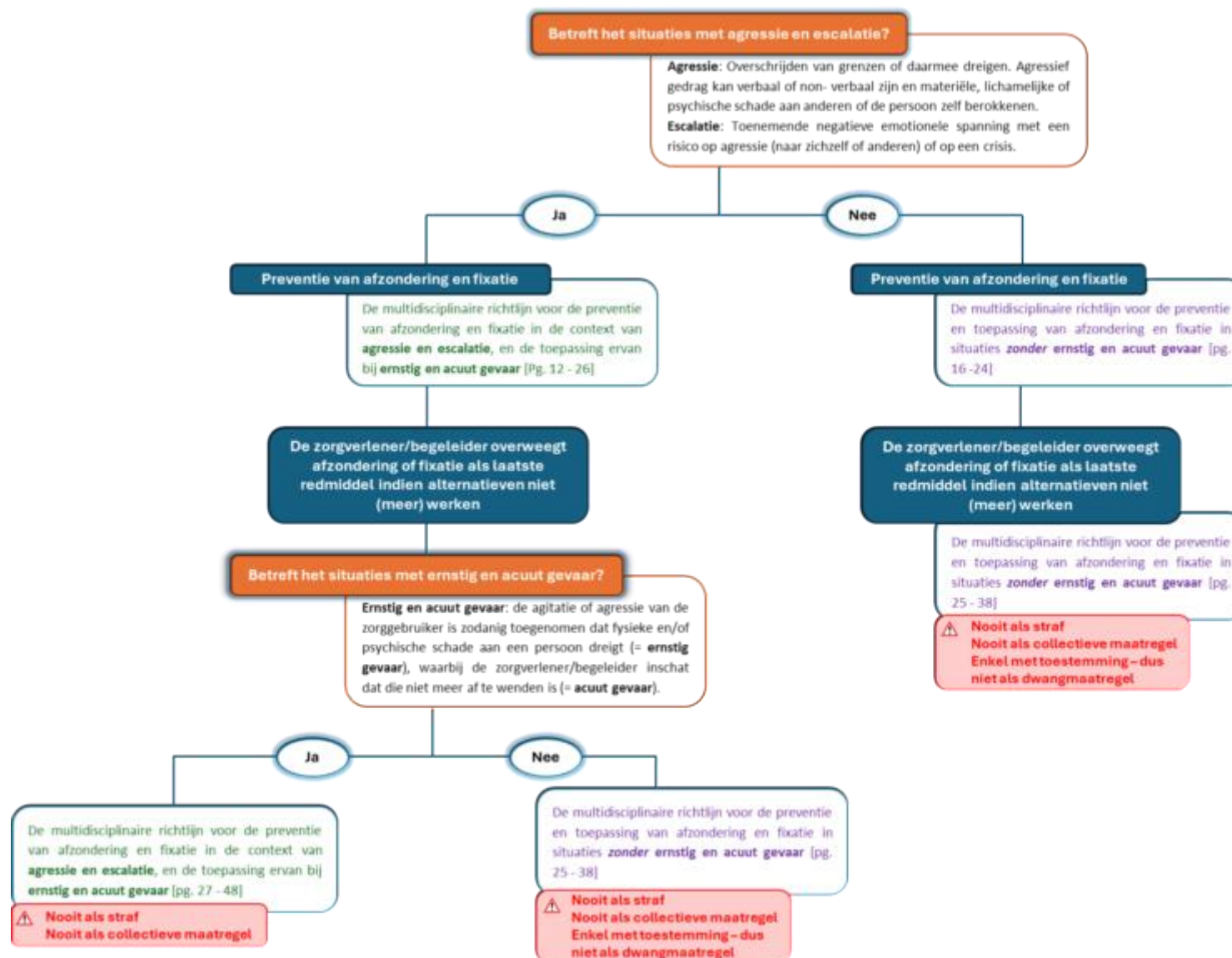
Afzondering en fixatie mogen nooit gebruikt worden als straf of als collectieve maatregel en mogen niet worden toegepast onder dwang.



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?

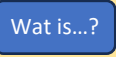
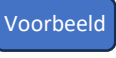


5. Leeswijzer

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). Indien een aanbeveling enkel over afzondering gaat, of over (een) bepaalde vorm(en) van fixatie, dan staat dit bij de betreffende aanbeveling vermeld. Dit is het geval bij een aantal aanbevelingen over toepassing. Alle aanbevelingen over preventie gelden voor afzondering en de drie vormen van fixatie.

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 zorgverleners/begeleiders deels op maat van de individuele zorggebruiker kunnen worden aangepast.

Inhoudstafel

A. Toepassingsgebied van de richtlijn	11
B. Preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie	12
B.I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	13
B.I.1. Preventiebeleid: leiderschap en gedeelde verantwoordelijkheid	13
B.I.2. Preventieve strategieën en alternatieven voor afzondering en fixatie	15
B.I.3. Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over preventie van afzondering en fixatie	15
B.I.4. Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen	17
B.II. Aanbevelingen op het niveau van de teams	18
B.II.1. Werking van het team	18
B.II.2. Positief leefklimaat	18
B.II.3. Omgaan met regels op de afdeling/in de leefgroep	19
B.II.4. Continuïteit van zorg/begeleiding	20
B.III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de zorggebruikers	21
B.III.1. Opbouw begeleidings-/hulpverleningsrelatie	21
B.III.2. Begeleidings- en hulpverleningsaanbod	23
B.III.3. Een signaleringsplan voor de preventie van afzondering en fixatie bij (gradaties van) agressie en/of escalatie	23
B.III.4. Omgaan met escalatie	25
B.III.5. Vooraf geplande collectieve afzonderingen zijn niet toelaatbaar	25
B.III.6. Nabespreking na een afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie	26
B.III.7. Time-out	26
C. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie om de veiligheid te herstellen bij ernstig en acuut gevaar	27
C.I. Kernprincipes van de toepassing van afzondering en fixatie	27
C.II. De toepassing van afzondering en fixatie op het niveau van de 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 afzonderingskamer	29
C.II.5. Klachtenprocedures	29
C.III. Afzonderings- en fixatieprocedures om de veiligheid te herstellen bij ernstig en acuut gevaar	31
C.III.1. Overwegen en beslissen met betrekking tot het gebruik van afzondering of fixatie	31
C.III.2. Bij de keuze voor afzondering of fixatie	32
C.III.3. Uitvoeren van de maatregel	39
C.III.4. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel	47

C.III.5. Na het beëindigen van de maatregel.....	47
D. Randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijnen in de praktijk.....	49
D.I. Randvoorwaarden op het niveau van de betrokken sectoren	50
D.I.1. Een optimale en gedifferentieerde personeelscapaciteit.....	50
D.I.2. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering.....	50
D.I.3. Een ‘only once’ intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem	51
D.I.4. Architecturale aanpassingen.....	51
D.II. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele voorzieningen	51
D.II.1. Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving	51
D.II.2. Collectief leren en zorg voor personeel	52
D.III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving en toezicht door de Vlaamse overheid	52
D.III.1. Wetgeving	52
D.III.2. Toezicht door de Vlaamse overheid.....	53
D.IV. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek.....	53
Referenties.....	54

A. Toepassingsgebied van de richtlijn

Deze richtlijn biedt aanbevelingen om afzondering en fixatie maximaal te vermijden in de context van **agressie en escalatie**. Als deze maatregelen niet te vermijden zijn, biedt deze richtlijn ook handvatten om ze weloverwogen, humaan en veilig toe te passen bij **ernstig en acuut gevaar**. Om duidelijk te krijgen op welke situaties de aanbevelingen zich richten, is het belangrijk om het toepassingsgebied van de richtlijn te definiëren. Het betreft hier de vraag wat er in de richtlijn bedoeld wordt met “de context van agressie en escalatie” en “ernstig en acuut gevaar”.

Wanneer een zorggebruiker toenemende agitatie of toenemende gevoelens zoals angst, frustratie of woede ervaart, en deze heftige emoties dreigen te escaleren, ontstaat er een risico op lichamelijke en/of psychische schade voor die persoon zelf of omstaanders. Deze **agressie of escalatie** kan door interne en/of externe factoren toenemen waardoor ook het risico op schade kan evolueren naar een **acute en ernstige dreiging**. Situaties gekenmerkt door agressie of escalatie liggen dus op een continuüm. Figuur 4 geeft dit visueel weer.

Figuur 4 Voorstelling situaties in de context van agressie en escalatie



Groene gedeelte

Bij het **groene gedeelte**, is er geen sprake van agressie of escalatie. Er is in deze situatie geen reëel risico op fysieke en/of psychische schade aan een persoon (dus geen ernstig gevaar).

Oranje gedeelte

Bij het **oranje gedeelte** nemen de agitatie of andere intense emoties van de zorggebruiker toe, vertoont hij/zij al dan niet agressief gedrag en begint de situatie te escaleren. Er ontstaat dus een reëel risico op fysieke en/of psychische schade (een ernstig gevaar), maar er zijn nog **voldoende mogelijkheden en tijd om het gevaar te voorkomen waardoor** de zorgverleners/begeleiders inschatten dat de **schade nog af te wenden is** (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.
Een verwarde zorggebruiker met dementie die rondwaalt op zoek naar haar kamer, en die steeds meer geagiteerd raakt en verbaal agressief gedrag stelt omdat ze haar kamer niet vindt.

Rode gedeelte

In het **rode gedeelte** is de agitatie of agressie van de zorggebruiker zodanig toegenomen dat fysieke en/of psychische **schade aan een persoon dreigt** (= ernstig gevaar), waarbij de zorgverlener/begeleider inschat dat die **niet meer af te wenden is** (= acuut gevaar). Op dit moment doet zich een situatie met **ernstig en acuut gevaar** (noodtoestand) voor.

Voorbeeld

Een zorggebruiker met een psychische kwetsbaarheid raakt na een heftige confrontatie met haar ouders extreem overstuur. Ze gooit met spullen door haar kamer, grijpt naar een schaar en dreigt zichzelf en de zorgverleners/begeleiders te verwonden.
Een jongere met een verstandelijke beperking en autisme is volledig overprikkeld geraakt in de leefgroep. Hij schreeuwt naar de zorgverleners/begeleiders, dreigt om meubels te vernielen en maakt aanstalten om medebewoners te slaan.
Een verwarde zorggebruiker met dementie is extreem geagiteerd omdat ze haar kamer niet kan vinden. Ze bedreigt een medebewoner en maakt aanstalten om haar fysiek te lijf te gaan.

B. Preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie

Afzondering en fixatie zijn omstreden maatregelen. Wetenschappelijk onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdhulp, handicapsector en ouderenzorg toont aan dat afzondering en fixatie in het kader van agressie en escalatie vaak **negatieve gevolgen** hebben voor zowel het fysieke als emotionele welzijn van alle betrokkenen, nefast zijn voor de samenwerkingsrelatie tussen de zorggebruiker en de zorgverlener, en dat ze tegenstrijdig kunnen zijn met de ethische principes van goede zorg. Daarnaast is de **effectiviteit** van afzondering en fixatie voor de reductie van agressie en escalatie **weinig tot niet aangetoond** voor de betrokken doelgroepen (Baert et al., 2023; Beeckmans et al., 2021; De Cuyper et al., 2021; Peeters et al., 2019). Vanuit mensenrechtelijk perspectief bekeken, zijn afzondering en fixatie – wanneer ze onder dwang plaatsvinden – **verre gaande inmengingen in de fysieke integriteit**. Ze zijn slechts toegelaten indien ze als laatste hulpmiddel kortdurend plaatsvinden binnen een juridisch kader met strikte waarborgen (Opgenhaffen, 2020). Bovendien toont onderzoek aan dat **preventie werkt**: de *combinatie* van preventieve strategieën op het niveau van de directie, de teams en de individuele zorgverleners leiden tot minder afzondering en fixatie in de verschillende doelgroepen (Baert et al., 2023; Beeckmans et al., 2021; De Cuyper et al., 2021; Peeters et al., 2019).

Op basis van al deze evidentie uit wetenschappelijk onderzoek en de mensenrechten bestaat er consensus dat **afzondering en fixatie maximaal moeten vermeden worden**. Ze mogen alleen als **laatste redmiddel** worden ingezet, wanneer alle andere minder ingrijpende interventies niet effectief zijn gebleken (zie deel C.).

De aanbevolen aanpak voor de preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie speelt zich af op drie niveaus:

- B.I. [Het niveau van de directie en beleidsmedewerkers van voorzieningen](#)
- B.II. [Het niveau van de teams](#)
- B.III. [Het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers](#).

Daarnaast is er een vierde niveau van belang voor een goed preventiebeleid van afzondering en fixatie, met name het niveau van de wetgever, en de nationale en deelstatelijke beleidsvoering. Aanbevelingen voor dit niveau zijn terug te vinden in deel D. van deze richtlijn waarin de randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn zijn opgesteld.

Alle aanbevelingen van dit deel B. vormen een leidraad voor de ontwikkeling van een **preventiebeleid op maat van de eigen voorziening**. Het wordt aanbevolen om alle medewerkers van de voorziening bij de uitvoering hiervan te betrekken, gaande van de directie en beleidsmedewerkers, tot de zorgverleners/begeleiders die behandeling en zorg bieden aan de zorggebruikers. Hierbij wordt ook de samenwerking met de zorggebruikers zelf en hun naasten aanbevolen. Dit alles komt immers uit Vlaams en internationaal onderzoek naar voor: een goed preventiebeleid van afzondering en fixatie is een zaak van verschillende disciplines en is een **gedeelde verantwoordelijkheid**.

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

Directie en beleidsmedewerkers dragen bij aan de preventie van afzondering en fixatie in de voorziening door in te zetten op volgende elementen:

[B.I.1. Preventiebeleid: leiderschap en gedeelde verantwoordelijkheid](#)

[B.I.2. Preventieve strategieën en alternatieven voor afzondering en fixatie](#)

[B.I.3. Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over preventie van afzondering en fixatie](#)

[B.I.4. Opbouw en inrichting van afdelingen/leefgroepen](#)

B.I.1. Preventiebeleid: leiderschap en gedeelde verantwoordelijkheid

Leiderschap, visie en engagement van directie en beleidsmedewerkers zijn essentieel voor het slagen van het preventiebeleid.

Ontwikkel een gedragen preventiebeleid om afzondering en fixatie te voorkomen en **stuur dit geregeld bij**.

B.I.1.1. Ontwikkeling van het preventiebeleid

Ontwikkel een **preventiebeleid** omtrent afzondering en fixatie **op maat van de voorziening** en zijn **populatie**, schrijf dit gedetailleerd uit, en maak hiervoor **voldoende middelen** vrij binnen de voorziening.



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**.



Visie op zorg/begeleiding. Deze **visies op zorg/begeleiding** dragen volgens onderzoek bij aan de preventie van afzondering en fixatie:

- Participatieve zorg;
- Trauma-geïnformeerde zorg;
- Positief leefklimaat (gebaseerd op de zelf-determinatietheorie);
- Positieve gedragsondersteuning;
- Proactieve probleemoplossende aanpak in samenwerking met de zorggebruiker (*collaborative proactive solutions model*);
- Nieuwe autoriteit/Geweldloos verzet;
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (*person-centered care*);
- Herstelgerichte zorg (*recovery focused care*).

- b. Voeg de **definities** toe die duidelijk maken wat afzondering en de verschillende vormen van fixatie zijn.
- c. Ontwikkel het preventiebeleid op een **kritische wijze** en baseer je hiervoor op **evidence-based modellen en kaders**.

Voorbeeld

Six core strategies, Positive Behavior Support, Safewards model en Collaborative Problem solving.

- d. **Betrek** bij de ontwikkeling van het preventiebeleid **meerdere standpunten en disciplines** door een **multidisciplinaire werkgroep** op te richten. 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 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.I.1.2. Streef naar een gedragen preventiebeleid

Streef via verschillende strategieën naar een gedragen preventiebeleid. Hanteer een **betrokken en coachend leiderschap** en zorg ervoor dat de zorgverleners/begeleiders de **zorg/begeleidingsvisie** kunnen integreren in hun **dagelijks professioneel handelen**.

- Informeer en sensibiliseer** alle **medewerkers** over (1) het belang van maximale preventie van afzondering en fixatie, (2) de haalbaarheid van dit streefdoel en (3) de wijze waarop dit doel bereikt kan worden
- Wees een **rolmodel** bij de implementatie van het preventiebeleid, blijf beschikbaar ter ondersteuning en zet in op **coachend leiderschap**.



Coachend leiderschap. Creëer een veilige, stimulerende en ondersteunende werkomgeving die inzet op empowerment van het personeel. Geef zorgverleners/begeleiders voldoende autonomie om zorg op maat te kunnen aanbieden zodat ze gemotiveerd blijven en zich gewaardeerd voelen. Installeer een lerende- en positieve verbetercultuur waarbij medewerkers gestimuleerd worden om te leren uit het eigen handelen. Stimuleer bovendien ideeën en bottom-up feedback van zorgverleners/begeleiders, zorggebruikers, naasten en ervaringswerkers.

Inspiratie

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

- Zorg ervoor dat de **zorgverleners/begeleiders de zorg/begeleidingsvisie kennen, begrijpen en toepassen**. Overweeg om regelmatig cultuurpeilingen bij de medewerkers uit te voeren.



De zorg/begeleidingsvisie kennen, begrijpen en toepassen. Zet in op het ontwikkelen en geven van vorming over het preventiebeleid. Schakel hierbij ervaringswerkers in en overweeg train-the-trainer opleidingen zodat medewerkers van de voorziening dezelfde vorming kunnen geven aan andere of nieuwe collega's. Besteed in deze vormingen aandacht aan:

- de visie op zorg/begeleiding, de inhoud en rationale van het preventiebeleid;
- feiten en mythes omtrent afzondering en fixatie, bijvoorbeeld: effectiviteit, risico's, impact en gevolgen.

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](#))

- Communiceer op een duidelijke, transparante en begrijpbare manier** het preventiebeleid tegenover de zorggebruikers, hun vertegenwoordigers en andere naasten, waarbij rekening wordt gehouden met hun ontwikkelingsmogelijkheden.

- Leg hen duidelijk uit waar alle informatie over het beleid te verkrijgen is,

- Overweeg om ervaringswerkers te betrekken bij de bekendmaking van het preventiebeleid.

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

Stuur het preventiebeleid bij door (a) **evaluaties** te maken van de verschillende **preventieve strategieën** en (b) **gegevens te verzamelen** over **agressie-incidenten en het gebruik van afzondering en fixatie**. **Betrek de multidisciplinaire werkgroep** hierbij.



Betrekken van de multidisciplinaire werkgroep. De wisselwerking en communicatie tussen de werkgroep ('top') en de zorgverleners/begeleiders ('down') kan bevorderd worden door gebruik te maken van een referentiepersoon voor elke afdeling/leefgroep.

- Evalueer** (1) de **visie op zorg** en (2) zowel het gebruik van **preventieve strategieën** (3) als **alternatieven** voor afzondering en fixatie op het niveau van de voorziening. Stuur bij indien nodig.



Evalueer. Gebruik hierbij bottom-up feedback van de zorgverleners/begeleiders, de zorggebruikers en de naasten en/of ervaringswerkers.

- Analyseer** (1) zowel **agressie- en escalatie-incidenten** als (2) het **gebruik van afzondering en fixatie** in de voorziening en koppel hierover terug naar alle betrokken teams.



Analyseer. Analyseer zowel de agressie- en escalatie-incidenten als het gebruik van afzondering en fixatie op het niveau van de voorziening en van de afdelingen/leefgroepen door:

- Zowel agressie- en escalatie-incidenten als afzonderingen en fixaties te registreren en de gegevens kwantitatief te analyseren.
- Zowel casussen van agressie- en escalatie-incidenten als afzonderingen en fixaties te bespreken en te analyseren op inhoudelijk niveau.
- Deze informatie te gebruiken om het preventiebeleid en de afzonderings- en fixatieprocedures aan te passen indien nodig.

B.I.2. Preventieve strategieën en alternatieven voor afzondering en fixatie

Ontwikkel en implementeer binnen de voorziening naast **alternatieven** voor (collectieve) afzondering en fixatie, ook **preventieve strategieën** om escalatie, agressie, afzondering en fixatie te voorkomen.

Creëer een voedingsbodem bij zorgverleners/begeleiders, zorggebruikers en/of hun naasten en ervaringswerkers voor de **creatieve zoektocht** naar (doelgroepgerichte) alternatieven en preventieve middelen voor afzondering en fixatie. Ga in dialoog met externe zorgverstrekkers om ervaringen en goede praktijken uit te wisselen.

Voorbeeld

Haal inspiratie uit gepubliceerde goede praktijkvoorbeelden zoals bijvoorbeeld:

- [Best Practices rondom Dwangreductie in de GGZ](#) (Voskes et al., 2011),
- [Alternatievenbundel van Vilans](#) (Vilans, 2020)
- [Menukaart alternatieven](#) (van Dorp et al., 2020),
- [Reflectie-instrument: Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen](#) (SAM, steunpunt Mens en Samenleving, 2020),
- Leefklimaat! Voor jeugd en volwassenen (P. van der Helm, 2022).

B.I.3. Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over preventie van afzondering en fixatie

In het kader van de preventie van agressie, escalatie, afzondering en fixatie is het van belang om de zorgverleners/begeleiders grondig en **regelmatig te trainen**. Ga na of de training resulteert in **minder afzonderingen in fixaties bij de zorggebruikers**, en implementeer een systeem van **kwaliteitswaarborging** om te verzekeren dat de getrainde procedures het preventieve effect op afzondering en fixatie blijven behouden.

- a. Train zorgverleners/begeleiders in (1) het **vertalen van de zorg-/begeleidingsvisie** (zie B.I.1.1. en 2.) in het **dagelijks professioneel handelen** en (2) de bejegening van de zorggebruikers (desgevallend hun vertegenwoordigers) en hun naasten. Leer hen daarnaast over (3) de rationale, de aard en de werkwijze van verschillende **alternatieven voor afzondering en fixatie**. Overweeg bovendien om (4) zorgverleners/begeleiders **afzondering en fixatie zelf te laten ervaren**.
- b. Ontwikkel **vaardigheden die bijdragen tot preventie** van agressie en/of escalatie, afzondering en fixatie afgestemd op de doelgroep.



Vaardigheden. Train zorgverleners/begeleiders in volgende vaardigheden:

- Verbale en non-verbale communicatievaardigheden gericht op een positieve begeleidingsrelatie met gelijkwaardigheid, respect, samenwerking en dialoog;
- Positieve gedragsondersteuning/krachtgerichte vaardigheden en positieve bekrachtigingsprincipes;
- Emotieregulatie;
- Verbale en non-verbale de-escalatietechnieken;
- Voeren van een grondige functieanalyse van het doelgedrag.

- c. Train zorgverleners/begeleiders omtrent (1) **de aard, de oorzaken, de preventie en gevolgen** van escalatie, agressie, afzondering en fixatie. Creëer hierbij bewustzijn over (2) de **factoren** gerelateerd aan de **zorggebruiker**, de **zorgverlener/begeleider** en de **interactie** tussen hen. Heb bovendien ook aandacht voor (3) de rol van het team en de mogelijkheid tot feedback en bijsturing tussen collega's.



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

- Het ontwikkelingspatroon en de daaraan verbonden ontwikkelings-/ontplooiingskansen;
- De (psycho)pathologie;
- Het moeilijk hanteerbaar gedrag, de functionaliteit en betekenis hiervan voor de zorggebruiker;
- De mate waarin zorggebruikers zelf de functie van hun gedrag begrijpen en hun gedrag beheersen;
- Fysieke en emotionele gewaarwordingen van de zorggebruikers.



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

- 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. Overweeg om zorggebruikers te betrekken bij de oriëntatie en opleiding van **nieuw personeel**.

B.I.4. Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen

Verschillende kenmerken van de fysieke omgeving van de afdeling/leefgroep zijn geassocieerd met het risico op agressie en escalatie en de preventie van afzondering en fixatie. Zorg bij het inrichten van de afdelingen/leefgroepen daarom voor een **comfortabele, veilige en aangename omgeving** met focus op ordelijkheid, overzicht, herstel, onderhoud en vernieuwing.

Inspiratie

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

- a. Zorg voor een afdeling/leefgroep die aangepast is aan het **prikkelaanbod** dat de doelgroep nodig heeft en aankan. Zet indien nodig in op de **prikkelverwerking** van de zorggebruikers door gebruik te maken van **ruimtes voor spanningsreductie** en **mogelijkheden tot actieve de-escalatie**.



Ruimtes voor spanningsreductie. Deze ruimtes bieden rust aan zorggebruikers door op een actieve of passieve wijze de-escalatie te ondersteunen. Hierbij is het belangrijk dat deze “vluchtroute” is afgestemd op de behoefte van de zorggebruiker en dat deze gebruikt wordt op vrijwillige basis, dus op eigen initiatief van de zorggebruiker of op vrijblijvend voorstel van de zorgverlener/begeleider met toestemming van de zorggebruiker die zich niet verzet. Doe de deur van deze ruimte nooit op slot tijdens het gebruik ervan.

Voorbeeld

Comfortroom, de tuin, de eigen kamer van de zorggebruiker, ...



Mogelijkheden tot actieve de-escalatie. Activiteiten op maat van de zorggebruiker die emotieregulatie bevorderen en agressie en agitatie verminderen. Voorzie hiervoor voldoende bewegingsruimte, zowel binnen als buiten.

Voorbeeld

Wandelen of andere (sportieve) activiteiten die persoon rust geven. Bij personen met dementie kan het creëren van een cirkelvormige leefgroep, waarin een zorggebruiker veilig kan dolen, de-escalerend werken.

- b. Zet in op de **privacy** van elke zorggebruiker en voorzie dat zij **controle kunnen hebben over bepaalde aspecten van de omgeving** zoals het licht kunnen dimmen, volume van de achtergrondmuziek verminderen en hun eigen kamer kunnen inrichten.
- c. Voorzie voldoende **mogelijkheden tot (informele) interactie** tussen zorgverleners/begeleiders en zorggebruikers. Stimuleer hierbij **nabijheid en bereikbaarheid** van de zorgverleners/begeleiders.

B.II. Aanbevelingen op het niveau van de teams

Alle teams van zorgverlener/begeleiders dragen bij aan de preventie van afzondering en fixatie in de voorziening door in te zetten op volgende elementen:

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

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

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

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

B.II.1. Werking van het team

Creëer een georganiseerde en ordelijke werkplek en investeer in een goede (samen)werking binnen de teams met een duidelijke rol- en taakverdeling voor de teamleden. Besteed bovendien voldoende aandacht aan de zorg voor de teamleden.

- Een goede onderlinge **communicatie** (mondelinge of schriftelijke) is niet alleen belangrijk inzake dagverloop om later gedrag te kunnen verklaren of verduidelijken. Het kan ook helpen om een uniforme aanpak te bereiken. Heb hierbij ook aandacht voor positieve eigenschappen of gebeurtenissen, en communiceer deze, bv. bij een wissel van shift.
- Organiseer **intervisies en supervisies**.
- Stimuleer **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

Werk aan een **positief leefklimaat** onder de zorggebruikers in de leefgroep of op de afdeling, en vermijd een repressieve aanpak.

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. Wanneer deze drie psychologische basisbehoeften worden vervuld, neemt de motivatie voor gedragsverbetering toe, waaronder zich inzetten voor behandeling. Wanneer deze basisbehoeften gefrustreerd worden, vergroot de kans op de ontwikkeling van psychopathologie of moeilijk hanteerbaar gedrag (van der Helm et al., 2018). Hierdoor vergroot op zijn beurt de kans op afzondering en fixatie als veiligheidsmaatregel of als straf (Braun et al., 2020; de Valk et al., 2016; Hammervold et al., 2019; Nielson et al., 2021).

Om zicht te krijgen op de drie psychologische basisbehoeften van een zorggebruiker vormen de vier vragen van Jim van Os (2015) in het kader van persoonsgerichte zorg een goede leidraad:

- Wat is er (vandaag) met de zorggebruiker gebeurd?
- Wat is de kwetsbaarheid en de weerbaarheid van de zorggebruiker?
- Waar wil de zorggebruiker naartoe?
- Wat heeft de zorggebruiker nodig?

- a. Een positief leefklimaat is **gestructureerd, ondersteunend en zorgend**.



Kenmerken positief leefklimaat. Een positief leefklimaat wordt bepaald door:

- het emotioneel beschikbaar zijn van de zorgverleners/begeleiders voor de zorggebruikers;
- de mogelijkheid voor de zorggebruikers om te groeien;
- een veilige omgeving met een duidelijke dagstructuur;
- steun aan het personeel en aan de zorggebruikers;
- autonomie voor de zorggebruikers;
- een positieve relatie tussen zorgverleners/begeleiders en zorggebruikers.

Inspiratie

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

- b. Zet in op **participatieve zorg**, werk **krachtgericht op maat van de zorggebruiker** en werk aan **herstel**.



Participatieve zorg. Zet in op participatie en inspraak van de zorggebruiker bij zowel de vormgeving van het individuele zorg- en begeleidingstraject als ook op afdeling/leefgroep of voorzieningsniveau. Organiseer hiervoor vergaderingen onder leiding van een zorgverlener/begeleider of zorggebruiker, waarin er ruimte is om informatie en initiatieven tussen zorggebruikers en zorgverleners/begeleiders te delen en er samen gezocht kan worden naar oplossingen voor mogelijke problemen binnen de afdeling/leefgroep of de voorziening.

Wat is...?

Herstel (restoration) is een manier van kijken naar conflicten en incidenten. Een herstelgerichte aanpak bestaat uit vier elementen. De betrokken actoren worden samengebracht. Onderling overleg identificeert (1) de eventueel veroorzaakte schade die resulteert uit het incident, (2) de noden van de partijen en hun context die daaruit voortkomen, en (3) kent verplichtingen toe aan de partijen om eventueel veroorzaakte schade te herstellen. Daarenboven zet de aanpak in op (4) de (her)opbouw van de interpersoonlijke relaties tussen de partijen en hun context, door begrip op te bouwen voor elkaars waarden, normen en cultuur en deze te valideren (Olson & Sarver, 2022).

- c. Zorg dat het personeel kennis heeft over de **negatieve gevolgen van straf** en dat ze hun gedrag hiernaar aanpassen zodat een **cyclus van negatieve interacties** tussen zorgverleners/begeleiders en zorggebruikers voorkomen kan worden (dwangcyclus).
- d. **Beloon** de zorggebruiker **op maat** – ook na herstel – en focus niet op straffen wanneer het fout loopt.

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

Wanneer er wordt samengeleefd met anderen zijn er een aantal **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](#).

Wees er tegelijkertijd van bewust dat zowel het rigide als arbitrair gebruik van regels een **risico** inhoudt **op conflict en agressie**. Ontwikkel of wijzig de afdeling/leefgroep regels daarom **in het belang van en in samenspraak met de zorggebruiker**.



Bewust omgaan met regels. Beoordeel minstens eenmaal per jaar **kritisch de regels** om te zien (1) of ze passen binnen de **zorg/begeleidingsvisie** en de waarden van de voorziening, en (2) of ze gestaafd kunnen worden vanuit hun **nut en noodzaak**: vanuit een pedagogisch of therapeutisch kader, om een gunstig behandel- en leefklimaat te creëren of omwille van ernstige veiligheidsoverwegingen.

- a. Laat regels tot **stand komen** – en indien nodig **geschrapt of bijgesteld worden** – in **samenspraak** met de zorgverleners/begeleiders, de zorggebruikers en hun naasten en eventueel ervaringswerkers (tijdens hiervoor georganiseerde vergaderingen).

Voorbeeld

Indien een vaste dagstructuur voor de zorggebruikers wordt opgesteld, overweeg om dit dan in samenspraak met hen te doen.

- b. Formuleer de regels steeds **helder** en **begrijpbaar**. Bij het opstellen, formuleren en hanteren van de afdeling/leefgroep regels houden de zorgverleners/begeleiders rekening met de **sociaal-emotionele ontwikkeling, cognitieve ontwikkeling, privacy en waardigheid van de zorggebruikers**. Ze hebben daarnaast ook aandacht voor hun eigen **interpretatie van de regels**, en voor de interpretatie en beleving door de zorggebruikers (bv. het idee “het is machtsvertoon”).
- c. Bij de opname lichten de zorgverleners/begeleiders de **algemene regels** en hun **rationale** toe aan de zorggebruikers (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en hun naasten. Zij dienen deze algemene regels ook zo uniform mogelijk te interpreteren en te handhaven om op die manier de duidelijkheid van de regels te bewaren.
- d. Vervang waar mogelijk algemene regels door **individuele afspraken** op maat van de zorggebruiker en/of de situatie en ga het effect hiervan na. Doe dit op maat van de zorggebruiker en houd rekening met zijn situatie.
- e. **Communiceer wijzigingen** in de regels – en de implicaties voor de zorggebruikers – tijdig.
- f. Beoordeel regelovertredingen van een zorggebruiker op een **respectvolle, doordachte en voldoende flexibele manier**.

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 in overleg met alle betrokkenen beslist wordt 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, agressie en vrijheidsbeperking en bouw op casusniveau een samenwerking op tussen de betrokken sub-sectoren.

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

Individuele zorgverleners/begeleiders dragen bij aan de preventie van afzondering en fixatie in de voorziening door in te zetten op volgende elementen:

[B.III.1. Opbouw begeleidings-/hulpverleningsrelatie](#)

[B.III.2. Begeleidings- en hulpverleningsaanbod](#)

[B.III.3. Een signaleringsplan voor de preventie van afzondering en fixatie bij \(gradaties van\) agressie en/of escalatie](#)

[B.III.4. Omgaan met escalatie](#)

[B.III.5. Het vermijden van vooraf geplande collectieve afzonderingen](#)

[B.III.6. Nabespreking na een afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie](#)

[B.III.7. Time-out](#)

B.III.1. Opbouw begeleidings-/hulpverleningsrelatie

Investeer van bij de opstart van de behandeling/begeleiding in een **positieve begeleidings-/hulpverleningsrelatie** met de zorggebruiker, waarin wederzijds respect, gelijkwaardigheid en een open dialoog centraal staan. Om **preventie op maat van de zorggebruiker** te bieden, dient hier zowel bij de **opstart** als **gedurende de volledige behandeling/begeleiding** op ingezet te worden. **Grondig kennismaken** met de zorggebruiker en zijn naasten, de zorggebruiker **warm en gepast onthalen** en **nabijheid en bereikbaarheid** bieden zijn de kernpunten hier.

B.III.1.1. Kennismaking met de zorggebruiker en zijn naasten

Zet in op een **grondige beeldvorming op maat** van de zorggebruiker door met hem/haar (desgevallend zijn/haar vertegenwoordiger) in **dialoog te gaan**. Overweeg ook om regelmatig een **systematische risico-inschatting** uit te voeren.



Beeldvorming op maat. Breng volgende aspecten van de zorggebruiker in kaart door middel van een dialoog afgestemd op zijn/haar mogelijkheden, ontwikkelingsleeftijd en kwetsbaarheden:

- Cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling, waaronder ook emotieregulatie 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 of in de thuissituatie en de beleving ervan, alsook de toen gebruikte strategieën om ze te verminderen;
- [Communicatieve signalen](#);
- De sterktes en positieve eigenschappen van de zorggebruiker zoals hobby's of interesses, aangezien deze aanknopingspunten kunnen bieden bij het zoeken naar alternatieven voor afzondering en fixatie;
- Dynamieken van het gezin waarbinnen de zorggebruiker leeft.



Systematische risico-inschatting. De systematische risico-inschattingen kunnen o.a. via een instrument gebeuren. Indien daarvoor gekozen wordt, is het belangrijk om een instrument te gebruiken dat gevalideerd is voor de doelgroep waartoe de zorggebruiker behoort.

- a. **Betrek** ook de **naasten van de zorggebruiker** bij de opstart en het verdere verloop van de behandeling/begeleiding, en bouw een **samenwerkingsrelatie** met hen op rond de zorggebruiker. Hun **ervaringskennis** is namelijk essentieel. Vraag hiervoor eerst **toestemming** aan de zorggebruiker (desgevallend zijn

vertegenwoordiger), en herhaal dit regelmatig, wanneer er voor de naaste onbekende informatie over de zorggebruiker wordt gedeeld.



Ervaringskennis. Bevraag de naasten in het kader van de preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie over:

- Het gebruikelijke dagverloop in de thuissituatie;
- Voorstellen voor [communicatieve signalen](#).
- Visies op de kwetsbaarheid van de zorggebruiker en eventuele risico's m.b.t. agressie, escalatie, veiligheid;
- Belangrijke (traumatische) levenservaringen;
- Reeds toegepaste afzonderings- en fixatiemaatregelen tijdens een vorige opname of in de thuissituatie en de beleving ervan, als ook de gebruikte strategieën om ze te voorkomen.

- b. Vraag informatie op en/of ga in dialoog met andere, huidige of voorgaande **zorgverleners/ begeleiders** van de zorggebruiker. Wees transparant ten aanzien van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en vraag indien nodig zijn toestemming.

Inspiratie

Voor meer informatie over samenwerking in de hulpverlening verwijzen we naar [Wegwijzers beroepsgeheim](#) (Versweyvelt et al., 2018).

B.III.1.2. Onthaal van de zorggebruikers

Zorg voor een gastvrij en warm onthaal op maat van de zorggebruiker en formuleer duidelijk de **wederzijdse verwachtingen** tussen de zorgverleners/begeleiders en de zorggebruikers. Motiveer ook de zorggebruikers uit de leefgroep/afdeling om een warm onthaal te bieden aan de nieuwkomers.

Voorbeeld

In de jeugdhulp: Jongeren in een leefgroep maken een welkomstbord of laten een boodschap achter voor nieuwkomers. Of begeleiders hangen posters op met de omschrijving van de wederzijdse verwachtingen.

B.III.1.3. Bejegening van de zorggebruikers

Nabijheid, bereikbaarheid, betrokkenheid en het opbouwen van een **positieve begeleidingsrelatie** gebaseerd op **wederzijds vertrouwen** zijn niet alleen een belangrijk uitgangspunt van zorgverlening en begeleiding, maar ook voor de preventie van escalatie en agressie.



Nabijheid en bereikbaarheid. Richt je als zorgverlener/begeleider op voldoende fysieke en emotionele nabijheid, alsook bereikbaarheid ten aanzien van de zorggebruiker. Voorzie voldoende ruimte voor individuele begeleiding en gesprekken met de zorggebruiker.



Positieve begeleidingsrelatie. Heb steeds aandacht voor het unieke van elke zorggebruiker en zet in op positieve bekrachtiging van zijn/haar gedrag.



Wederzijds vertrouwen. Bouw een positieve vertrouwensrelatie op door echtheid, transparantie, het delen van iets over jezelf en het hanteren van een continue gelijkwaardige dialoog.

- a. Streef naar een **gelijkwaardige samenwerking** met zorggebruikers en hun naasten.
- b. Voorzie **individuele (aandachts-)begeleiders** voor de zorggebruikers. Wanneer een **conflict** dreigt te ontstaan tussen een zorgverlener/begeleider en een zorggebruiker, is het een optie om een andere zorgverlener/begeleider of een naaste van de zorggebruiker – naar wie de zorggebruiker heeft gevraagd – te betrekken om escalatie te voorkomen. De zorggebruiker moet reeds op voorhand op de hoogte gebracht zijn van deze werkwijze.

B.III.2. Begeleidings- en hulpverleningsaanbod

- a. Voorzie in een **begeleidings- en hulpverleningsaanbod samen met en op maat van de zorggebruiker** - binnen of buiten de voorziening - bedoeld om agressie en escalatie en het risico op afzondering of fixatie te verminderen.



Begeleidings- en hulpverleningsaanbod. Dit aanbod kan gericht zijn op:

- Het geven van informatie – via psycho-educatie – over de factoren die betrokken zijn bij het beslissen tot afzonderen of fixeren;
- Het aanleren van nieuwe vaardigheden;

Voorbeeld

In het kader van positieve gedragsondersteuning: sociale vaardigheden, probleem-oplossende vaardigheden, communicatievaardigheden.

- Het leren herkennen van en reageren op eigen **signaalgedrag**, eventueel samen met de zorgverlener/begeleider;



Signaalgedrag. Gedrag dat een signaal geeft aan de zorgverleners/begeleiders dat het doelgedrag (bv. een gedragsprobleem zoals zelfverwonding) zich zou kunnen voordoen.

Voorbeeld

Bij een persoon met een verstandelijke beperking: steeds harder neuriën, met de vingers beginnen friemelen, wiegen.

- Reflectieve vermogens, emotieregulatie vaardigheden;
- Traumaverwerking.

Dit aanbod kan op maat van de zorggebruiker ingevuld en verrijkt worden door expertise van bv. een yogaleraar, kinesist, ergotherapeut, muziektherapeut, op indicatie en rekening houdend met de kwetsbaarheden van de zorggebruiker.

- b. Heb daarnaast ook aandacht voor voldoende zinvolle en/of aangename dagbesteding, voorzie voldoende aanbod aan ontspanningsmogelijkheden en andere betekenisvolle activiteiten voor de zorggebruikers

B.III.3. Een signaleringsplan voor de preventie van afzondering en fixatie bij (gradaties van) agressie en/of escalatie

Wat is ...?

Belangrijk in het voorkomen van agressie en/of escalatie is het **tijdig opmerken van toenemende spanning, onrust of agitatie**. Nabijheid, nauw contact en opvolging van de zorggebruiker is hierbij belangrijk. Een signaleringsplan opstellen **in dialoog** met de zorggebruiker en zijn naasten kan eveneens helpen om toenemende spanning tijdig op te merken (Huckshorn, 2014).

Het **signaleringsplan** brengt in kaart wat voor de zorggebruiker 'triggers' zijn om overstuurd, geagiteerd of gestresseerd te geraken. Vervolgens wordt in kaart gebracht op welke manier deze toenemende spanning door de zorggebruiker en door anderen opgemerkt kan worden. De tekenen van een opkomende crisis worden in verschillende fasen beschreven. De volgende stap is inventariseren welke acties kunnen helpen om de spanning te doen afnemen. Er wordt hierbij nagedacht over wat de zorggebruiker zelf kan doen, en ook wat zorgverleners/begeleiders of naasten kunnen doen (Lebel & Stromberg, 2010; World Health Organization, 2017, 2019).

Het laatste onderdeel van het signaleringsplan heeft betrekking op die situaties waarin de preventieve strategieën en alternatieven niet gewerkt hebben om de escalatie en/of agressie te doen verminderen. De voorkeuren en wensen van de zorggebruiker over hoe in dergelijke situaties om te gaan met afzondering of fixatie worden dan geëxpliciteerd.

Het signaleringsplan is dus een belangrijk werkinstrument voor de zorggebruiker en de zorgverlener/begeleider om escalatie en afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar te voorkomen. Daarnaast omvat het informatie over de voorkeuren en wensen van de zorggebruiker voor situaties met ernstig en acuut gevaar waarin het voorkomen van afzondering en fixatie niet mogelijk blijkt.

- a. **Ontwikkel** in dialoog met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) een **signaleringsplan op maat**. Stel het signaleringsplan op alvorens zich een crisis voordoet/zou voordoen. Het kan niet opgesteld worden tijdens een actieve crisis, aangezien een rustige emotionele toestand nodig is om het op te stellen.

Inspiratie

Ondersteunende methodieken hierover zijn te vinden bij [SAM, steunpunt Mens en Samenleving](#).



Signaleringsplan op maat. Stel samen met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) een signaleringsplan op rekening houdend met zowel zijn/haar cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling als zijn/haar gekende kwetsbaarheden en/of risico's m.b.t. agressie, escalatie, veiligheid. Overweeg indien de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) dit wenst naasten en/of een orthopedagoog of psycholoog te betrekken. Inventariseer volgende zaken in het signaleringsplan:

- Persoonlijke **triggers** voor **emotionele spanning**, **vroege signalen van toegenomen spanning** en **signalen per fase van spanningsopbouw**. Vraag hiervoor ook **feedback** aan andere zorggebruikers, collega's en naasten. De resultaten van de risico-inschatting zijn in dit verband ook relevant (zie B.III.1.1.).



Feedback. Wat zien anderen de zorggebruiker doen of zeggen wanneer de spanning zich (opnieuw) opbouwt. Bevraag, indien de zorggebruiker akkoord, is zijn/haar naasten. Dankzij hun nabijheid en kennis van de zorggebruiker kunnen zij waardevolle signalen herkennen en duiden. Denk daarnaast ook aan handelingen van zorgverleners die zorggebruikers als triggers kunnen ervaren.

- **Strategieën** die zowel de **zorggebruiker** als de **zorgverleners/begeleiders of naasten** kunnen hanteren zodat de **spanning zich niet zou opbouwen** en de **spanning kan doen dalen** per fase van de spanning. Bevraag, indien de zorggebruiker akkoord, is zijn/haar naasten om strategieën aan te reiken die in het verleden effectief bleken om de spanning te voorkomen of te doen dalen.
- Omschrijving van de situaties waarin specifiek voor die zorggebruiker sprake is van ernstig en acuut gevaar voor zichzelf en/of voor anderen. In deze situaties kan de toepassing van afzondering en fixatie overwogen worden voor zover alternatieven voor de maatregel niet (langer) volstaan.
- De eventuele **voor- en afkeuren** van de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) over de mogelijke **vormen van afzondering en fixatie**, wanneer dit onvermijdelijk is, en het **informer van naasten**.



Informer van naasten. Dit betreft de voor- en afkeuren over of, wanneer en hoe de naaste(n) op de hoogte gebracht moeten worden over de toepassing van de maatregel bij ernstig en acuut gevaar.

- b. Herbekijk het signaleringsplan samen met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) nadat er zich een crisis heeft voorgedaan. Overweeg om – indien de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) hiermee akkoord is – ook bepaalde naasten te betrekken en moedig de zorggebruiker eventueel aan om het signaleringsplan zelf aan naasten voor te stellen. Pas de inhoud van het signaleringsplan indien nodig vervolgens aan, met het oog op toekomstige preventie van escalatie, afzondering en fixatie.
- c. Vertaal het signaleringsplan naar handvatten voor gebruik buiten de voorziening zoals thuis, op school of op het werk.

B.III.4. Omgaan met escalatie

Ga steeds op zoek naar de **onderliggende oorzaak** van de stijgende emotionele spanning bij de zorggebruiker. Een deskundige reactie helpt immers toenemende escalatie voorkomen. Omgekeerd kan een verkeerde reactie de escalatie doen toenemen (Price & Baker, 2012; Richmond et al., 2012). Overweeg om een **functieanalyse** te doen met bijzondere aandacht voor antecedente gebeurtenissen. Zoek naar manieren om de **spanning te reduceren**:

Inspiratie

Een E-learning over het de-escaleren van spanning, escalatie en agressie is te vinden bij [Omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen](#).

- a. Denk terug aan het **signaleringsplan** om na te gaan welke aanpak vooraf met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) was afgesproken om terug rust te vinden of toenemende escalatie te vermijden (zie onder B.III.3.).
- b. Ga **in dialoog** met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Hanteer een open en respectvolle communicatiestijl, aangepast aan de communicatieve mogelijkheden van de zorggebruiker.



Dialoog met de zorggebruiker. Indien hij/zij reeds gekend is met bepaalde psycho-educatieve modules, kan het benoemen van gedrag vanuit het aangeleerde kader verduidelijkend en helpend zijn voor de zorggebruiker. Besteed ook aandacht aan meer impliciete [communicatieve signalen](#).

- c. Gebruik zowel **verbale** als **non-verbale de-escalatietechnieken**.
- d. **Vermijd een autoritaire aanpak** en dreig niet met straf of stel geen ultimatus.
- e. Zet indien nodig – maar steeds op maat van de zorggebruiker - in op **alternatieven voor (non-) verbaal de-escaleren**.

Voorbeeld

De zorggebruiker voorstellen om tijdelijk naar de gang, eigen kamer (zonder de kamer op slot te doen), andere kamer waar de zorggebruiker tot rust komt of tuin te gaan.

- f. De oorzaak voor stijgende emotionele spanning is niet steeds te zoeken bij de zorggebruiker, maar de escalatie kan ook veroorzaakt worden door het leefklimaat. Analyseer dus niet alleen waar rond er gewerkt kan worden op niveau van de zorggebruiker, maar ook op het **niveau van de leefgroep of afdeling** (zie onder B.II.). Wijzig **omgevingsfactoren** die een rol zouden kunnen spelen.
- g. Indien de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) **zelf vraagt naar afzondering of fixatie** ga dan steeds na wat de **achterliggende drijfveer** is van deze vraag. Mogelijk gaat het om onvervulde behoeften die ook impliciet in het gedrag naar voor komen. Zoek daarom eerst naar minder ingrijpende oplossingen om aan deze behoeften te voldoen.
- h. Motiveer de zorggebruiker om een eigen **rustbox** samen te stellen met items om te helpen om tot rust te komen.

Inspiratie

Hiervoor kan inspiratie gevonden worden op <https://www.rustbox.be/>

B.III.5. Vooraf geplande collectieve afzonderingen zijn niet toelaatbaar

Collectieve afzonderingen van zorggebruikers – overdag of 's nachts – zijn om **geen enkele reden toelaatbaar** aangezien afzondering en fixatie steeds op maat van de zorggebruiker worden toegepast. Collectieve afzonderingen worden vervangen door alternatieven, ook wanneer de zorggebruikers er zelf om vragen.

Voorbeeld

Een clicksysteem op de deuren dat de zorgverleners/begeleiders op de hoogte brengt wanneer een deur van binnenuit wordt geopend zodat die niet op slot moet gedaan worden. Een slot dat enkel van binnenuit kan gesloten worden door de zorggebruiker en waarbij enkel de zorgverleners/begeleiders de kamer van buitenaf kunnen openen.

B.III.6. Nabespreking na een afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie

Nabespreking van afzondering en fixatie heeft een preventief effect op afzonderingen en fixaties in de toekomst. Daarom zijn aanbevelingen in verband met de nabespreking na afzondering en fixatie (zie deel C.III.5.) ook erg relevant in het kader van de preventie van afzondering en fixatie.

B.III.7. Time-out

Bij een vastgelopen traject wordt eerst, in het kader van zorgcontinuïteit, ingezet op **herstel binnen de afdeling/leefgroep** en **alternatieven voor time-out** zoals sport of andere rustgevende activiteiten die de zorggebruiker en zorgverlener/begeleider **samen doen** zodat zij kunnen **werken aan de begeleidingsrelatie**. Als **laatste optie** kan het invoeren van een **time-out** van een aantal dagen buiten de afdeling/leefgroep overwogen worden. Bespreek deze optie met de zorggebruiker en de naasten bij de opstart van de begeleiding/behandeling.



Time-out. De doelstelling hiervan is om afstand te creëren tussen de zorgverleners/begeleiders en de zorggebruiker, zodat beiden nadien met hernieuwde energie het (be)handelings-/begeleidingsplan kunnen herstarten. Dit proces veronderstelt dat het contact tussen de zorggebruiker en de zorgverleners/begeleiders zowel tijdens als na de time-out periode behouden blijft om samen aan **herstel van de relatie** te werken. De mogelijkheden tot time-out dienen aangepast te worden aan de (leeftijd van) de zorggebruiker.

Voorbeeld

Een andere leefgroep of afdeling, een partnervoorziening, de thuisomgeving of bij naasten, een zorgboerderij.

Wanneer time-out bij een vastgelopen traject niet voorkomen kan worden, bespreken zorgverleners/begeleiders de reden en het doel van de time-out duidelijk met de zorggebruiker en de naasten. Indien nodig bekijken ze hoe ze het begeleidings-/behandelingstraject van hun kant kunnen optimaliseren.

C. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie om de veiligheid te herstellen bij ernstig en acuut gevaar

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

Afzondering en fixatie zijn omstreden maatregelen. Naast het feit dat er heel wat risico's aan verbonden zijn – op fysiek, psychisch, emotioneel en relationeel vlak – vereisen ze ook mensenrechtelijk de nodige aandacht. Afzondering en fixatie zijn immers maar mogelijk wanneer de wet dat toelaat en moeten gepaard gaan met voldoende waarborgen die de rechten van de zorggebruiker en de noodzakelijkheid, effectiviteit en proportionaliteit van de maatregel garanderen. Vanuit alle oogpunten staan menswaardigheid en veiligheid van de zorggebruikers, het personeel en omstaanders voorop.

Hierna volgen aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in situaties waarin sprake is van ernstig en acuut gevaar. Dit houdt in dat er in die situaties (1) fysieke en/of psychische schade dreigt voor de persoon zelf of omstaanders (= ernstig gevaar), en dat (2) de zorgverlener/begeleider inschat dat deze schade niet meer afwendbaar is (= acuut gevaar). **De toepassing van afzondering of fixatie is hier hoogstens een laatste optie binnen de bredere preventieve benadering van escalatie en agressie.** Hoe beter de zorgverlener/begeleider de zorggebruiker kent, hoe beter die kan inschatten of de situatie ernstig en acuut is voor de zorggebruikers en/of de omstaanders.

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



Gebruik afzondering of fixatie enkel als een zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen, voor zover alternatieven en preventieve interventies voor afzondering en fixatie niet (langer) volstaan.

Hieruit volgt:

- a. Gebruik afzondering en fixatie niet omwille van een andere reden dan ernstig en acuut gevaar. Afzondering en fixatie zijn niet toelaatbaar als middel van machtsvertoon, een straf of sanctie, als collectieve maatregel, omwille van tekort aan personeel, als behandeling, ...
- b. Het is hoogstens een laatste optie binnen de bredere preventieve benadering van escalatie en agressie.
- c. Het is steeds een ongeplande maatregel; het gebruik ervan is nooit op voorhand gepland.
- d. De maatregel wordt onmiddellijk stopgezet zodra het ernstig en acuut gevaar is geweken.

Afzondering en fixatie kunnen slechts worden toegepast binnen het bestaande wettelijke kader. De aanbevelingen in dit onderdeel herhalen dat wettelijk kader niet, maar moeten wel toegepast worden binnen het bestaande wettelijke kader. Hierop is een uitzondering gemaakt voor de gevallen waarin het wettelijke kader zelf in strijd is met de mensenrechten. In dat geval is aan de aanbeveling een voetnoot toegevoegd met het voorstel om het wettelijke kader te wijzigen.

De aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie spelen zich af op twee niveaus:

- De **toepassing van afzondering en fixatie** op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers (zie deel [C.II.](#)).
- De **afzonderings- en fixatieprocedures** op het niveau van de directe zorg/begeleiding van de zorggebruikers (zie deel [C.III.](#)).

C.II. De toepassing van afzondering en fixatie op het niveau van de 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 afzonderingskamer](#)

[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 kernprincipes onder deel C.I.).

Indien de voorziening beslist dat afzondering en fixatie in de voorziening nooit gebruikt worden, ook niet bij ernstig en acuut gevaar, 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 kunnen plaatsvinden.

- a. 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.
- b. 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.

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.3).

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.



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

- Zowel feiten en mythes over afzondering en fixatie alsook de oorzaken en in standhoudende factoren van agressie, escalatie, 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 is gericht op het ontwikkelen van vaardigheden inzake:

- Attituden volgens de zorg-/begeleidingsvisie;
- Respectvolle bejegening van de zorggebruiker, communicatievaardigheden en gebruik van positieve bekrachtigingsprincipes;
- Het betrekken van naasten;
- Het uitvoeren van een functieanalyse van het doelgedrag;
- De-escalatie-technieken;
- Emotieregulatie vaardigheden: omgaan met de eigen emotie tijdens escalatie, crisis en agressie;
- Creatief en kritisch denken over het gebruik van alternatieven;
- Het beslissingsproces om te bepalen of er overgegaan wordt tot afzondering of fixatie;
- Het flexibel en kritisch omgaan met afzonderings- en fixatieprocedures;
- Technische vaardigheden in het veilig toepassen van de verschillende vormen van fixatie en afzondering;
- Vroegtijdige herkenning van mogelijke negatieve gevolgen van afzondering en fixatie;
- Het voeren van nabesprekingen met de zorggebruiker, collega zorgverleners/begeleiders en omstaanders.

C.II.4. De afzonderingskamer

Voorzie een afzonderingskamer die **specifiek voor het gebruik van afzondering ontworpen** is en enkel hiervoor gebruikt wordt. De afzonderingskamer biedt een **veilige en rustgevende omgeving**.



Een veilige en rustgevende omgeving. Hiervoor zijn volgende elementen cruciaal:

- Zorg voor **fysieke nabijheid op maat van de zorggebruiker**.

Voorbeeld

Wederzijds visueel contact, de aanwezigheid van een ouder, familielid of een andere persoon in de afzonderingskamer of afzondering in een studio naast de zorgverleners-/begeleidersruimte.

- Zorg ervoor dat om de **privacy en de veiligheid** te waarborgen, personen die geen rol vervullen bij de afzonderingsprocedure de afzonderingskamer niet kunnen inkijken of betreden.
- Voorzie de mogelijkheid tot hygiënisch onderhouden **sanitaire voorzieningen** in of aangrenzend aan de afzonderingskamer zodat ze op maat van de doelgroep kunnen ingezet worden.
- Voorzie **oriëntatiemogelijkheden**, zoals lichtinval (daglicht) en een aan de doelgroep aangepaste tijdsindicatie, zodat ze op maat van de doelgroep kunnen ingezet worden.
- Voorzie steeds middelen voor **rechtstreeks contact** tussen zorgverlener/begeleider en zorggebruiker, waarbij ook de mogelijkheid wordt voorzien dat de zorggebruiker heen en weer kan spreken met de zorgverlener/begeleider.

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 op duidelijke wijze het personeel, de zorggebruikers, desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten 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.

Inspiratie

Er kan een getrapte aanpak voor klachtenmanagement uitgewerkt worden. Daarbij wordt eerst geprobeerd om een klacht op het laagste niveau uit te klaren, tussen de zorggebruiker en zorgverlener/begeleider. Indien dit niet lukt, is de volgende stap dat de interne/externe ombudspersoon de klacht met de zorggebruiker probeert 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. Afzonderings- en fixatieprocedures om de veiligheid te herstellen bij ernstig en acuut gevaar

De aanbevelingen zijn onderverdeeld in volgende topics:

[C.III.1. Overwegen en beslissen met betrekking tot het gebruik van afzondering of fixatie](#)

[C.III.2. Bij de keuze voor afzondering of fixatie](#)

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

[C.III.4. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel](#)

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

C.III.1. Overwegen en beslissen met betrekking tot het gebruik van afzondering of fixatie

Het is niet omdat er een ernstig en acuut gevaar is, dat afzondering of fixatie moet worden toegepast. Een zorgvuldige afweging is vereist over zowel het **al dan niet inzetten** van de maatregel, als over het **type maatregel en de gekozen techniek**. Het overwegings- en besluitvormingsproces gebeurt bij voorkeur in **multidisciplinair overleg** en **weegt een aantal elementen af**.

C.III.1.1. Betrokkenen bij het overwegings- en besluitvormingsproces

Op het moment dat **ernstig en acuut gevaar** zich voordoet, is het belangrijk om snel over het al dan niet opstarten van afzondering of fixatie te beslissen. Dat gebeurt bij voorkeur in **multidisciplinair overleg** tussen de leden van het behandelings-/begeleidingsteam die **opgeleid** zijn om veilig, respectvol en humaan af te zonderen en te fixeren.

Indien het ernstig en dreigend gevaar voortvloeit uit of het gevolg is van een **conflict met een zorgverlener/begeleider**, wordt die zorgverlener/begeleider sowieso niet betrokken bij het nemen van de beslissing.

C.III.1.2. Factoren om af te wegen

Hou bij deze afweging rekening met volgende aspecten:

- a. De **kalenderleeftijd** van de zorggebruiker. Respecteer daarbij bij minderjarigen bepaalde **leeftijdsgrenzen**.



Tot en met 12 jaar. Indien een maatregel niet vermeden kan worden, overweeg dan eerst om een **fysieke interventie** toe te passen. Indien omwille van de lengte, het gewicht, de fysieke kracht en/of de voorgeschiedenis van de zorggebruiker fysieke interventie niet veilig kan worden toegepast, kies dan voor **afzondering**.



Gebruik geen **mechanische fixatie**.



Tussen 13 en 18 jaar. Als een maatregel niet vermeden kan worden, mag mechanische fixatie enkel worden toegepast wanneer afzondering en andere vormen van fixatie onvoldoende zijn om de veiligheid te herstellen.

b. De **kwetsbaarheid** van de zorggebruiker.



Kwetsbaarheidsfactoren. Enkele belangrijke kwetsbaarheidsfactoren zijn:

- De ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;
- Fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. een lichamelijke beperking, andere gezondheidsfactoren, gewicht en kracht, zwangerschap;
- De aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
- Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.

c. De **voor- en afkeuren** van de zorggebruiker die opgenomen zijn in het signaleringsplan (zie B.III.3) en/of die blijken op het moment zelf. Observeer daarom de zorggebruiker en zoek in de [communicatieve signalen](#) naar tekenen van voor- of afkeur.

- Betrek de vertegenwoordiger als de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is en er geen of onvoldoende kennis is over zijn/haar voor- of afkeuren.
- Indien de **zorggebruiker zelf vraagt** naar een afzondering of fixatie, ga dan steeds na wat de **achterliggende drijfveer** is van deze vraag. Mogelijk zijn er bepaalde behoeften waaraan tegemoet kan gekomen worden. Ga vervolgens **op zoek naar alternatieve**, minder ingrijpende oplossingen. Indien er **geen alternatieven meer mogelijk** zijn, kan er **ingegaan worden op de vraag** van de zorggebruiker. Volg in dat geval alle aanbevelingen over toepassing (deel C.) uit deze richtlijn.

d. De principes van **proportionaliteit** en **subsidiariteit**. De mate van dwang en de ernst van de maatregel moeten **in verhouding staan** met het gevaar. Weeg nadelen en risico's af tegen potentiële gewenste effecten en kies, indien tot afzondering en fixatie wordt besloten, steeds de **minst ingrijpende maatregel**.



Minst ingrijpende maatregel. De minst ingrijpende maatregel is de maatregel met de minste impact op de autonomie en de psychische en fysieke integriteit van de zorggebruiker. Dit hangt mede af van verschillen in beleving, en is sterk individueel bepaald. Baseer de beslissing van het type maatregel daarom zo veel mogelijk op individuele factoren waaronder de kwetsbaarheid van de zorggebruiker, en de wensen en vroegere ervaringen van de zorggebruiker.



Vermijd het gelijktijdig toepassen van verschillende maatregelen. Dit geldt in het bijzonder voor de combinatie van afzondering en mechanische fixatie.

Soms kan afzondering, mechanische fixatie of fysieke interventie gecombineerd worden met medicamenteuze fixatie. Dit is enkel te verantwoorden indien het waarschijnlijk is dat dit de duur van de afzondering, mechanische fixatie of fysieke interventie zal verminderen, of indien het noodzakelijk blijkt om ernstige schade bij de zorggebruiker of omstanders te voorkomen.

C.III.2. Bij de keuze voor afzondering of fixatie

Als het overwegings- en beslissingsproces uiteindelijk leidt tot de keuze om afzondering of fixatie te gebruiken, dan zijn alle aanbevelingen over de toepassing (deel C.) in deze richtlijn te volgen.

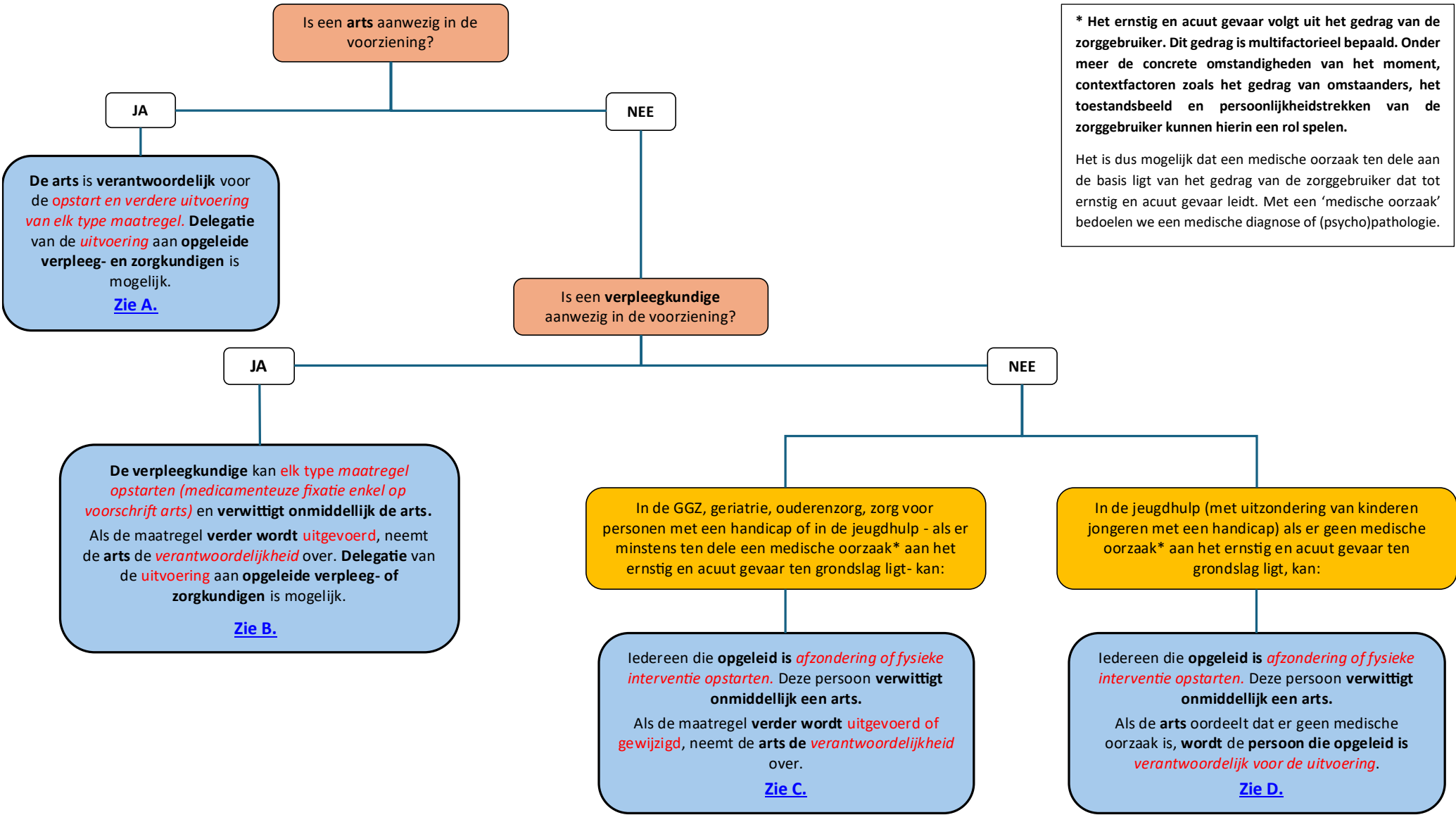
C.III.2.1. Het opstarten van, de verantwoordelijkheid voor, en de betrokkenheid bij de uitvoering van de maatregel

Bij de opstart van de maatregel zijn verschillende scenario's mogelijk, afhankelijk van welke zorgverleners/begeleiders aanwezig zijn. Onderstaand schema en stappenplan verduidelijken dit.



Hoewel in noodsituaties iedereen die is **opgeleid** om de maatregel veilig, respectvol en humaan uit te voeren, de maatregel mag opstarten, wordt de maatregel in **geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en zorg voor personen met een handicap** bij voorkeur opgestart door een arts of verpleegkundige.

Figuur 5 Schematische weergave over de opstart, verantwoordelijkheid en uitvoerders van de maatregel.



A. Er is een arts aanwezig in de voorziening	
1. Opstart van de maatregel	
Wie kan opstarten?	Een arts is verantwoordelijk voor het opstarten van de maatregel. Voorafgaand aan de maatregel – of indien dat niet mogelijk is, zo snel mogelijk na de opstart – controleert de arts de gezondheidstoestand van de zorggebruiker;
Welke maatregelen?	Afzondering, fysieke interventie, mechanische fixatie en medicamenteuze fixatie.
2. Tijdens de maatregel	
Wie is verantwoordelijk?	Een arts blijft verantwoordelijk voor de maatregel zelfs wanneer hij de uitvoering en het toezicht op de gezondheid en veiligheid delegeert.
Wie kan de maatregel uitvoeren?	Een arts is verantwoordelijk tijdens de uitvoering (zie C.III.3.) van de maatregel. Een arts kan aspecten van de uitvoering toevertrouwen aan verpleegkundigen en zorgkundigen, op voorwaarde dat deze zijn opgeleid in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzondering en fixatie. Deze staan in voor de technische uitvoering van de maatregel, en het toezicht op de gezondheid en veiligheid van de zorggebruiker. Indien een zorgverlener een slecht gevoel, stress of ongemak ervaart bij het uitvoeren van een fysieke interventie, neemt hij niet deel aan de uitvoering van de maatregel tenzij hij daarmee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstanders in gevaar brengt.  Indien dit betekent dat de uitvoering verder gebeurt door een persoon die niet gekend is door de zorggebruiker, wordt de arts/verpleegkundige/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/begeleider waarmee de zorggebruiker wel vertrouwd is.

B. Er is geen arts aanwezig in de voorziening maar wel een verpleegkundige	
1. Opstart van de maatregel	
Wie kan opstarten?	Indien een arts niet tijdig bereikbaar is, kan een verpleegkundige overgaan tot het opstarten van de maatregel.
Welke maatregelen?	Afzondering, fysieke interventie, mechanische fixatie of – voor zover specifiek door een arts voorgeschreven – medicamenteuze fixatie.
2. Beslissen tot verderzetten maatregel	
Contactname arts	Na de opstart van de maatregel wordt een arts onmiddellijk verwittigd.
Onderzoek arts	Indien de maatregel niet vóór zijn aankomst beëindigd werd, voert een arts zo snel mogelijk een onderzoek uit bij de zorggebruiker. De arts houdt voor de wijze van uitvoering hiervan rekening met de toestand van de zorggebruiker.  Zo snel mogelijk een onderzoek. Leg als extra waarborg voor de zorggebruiker in de procedure een maximale tijdsduur vast waarbinnen de arts - nadat hij op de hoogte is gebracht - de zorggebruiker onderzoekt.

Multidisciplinair overleg	In multidisciplinair overleg beslist de arts vervolgens of de maatregel wordt voortgezet en op welke wijze deze verder wordt uitgevoerd.
3. Tijdens de maatregel	
Wie is verantwoordelijk?	Een arts blijft verantwoordelijk voor de maatregel zelfs wanneer hij de uitvoering en het toezicht op de gezondheid en veiligheid delegeert.
Wie kan de maatregel uitvoeren?	Indien de maatregel wordt verdergezet, neemt de arts de verantwoordelijkheid voor de uitvoering (zie C.III.3.) van de maatregel over. Een arts kan de uitvoering ook toevertrouwen aan verpleegkundigen en zorgkundigen, op voorwaarde dat deze zijn opgeleid in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzondering en fixatie. Deze staan in voor de technische uitvoering van de maatregel, en het toezicht op de gezondheid en veiligheid van de zorggebruiker. Indien een zorgverlener een slecht gevoel, stress of ongemak ervaart bij het uitvoeren van een fysieke interventie, neemt hij niet deel aan de uitvoering van de maatregel tenzij hij daarmee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstanders in gevaar brengt.  Indien dit betekent dat de uitvoering verder gebeurt door een persoon die niet gekend is door de zorggebruiker, wordt de arts/verpleegkundige/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/begeleider waarmee de zorggebruiker wel vertrouwd is.

C. Er is geen arts of verpleegkundige aanwezig in de voorziening binnen de GGZ, geriatrie, ouderenzorg, zorg voor personen met een handicap of in de jeugdhulp - wanneer er minstens ten dele een medische oorzaak aan het ernstig en acuut gevaar ten grondslag ligt	
1. Opstart van de maatregel	
Wie kan opstarten?	Indien een arts of verpleegkundige niet tijdig bereikbaar is, kan iedereen die opgeleid is om de maatregel veilig, respectvol en humaan uit te voeren, de maatregel opstarten.
Welke maatregelen?	Afzondering en fysieke interventie.
2. Beslissen tot verderzetten maatregel	
Contactname arts	Na de opstart van de maatregel wordt een arts onmiddellijk verwittigd.
Onderzoek arts	Indien de maatregel niet vóór zijn aankomst beëindigd werd, voert een arts zo snel mogelijk een onderzoek uit bij de zorggebruiker. De arts houdt voor de wijze van uitvoering hiervan rekening met de toestand van de zorggebruiker.  Zo snel mogelijk een onderzoek. Leg als extra waarborg voor de zorggebruiker in de procedure een maximale tijdsduur vast waarbinnen de arts - nadat hij op de hoogte is gebracht door diegene die de beslissing heeft genomen - de zorggebruiker onderzoekt.
Multidisciplinair overleg	Indien de afzondering of fysieke interventie plaatsvindt in de geestelijke gezondheidszorg, geriatrie, de ouderenzorg of de zorg voor personen met een

	handicap, of indien een arts in de jeugdhulp (met uitzondering van kinderen en jongeren met een handicap) oordeelt dat er minstens ten dele een medische oorzaak aan het ernstig en acuut gevaar ten grondslag ligt , beslist een arts – in multidisciplinair overleg – of de maatregel wordt voortgezet en over de wijze waarop de maatregel (verder) wordt uitgevoerd.
3. Tijdens de maatregel	
Wie is verantwoordelijk?	Een arts blijft verantwoordelijk voor de maatregel zelfs wanneer hij de uitvoering en het toezicht op de gezondheid en veiligheid delegeert.
Wie kan de maatregel uitvoeren?	Indien de maatregel wordt verdergezet, neemt de arts de verantwoordelijkheid voor de uitvoering (zie C.III.3.) van de maatregel over. Een arts kan de uitvoering ook toevertrouwen aan verpleegkundigen en zorgkundigen, op voorwaarde dat deze zijn opgeleid in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzondering en fixatie. Deze staan in voor de technische uitvoering van de maatregel, en het toezicht op de gezondheid en veiligheid van de zorggebruiker. Indien een zorgverlener een slecht gevoel, stress of ongemak ervaart bij het uitvoeren van een fysieke interventie, neemt hij niet deel aan de uitvoering van de maatregel tenzij hij daarmee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.  Indien dit betekent dat de uitvoering verder gebeurt door een persoon die niet gekend is door de zorggebruiker, wordt de arts/verpleegkundige/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/begeleider waarmee de zorggebruiker wel vertrouwd is.

D. Er is geen arts of verpleegkundige aanwezig in de voorziening binnen de jeugdhulp (met uitzondering van kinderen jongeren met een handicap) wanneer er geen medische oorzaak aan het ernstig en acuut gevaar ten grondslag ligt	
1. Opstart van de maatregel	
Wie kan opstarten?	Indien een arts of verpleegkundige niet tijdig bereikbaar is, kan iedereen die opgeleid is om de maatregel veilig, respectvol en humaan uit te voeren, de maatregel opstarten.
Welke maatregelen?	Afzondering en fysieke interventie.
2. Beslissen tot verderzetten maatregel	
Contactname arts	Na de opstart van de maatregel wordt een arts onmiddellijk verwittigd.
Onderzoek arts	Indien de maatregel niet vóór zijn aankomst beëindigd werd, voert een arts zo snel mogelijk een onderzoek uit bij de zorggebruiker. De arts houdt voor de wijze van uitvoering hiervan rekening met de toestand van de zorggebruiker.  Zo snel mogelijk een onderzoek. Leg als extra waarborg voor de zorggebruiker in de procedure een maximale tijdsduur vast waarbinnen

	de arts - nadat hij op de hoogte is gebracht door diegene die de beslissing heeft genomen - de zorggebruiker onderzoekt.
Multidisciplinair overleg	Indien de afzondering of fixatie plaatsvindt in de jeugdhulp (met uitzondering van kinderen en jongeren met een handicap) en wanneer de arts oordeelt dat er geen medische oorzaak aan het ernstig en acuut gevaar ten grondslag ligt, beslist een daartoe opgeleide begeleider – in multidisciplinair overleg – over de verdere uitvoering van de maatregel.  Als er in de jeugdhulp (met uitzondering van kinderen en jongeren met een handicap) geen medische oorzaak aan de maatregel ten grondslag ligt, wordt medisch personeel niet betrokken bij de besluitvorming over en de uitvoering van de maatregel. Dat is belangrijk om het vertrouwen in medische beroepen te waarborgen. Een arts (of ander bevoegd medisch personeel) moet de gezondheidstoestand van de zorggebruiker wel opvolgen.
3. Tijdens de maatregel	
Wie is verantwoordelijk?	Een begeleider die opgeleid is in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzondering en fixatie.
Wie kan de maatregel uitvoeren?	Indien de maatregel wordt verdergezet, kan elke begeleider – op voorwaarde dat deze persoon opgeleid is in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzondering en fixatie – de maatregel uitvoeren (zie C.III.3.). Indien een begeleider een slecht gevoel, stress of ongemak ervaart bij het uitvoeren van een fysieke interventie, neemt hij niet deel aan de uitvoering van de maatregel tenzij hij daarmee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.  Indien dit betekent dat de uitvoering verder gebeurt door een persoon die niet gekend is door de zorggebruiker, wordt de begeleider vergezeld door een andere begeleider waarmee de zorggebruiker wel vertrouwd is.

C.III.2.2. De keuze van technieken

Gebruik steeds technieken die **veilig** zijn voor zorggebruikers en personeel voor het uitvoeren van de maatregel:

Fysieke interventie	• Gebruik uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de zorggebruiker te vermijden. • Gebruik het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze. • Indien liggend fixeren niet kan vermeden worden, verkies dan rugligging boven buikligging aangezien buikligging een risico op overlijden inhoudt. Indien buikligging onvermijdelijk is, moet er zo snel mogelijk worden overgegaan naar een andere, veilige positie, ook om verbale en non-verbale communicatie terug mogelijk te maken. • Enkel indien er geen tweede zorgverlener/begeleider beschikbaar is om samen een fysieke interventie uit te voeren, kan bij kleinere kinderen de 'mand-greep' toegepast worden. Het kind zit hierbij op de schoot van de zorgverlener/begeleider met de rug tegen de borstkas van de zorgverlener/begeleider. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de zorgverlener/ begeleider de handen vasthoudt. Hierbij dient de zorgverlener/begeleider op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de zorgverlener/ begeleider kan veroorzaken.	
Mechanische fixatie	• Gebruik uitsluitend materiaal dat gemaakt is om schadelijke lichamelijke effecten te minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij zorggebruikers te vermijden. • Gebruik middelen die voor de zorggebruiker qua dragen zo min mogelijk storen. • 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 alleen professionele en géén zelfgemaakte materialen. • Gebruik het materiaal zoals voorgeschreven in de handleiding. • Gebruik nooit kooibedden of bedden met netten. Toelichting Ook bedboxen en tentbedden mogen niet gebruikt worden in de context van acuut en ernstig gevaar. • Gebruik nooit metalen handboeien. • Indien verschillende mechanische fixatiemiddelen beschikbaar zijn en evenwaardig zijn in veiligheid en noodzakelijkheid, kies dan in het licht van het welzijn van de zorggebruiker het middel dat het minst opvalt. • Kies voor rugligging als het noodzakelijk is om iemand liggend mechanisch te fixeren.	
Afzondering	• Voer afzondering enkel uit in een afzonderingskamer die hier specifiek voor ontworpen is en enkel hiervoor gebruikt wordt.	

C.III.3. Uitvoeren van de maatregel

Het uitvoeren van de maatregel behelst: het opstarten, toezien, opvolgen, evalueren en registreren van de maatregel.

C.III.3.1. (Kort na) de opstart van de maatregel

Ga zo snel mogelijk na of het nodig is om naasten van de zorggebruiker in te lichten. Respecteer de **voorkeuren** en **afkeuren** van de zorggebruiker omtrent het verwittigen van de naasten.



Indien de zorggebruiker **beslissingsonbekwaam** is, breng dan zo snel mogelijk zijn **vertegenwoordiger** op de hoogte van de start en de aard van de maatregel en wees transparant.

C.III.3.2. Voer de maatregel veilig uit

Houd rekening met specifieke aanbevelingen inzake praktische uitvoering:

Fysieke interventie	• Zorg ervoor dat steeds één zorgverlener/begeleider de leiding heeft. • Zorg ervoor dat de zorgverleners/begeleiders nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent. • De zorgverlener/begeleider die de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverlener/begeleiders in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies. • De zorgverlener/begeleider die de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverlener/begeleiders tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund. • Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook tijdens de fysieke interventie. Toelichting Stem de keuze van de de-escalatietechnieken af op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de zorggebruiker. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken • Belemmer nooit iemands luchtwegen, ademhaling of bloedcirculatie. • Vermijd contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren. • Houd rekening met het geslacht van de zorgverlener/begeleider(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik. • Overweeg het bijkomend gebruik van mechanische fixatie in uitzonderlijke omstandigheden waarbij de zorggebruiker een noodzakelijke behandeling moet ondergaan en aanhoudend extreme vormen van fysieke agressie en weerstand vertoont tijdens de fysieke interventie.	
Mechanische fixatie	• Voer de maatregel indien mogelijk uit met vijf zorgverleners/begeleiders, waarbij elke professional verantwoordelijk is voor een lidmaat. • Zorg ervoor dat bij het aanbrengen van het fixatiemateriaal steeds één zorgverlener/begeleider de leiding heeft. • Zorg ervoor dat bij de zorgverleners/begeleiders nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent. • De zorgverlener/begeleider die tijdens het aanbrengen van het fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverlener/begeleider in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te	

ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.

- Positioneer de zorggebruiker in een anatomische correcte lichaamshouding en zorg dat het hoofd van de zorggebruiker ondersteund is. Dit kan bijvoorbeeld doormiddel van een kussen, een hoofdsteen,....
- De zorgverlener/begeleider die tijdens het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverlener/ begeleiders tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.
- Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon al gefixeerd is.



Toelichting

De keuze van de de-escalatietechnieken moet afgestemd worden op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de zorggebruiker. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken.

- Controleer de kledij van de zorggebruiker op gevaarlijk materiaal bij de start van mechanische fixatie.
- Zorg zo snel mogelijk voor een staande of zittende positie wanneer mechanische fixatie wordt gebruikt.
- Trek eventuele banden niet te vast aan en breng deze op zo'n manier aan dat ze het veilig bewegen van armen en benen maximaal toelaten.
- Belemmer nooit de luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie.
- Bind de handen van een zorggebruiker nooit vast op de rug.
- 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.
- Als bedhekken gecombineerd worden met een andere mechanische fixatie, bevestig dit fixatie materiaal dan aan het bed zelf en niet aan de bedhekken of de matras.
- Als er zich een **levensbedreigend incident** heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de **aard van het materiaal** dan door de verkeerde toepassing ervan werd uitgelokt, gebruik dit materiaal dan niet meer.
- Als er zich een **levensbedreigend incident** heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de **verkeerde toepassing** dan door de aard van het materiaal werd uitgelokt, dan is een **bijkomende opleiding** over het gebruik van het betreffende materiaal noodzakelijk. Enkel nadat de zorgverlener/begeleiders hebben deelgenomen aan deze opleiding, kan het betreffende fixatiemateriaal opnieuw gebruikt worden bij mechanische fixatie.



Afzondering

- Geef de zorggebruikers de kans om zich **zelfstandig** naar de afzonderingskamer te verplaatsen.
- Indien de zorggebruiker zelfstandig meegaat naar de afzonderingskamer mag **verbaal verzet** geen aanleiding geven tot bijkomende fysieke interventies.
- Hanteer **(verbale) de-escalatietechnieken**, ook als een persoon reeds afgezonderd is.



Toelichting

De keuze van de de-escalatietechnieken moet afgestemd worden op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de *zorggebruiker*. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken.



C.III.3.3. Houd rekening met de kwetsbaarheid van de zorggebruiker

Houd tijdens de uitvoering van de gekozen maatregel en techniek voortdurend rekening met de **kwetsbaarheid** van de zorggebruiker.



Kwetsbaarheidsfactoren. Enkele belangrijke kwetsbaarheidsfactoren zijn:

- De ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;
- Fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. een lichamelijke beperking, andere gezondheidsfactoren, gewicht en kracht, zwangerschap;
- De aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
- Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.

C.III.3.4. Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit

Respecteer zo veel mogelijk de **waardigheid** van de zorggebruiker en minimaliseer zoveel als mogelijk het machtsonevenwicht in de relatie met de zorggebruiker.

- a. Gebruik **open en respectvolle communicatie** voor, tijdens én na het toepassen van de maatregel. Wees **bereikbaar**; toon **empathie**, **bekommernis** en **betrokkenheid** en **informeer** de zorggebruiker. Besteed ook aandacht aan je **wijze van communiceren**.



Bereikbaarheid. Wees bereikbaar en beschikbaar voor contact en communicatie met de zorggebruiker zodat hij steeds vragen kan stellen, en verbaal of non-verbaal behoeften kan uiten. Geef aan dat vragen en verzoeken steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig.



Informatie. Licht toe welke maatregel zal toegepast worden, wat die inhoudt en waarom de maatregel wordt toegepast. Zeg tijdens het toepassen van de maatregel steeds wat je doet en waarom je dit doet. Dit verhoogt de voorspelbaarheid voor de zorggebruiker. Blijf inzetten op het voeren van een respectvolle dialoog op maat van de situatie en de zorggebruiker.



Wijze van communiceren. Besteed aandacht aan de wijze waarop je verbaal en non-verbaal communiceert:

- Wees respectvol, beheerst en rustig.
- Stem je wijze van communiceren af op het ontwikkelings- en communicatieniveau van de zorggebruiker.
- Let op de mogelijke impact van de eigen emoties, bv. angst en kwaadheid.

Hou rekening met onderstaande aanbevelingen voor praktische uitvoering.

Fysieke interventie	• Zorg ervoor dat één zorgverlener/ begeleider uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk. • Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar betekent voor zichzelf of anderen, of wanneer de noodzakelijke behandeling waarvoor de fysieke interventie wordt toegepast, is afgerond. • Belemmer nooit de mogelijkheid tot verbale en non-verbale communicatie (bijvoorbeeld door de ogen, oren of mond af te dekken).	 
	Toelichting Bij zorggebruikers die communiceren in gebarentaal, bestaat het risico dat hun communicatiemogelijkheden tijdens een fysieke interventie tijdelijk worden beperkt. Als dit niet te vermijden is, is het van groot belang deze beperking zo kort mogelijk te houden.	

Mechanische fixatie	• Zorg ervoor dat tijdens het mechanisch fixeren één zorgverlener/begeleider uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk. • Vertel de persoon die de mechanische fixatie ondergaat, dat deze maatregel wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.	
Afzondering	• Zorg ervoor dat tijdens het toepassen van afzondering één zorgverlener/begeleider uitleg geeft aan de afgezonderde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk. • Vertel de persoon die wordt afgezonderd, dat de afzondering wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.	 

- b. Respecteer zoveel mogelijk de **privacy** van de zorggebruiker en **bescherm** het psychisch welzijn van de omstaanders. Voer de maatregel uit **buiten het zicht van omstaanders** en respecteer de privacy van de zorggebruiker tijdens **privé-handelingen**.

 **Buiten het zicht van omstaanders.** Voer afzondering en fixatie uit **buiten het zicht van omstaanders**, tenzij de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) zelf vraagt naar het gezelschap van naasten en/of mede-groepsleden, en wanneer hiervoor geen duidelijke en belangrijke tegenindicatie bestaat. Zorg ervoor dat **camerabeelden** niet zichtbaar zijn voor toevallige passanten, andere zorggebruikers en omstaanders.

 **Privé-handelingen.** Respecteer zo veel mogelijk de privacy van de zorggebruiker tijdens hygiënische lichaamsverzorging, toiletbehoeften en eventuele ontkleding bij afzondering of mechanische fixatie. Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, maak geen herkenbaar beeldmateriaal van omkleden, toiletgebruik en handelingen voor hygiëne.

- c. Zorg ervoor dat de zorggebruiker maximaal en zo autonoom mogelijk kan voldoen aan zijn **noden** en **basisbehoeften** zoals dorst, honger, persoonlijke hygiëne, toiletbehoeften. Doe dit op maat van de zorggebruiker. Bied zo veel mogelijk **fysiek comfort**. Zorg er bovendien voor dat de zorggebruiker steeds **gekleed** is.

 **Kledij.** Ontneem **niet standaard** de eigen kledij en/of kleding-accessoires. Doe dit enkel **op specifieke indicatie** van zeer ernstig gevaar van de fysieke integriteit van de zorggebruiker. Respecteer bij **omkleden** naar scheurvrije kledij zoveel mogelijk de waardigheid en privacy van de zorggebruiker, bv. door:

- De zorggebruiker eerst zelf de kans te geven om zich om te kleden.
- Het omkleden enkel te laten gebeuren onder toezicht van een zorgverlener/begeleider van hetzelfde geslacht.

Houd rekening met onderstaande aanbevelingen voor praktische uitvoering:

Fysieke interventie	• Voorkom dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar (persoonlijke) kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.	
Mechanische fixatie	• Voorkom dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar (persoonlijke kledij) bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.	
Afzondering	• Voorzie dagstructuur om desoriëntatie te voorkomen. • Klop op de deur vooraleer je een afzonderingskamer betreedt.	 

- d. Zorg ervoor dat de zorggebruiker, wanneer hij dit wenst, **in contact kan treden met naasten**.



Contact met naasten. Het betreft contact in alle mogelijke vormen, zowel live contact als contact via communicatiemiddelen. Beperk deze mogelijkheid nooit standaard, maar enkel indien hier een duidelijke en belangrijke indicatie voor is. Beperk de mogelijkheid in dit laatste geval zo min mogelijk en zo kort mogelijk. Informeer de zorggebruiker over het gebruik van de communicatiekanalen en een eventuele beperking hierin (als ook de rationale achter deze beperking).

C.III.3.5. Toezien, opvolgen en evalueren

Volg de **psychische, fysieke en emotionele toestand** van de zorggebruiker nauw op. Blijf tijdens het toepassen nagaan of de maatregel de beste optie is om het gevaar te doen wijken. Blijf op zoek gaan naar minder ingrijpende alternatieven.

- a. Hou hiervoor **toezicht** en evalueer actief en frequent het **effect** van de maatregel.



Toezicht bij afzondering. Zorg voor **voortdurend wederzijds visueel contact** met de zorggebruiker, tenzij dit het verwachte de-escalerend effect in de weg staat.

- Streef naar live toezicht in de afzonderingskamer in de fysieke aanwezigheid van de zorggebruiker, in de plaats van het gebruik van een camera.
- Voer bij een persoon die afgezonderd werd minstens elke 15 minuten **observaties** uit in zijn **fysieke aanwezigheid** (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verwachte de-escalerend effect van de afzondering in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

Toelichting

Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te observeren, dan wordt dit aangemoedigd.



Toezicht bij mechanische fixatie. Zet in op **continue fysieke aanwezigheid** bij de zorggebruiker, tenzij dit het verwachte de-escalerend effect in de weg staat.

- Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 15 minuten **observaties** uit in zijn **fysieke aanwezigheid** (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verwachte de-escalerend effect van de mechanische fixatie in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.
- Observeer en evalueer vaker dan eens per 15 minuten, indien er sprake is van een **extra kwetsbaarheid** bij de persoon die mechanisch is gefixeerd. Onder extra kwetsbaarheid wordt verstaan: een emotioneel trauma in het verleden, voorgaande negatieve ervaring met afzondering en/of fixatie, kwetsbaarheid omwille van de ontwikkelingsleeftijd (op fysiek, cognitief, emotioneel of psychisch vlak), fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals onder- of overgewicht, verminderde kracht, zwangerschap en verminderde algemene gezondheid.

Toelichting

Indien het om andere redenen dan de extra kwetsbaarheid van de persoon aangewezen is om frequenter observaties en evaluaties uit te voeren, dan wordt dit aangemoedigd.

Houd hierbij ook rekening met onderstaande aanbevelingen voor praktische uitvoering:

Fysieke interventie	• Observeer de persoon voortdurend, en evalueer hierbij ook voortdurend het effect van de maatregel. • Observeer en evalueer altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.
Mechanische fixatie	• Controleer het bewustzijn, de hartslag, de ademhaling, de bloeddruk en het bewegingsbereik van de ledematen van de mechanisch gefixeerde persoon. • Controleer of de gebruikte materialen niet te strak zitten, en of er een verandering van houding nodig is. • Observeer en evalueer altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag. • Evalueer tijdens observaties ook het effect van de mechanische fixatie. • Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de mechanische fixatie.
Afzondering	• Observeer en evalueer altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag. • Controleer de vitale functies. • Evalueer bij elke observatie ook het effect van de afzondering. • Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de afzondering.

- b. Zoek naar een mogelijkheid tot **dialogoog** met de zorggebruiker om te kunnen inschatten wanneer het gevaar voldoende geweken is, en de beëindiging van de maatregel kan overwogen worden.

Toelichting

Observeren en evalueren gebeurt bij voorkeur aan de hand van een wederzijds gesprek waarbij de zorgverlener/begeleider ook aan de zorggebruiker vraagt wat het effect van de maatregel volgens hem is. De manier waarop de zorgverlener/begeleider communiceert, dient daarbij afgestemd te worden op de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker. Bij sommige zorggebruikers dient ook ingeschat te worden of de zorggebruiker omwille van de ontwikkelingsleeftijd niet eerder door de communicatie overprikkeld geraakt, dan dat het een positief effect heeft.

- c. Indien een **langdurige toepassing van de maatregel** niet vermeden kan worden, beoordeelt de **persoon verantwoordelijk** voor de maatregel - in multidisciplinair overleg - de toestand van de zorggebruiker en de toepassing van de maatregel op **regelmatige tijdstippen** opnieuw. Als een arts verantwoordelijk is voor de maatregel, dan voert hij een medisch onderzoek uit.



Zelfs als de maatregel in de jeugdhulp (met uitzondering van kinderen en jongeren met een handicap) geen medische oorzaak kent, controleert een arts de gezondheidstoestand van de zorggebruiker telkens wanneer dat noodzakelijk wordt geacht.

Houd hierbij rekening met onderstaande aanbevelingen voor praktische uitvoering:

Fysieke interventie	• Streef ernaar dat een fysieke interventie niet langer dan 15 minuten duurt. • Overweeg afzondering als een alternatief voor een verlengde fysieke interventie (meer dan 15 minuten).
Mechanische fixatie	• Streef ernaar dat mechanische fixatie niet langer dan 15 minuten duurt. • Overweeg afzondering zonder mechanische fixatie als een alternatief voor verlengd mechanisch fixeren (meer dan 15 minuten). • Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de mechanisch gefixeerde persoon minstens elke 2 uur onderzocht wordt door een arts, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 2 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd. • Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken zorgverlener/begeleiders uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een arts. Deze arts is afkomstig van buiten de afdeling/leefgroep³ waar de mechanische fixatie plaatsvindt. • Een persoon mag nooit langer dan 24 uur mechanisch worden gefixeerd. • Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, houd er dan rekening mee dat het risico op diepe veneuze trombose toeneemt, en er voldoende voorzorgsmaatregelen moeten genomen worden om dit risico te verminderen.
Afzondering	• Streef ernaar dat afzondering niet langer dan 1 uur duurt. • Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de afgezonderde persoon elke 2 uur onderzocht wordt door een verantwoordelijke arts met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Vindt de afzondering plaats in de jeugdhulp en ligt er geen medische oorzaak aan de grondslag, dan gebeurt het onderzoek door een verantwoordelijke begeleider. • Indien het onderzoek niet om de 2 uur kon plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd. • Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken zorgverlener/ begeleiders uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde zorgverlener/ begeleider. Deze bevoegde zorgverlener/begeleider is afkomstig van buiten de afdeling/leefgroep⁴ waar de afzondering plaatsvindt. ○ Indien de arts geoordeeld heeft dat de afzondering minstens ten dele een medische oorzaak heeft, geeft een arts van buiten de afdeling/leefgroep – dus een andere arts – een second opinion. ○ Indien de arts geoordeeld heeft dat de afzondering niet gepaard gaat met een medische oorzaak heeft, is elke opgeleide zorgverlener/begeleider afkomstig van buiten de afdeling/leefgroep bevoegd voor het geven van een second opinion. • Een persoon mag in het kader van acuut en ernstig gevaar nooit langer dan 24 uur worden afgezonderd.

³ Voor voorzieningen die maar uit één afdeling/leefgroep bestaan, betreft dit een arts van buiten de voorziening.

⁴ Voor voorzieningen die maar uit één afdeling/leefgroep bestaan, betreft dit een arts van buiten de voorziening.

C.III.3.6. Registreren

Registreer de toepassing van afzondering en fixatie in het **individueel dossier van de zorggebruiker**.



Waarom registreren? De registratie is bedoeld om inzicht te krijgen in de toepassing van afzondering en fixatie als veiligheidsmaatregel in een voorziening, om het beleid bij te sturen, en als instrument bij een eventuele klacht. In het kader daarvan moet de zorggebruiker toegang krijgen tot de geregistreerde informatie.



Inhoud registratie. Registreer minimaal:

- Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- De techniek en het materiaal;
- 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 (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) met betrekking tot het verloop van de afzondering en de fixatie;
- De tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;
- De nabespreking.

Elke registratie wordt **gevalideerd** door de verantwoordelijke voor de maatregel.

Houd hierbij rekening met onderstaande aanbevelingen voor praktische uitvoering:

Fysieke interventie

- **Registreer** na afloop (in de regel na maximaal 15 minuten) zowel observaties als evaluaties.

Toelichting

Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

- Streef er bij **verlengde fysieke interventie** naar (meer dan 15 minuten) om elke 15 minuten observaties en evaluaties te **registreren**. Indien de registraties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens gemotiveerd.

Toelichting

Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

Mechanische fixatie

- Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie in de regel elke 15 minuten te **registreren**.

Toelichting

Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

- **Registreer** na afloop (in de regel na maximaal 15 minuten) zowel observaties als evaluaties

Toelichting

Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

Afzondering

- Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de afzondering in de regel om de 15 minuten te **registreren**.

Toelichting

Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

C.III.4. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

De maatregel duurt zo kort mogelijk.



Beëindig de maatregel onmiddellijk als:

- a. het ernstige en acute **gevaar voldoende is geweken**, het in de situatie niet **langer vereist** of **gewenst is en/of alternatieve oplossingen opnieuw geprobeerd** kunnen worden;
- b. de maatregel **zijn doel niet meer bereikt**.
- c. deze maatregel **contraproductief** werkt voor de-escalatie.

De zorgverleners/begeleiders die het toezicht uitvoeren en de evaluatie van het effect van de maatregel opvolgen, beëindigen de maatregel van zodra het ernstige en acute gevaar voldoende geweken is. In het geval dat de maatregel niet beëindigd wordt door de verantwoordelijke die de maatregel heeft gestart, wordt de verantwoordelijke zo snel mogelijk geïnformeerd over de beëindiging van de maatregel.⁵

C.III.5. Na het beëindigen van de maatregel

C.III.5.1. Nabespreking met de zorggebruiker

Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel een **nabespreking** met en **op maat van de** zorggebruiker (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) over de **objectieve gebeurtenissen** en de **subjectieve beleving** van alle betrokkenen.



Nabespreking op maat. Bevraag de noden, wensen en voorkeuren van de zorggebruiker over de nabespreking. Stel de vorm, het tijdstip, de duur en de manier waarop het gesprek gevoerd wordt hierop af. Betrek hierbij – voor zover de zorggebruiker dit wenst – naasten van buiten de voorziening, of eventuele broers of zussen (van jongeren) die verblijven in de voorziening. Overweeg ook andere creatieve manieren om de gebeurtenissen te verwerken, zoals een gezamenlijke leuke activiteit of via een schriftelijke conversatie.

- a. **Besprek** zowel de **objectieve gebeurtenissen** als de **subjectieve beleving** van alle betrokkenen en de **lessen** die hier eventueel uit getrokken kunnen worden in het kader van individuele preventie van een toekomstige crisis en afzondering en fixatie.



Objectieve gebeurtenissen. Wat er gebeurd is, wat de aanleiding was en welke waarschuwingssignalen aanwezig waren voor de agressie escalatie of crisis.



Subjectieve beleving. De beleving van zowel de zorggebruiker als de zorgverlener/begeleider en de emotionele als ook de fysieke impact van de gebeurtenis op hen. Daarnaast ook de wederzijdse veronderstellingen over de gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving.

- b. Indien de zorggebruiker **wenst om de nabespreking uit te stellen**, respecteer dit dan om escalatie te vermijden.

Toelichting

Indien de zorggebruiker een nabespreking weigert, kan het zinvol zijn om later of informeler opnieuw na te gaan of die open staat voor een nabespreking.

- c. Onderhoud en bevestig de **onderlinge relatie** tussen zorggebruiker en zorgverlener/begeleider, in het bijzonder na incidenten. Investeer in en/of streef naar herstel van deze band.
- d. Erken de emotionele impact van afzondering en fixatie op naasten van de zorggebruiker, en maak ondersteuning of nazorg voor hen in dergelijke situatie mogelijk.

⁵ Deze aanbeveling is, wanneer een arts verantwoordelijk is voor de maatregel, niet uitvoerbaar zonder tussenkomst van de wetgever. Volgens de huidige wetgeving (situatie juli 2025) behoort de bevoegdheid tot beëindiging toe aan de verantwoordelijke voor de maatregel.

- e. Overweeg bij zware escalatie waarbij zowel het team als de zorggebruikers en eventuele naasten sterk onder de indruk zijn, een **interne dienst of externe organisatie gespecialiseerd in slachtofferhulp** in te schakelen.

C.III.5.2. Nabespreking met de leefgroep of andere omstaanders (zoals bezoek)

Omstaanders en zorggebruikers die **niet betrokken** zijn bij het incident, waren getuige van lawaai, escalatie of agressie. Dit kan een sterke invloed hebben op hen. Ga na wat hun noden zijn, en bied de nodige ondersteuning. Ook bij omstaanders en zorggebruikers die **wel betrokken** waren bij het incident – zonder dat bij hen afzondering of fixatie is toegepast - dient ingezet te worden op nabespreking volgens de aanbevelingen onder C.III.5.1.

- a. **Respecteer** in beide gevallen bij de nabespreking de **persoonlijke levenssfeer** van de afgezonderde of de gefixeerde zorggebruiker.



Persoonlijke levenssfeer. Respecteer bij de nabespreking de **persoonlijke levenssfeer** van de afgezonderde of gefixeerde zorggebruiker. Vertrek daarom bij de nabespreking van wat de omstaanders zelf ervaren hebben en geef bij voorkeur geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker die de omstaander niet kent. Indien je toch persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker wil delen met de omstaanders, bespreek dit dan eerst met de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en vraag of hij hiermee akkoord is.

- b. Soms vertellen omstaanders het verhaal aan hun omgeving verder. Overweeg daarom om als voorziening beschikbaar te zijn voor vragen van hun naasten bij dit verhaal.

C.III.5.3. Nabespreking onder zorgverleners/begeleiders

Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel ook een nabespreking met alle betrokken **zorgverleners/begeleiders**, individueel of in groep, waar er ruimte is voor **interview, kritische reflectie** en **emotionele verwerking**.



Nabespreking in groep. Overweeg bij een nabespreking in groep om een zorgverlener/begeleider die niet betrokken was bij het incident te laten deelnemen als moderator en respecteer hierbij de persoonlijke levenssfeer van de zorggebruiker.

Inspiratie

Een tool die hiervoor gebruikt kan worden is terug te vinden bij [Icoba](#).



Interview en kritische reflectie. Inhoudelijke bespreking van de aard en aanleiding van het incident, hoe alles verlopen is en wat eventueel anders had aangepakt kunnen worden.

C.III.5.4. Opmerkingen van de zorggebruiker in het individueel dossier van de zorggebruiker

Bied de zorggebruiker (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.

C.III.5.5. Verdere opvolging

Blijf **ook later** oog hebben voor de emotionele en/of fysieke impact van de ondergane maatregelen bij de zorggebruiker, alsook de betrokken zorgverleners/begeleiders en eventuele omstaanders. Bied indien nodig psychologische en/of medische bijstand.

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 implantatie 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 hopen met deze richtlijn mee 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; Melvin et al., 2022; Yurtbasi et al., 2021) en om de uitvoering ervan – als laatste redmiddel – mensenrechtenconform te laten plaatsvinden.

Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis vereist een **hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers**. Het is een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen. De opbouw van een positieve begeleidingsrelatie en voldoende nabijheid en bereikbaarheid voorzien zijn essentieel voor de preventie van afzondering en fixatie (zie B.III.1. en 2.). 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.3. en 5.). 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 de toepassing van afzondering of fixatie bij ernstig en acuut gevaar dient een arts na de opstart van de maatregel de gezondheidstoestand van de zorggebruiker te controleren als ook of er aan de afzondering of fixatie minstens een ten dele medische oorzaak ten grondslag ligt (zie C.II.2.4.b. en d.). Indien de arts oordeelt dat dit het geval is, dient een arts, verpleegkundige of zorgkundige aanwezig te zijn tijdens de uitvoering van de maatregel (zie C.II.3.1.a.). De beschikbaarheid van deze beroepen is daarom essentieel. Afhankelijk van de doelgroep waarop een voorziening zich richt, kan een arts vast deel uitmaken van de equipe. In voorzieningen waarin dit niet nodig of aangewezen is, kunnen andere werkwijzen de beschikbaarheid van deze beroepen garanderen, zoals bijvoorbeeld het voorzien van een mobiele equipe binnen samenwerkingsverbanden tussen verschillende sub-sectoren. De opdracht van dergelijke mobiele equipes zou er dan niet alleen in bestaan om bij deze zorggebruikers de verantwoordelijkheid over de afzondering of fixatie over te nemen, maar ook om samen met de vaste zorgverleners/begeleiders uitzoeken hoe de afzondering of fixatie zo snel mogelijk beëindigd wordt, en daarna voorkomen kan worden. Ten slotte is voldoende gedifferentieerde capaciteit nodig opdat zorggebruikers met een ernstige co-morbide problematiek zo weinig mogelijk naar een ander type voorziening getransfereerd zouden worden louter om afzondering of fixatie mogelijk te maken omwille van gedrag dat kadert binnen die co-morbide problematiek. 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 regelgeving inzake het beroepsgeheim:

- a. Voor de **zorggebruiker** en eventueel zijn vertegenwoordiger: als input voor de nabespreking van de maatregel. Daarnaast maakt de registratie de maatregel voor de zorggebruiker controleerbaar, en biedt het hem 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 voor 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 bij de zorggebruiker voor dichte naasten), 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 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, wat 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 zo weinig mogelijk en zo kort mogelijk toepassen van afzondering en fixatie vergroot de kans dat zorgverleners/begeleiders en omstaanders vaker getuigen zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag. Dit kan angst en een *gevoel* van onveiligheid aanwakken. Het **opvolgen en beschermen van het psychisch welbevinden** van de zorgverleners/ begeleiders vormt bijgevolg 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. Ook tijdens de nabespreking van een afzondering of fixatie onder zorgverleners/begeleiders zijn dit belangrijke aandachtspunten (zie B.III.6. en C.III.5.). De bescherming van het psychisch welbevinden van de zorgverleners/begeleiders draagt bij tot het voorkomen dat een zorgverlener/begeleider een '**second victim**' wordt. Dit kan gebeuren wanneer een zorgverlener/begeleider betrokken is en getraumatiseerd raakt bij een ernstig (klinisch) incident, een medische fout, schade die toegebracht werd aan een zorggebruiker, en een eventuele klachtenprocedure die de zorggebruiker (desgevallend zijn vertegenwoordiger) hiervoor instelt (Bourne et al., 2016; Scott et al., 2009). Door in te zetten op goede begeleiding en samenwerking, wordt dit bespreekbaar gemaakt hetgeen bijdraagt tot het samen dragen van de gebeurtenis.

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. Daartoe zijn voor kinderen en jongeren in de integrale jeugdhulp en het jeugddelinquentierecht al stappen gezet in het Decreet Rechtspositie Minderjarigen, waarin reeds aan het merendeel van de mensenrechtelijke vereisten

inzake wetgeving is voldaan. Voor andere sectoren ontbreekt momenteel een coherent rechtskader. Naast de implementatie van de ontwikkelde aanbevelingen is de tussenkomst op het niveau van de wetgeving – te begrijpen in de ruime zin – 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 dergelijke 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. V., & 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
- Bourne, T., Vanderhaegen, J., Vranken, R., Wynants, L., De Cock, B., Peters, M., Timmerman, D., Van Calster, B., Jalbrant, M., & Van Audenhove, C. (2016). *Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: An analysis of qualitative survey data*. *BMJ Open*, 6. [doi: 10.1136/bmjopen-2016-011711](#)
- Braun, M. T., Adams, N. B., O'Grady, C. E., Miller, D. L., & Bystrynski, J. (2020). An exploration of youth physically restrained in mental health residential treatment centers. *Children and Youth Services Review*, 110, 104826. <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2020.104826>
- De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Droogmans, G., Beeckmans, D., Vanhoof, J., Mertens, N., Maes, B., Vanlinthout, E., van Achterberg, T., Nijs, S., Peeters, T., Put, J., & Audenhove, C. (2021). [De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp](#). Leuven: 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.
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W., & Sagvaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care -a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19, 235. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4060-y>
- 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>
- Huckshorn, K. A. (2014). Reducing Seclusion and Restraint Use in Inpatient Settings: A Phenomenological Study of State Psychiatric Hospital Leader and Staff Experiences. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 52, 40-47. <https://doi.org/10.3928/02793695-20141006-01>
- Lebel, J., & Stromberg, N. (2010). *Resource Guide Restraint*. <https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2016/11/restraint-resources.pdf>

- Melvin, C. L., Barnoux, M., Alexander, R., Roy, A., Devapriam, J., Blair, R., Tromans, S., Shepstone, L., & Langdon, P. E. (2022). A systematic review of in-patient psychiatric care for people with intellectual disabilities and/or autism: Effectiveness, patient safety and experience. *BJPsych Open*, 8, e187. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.571>
- Nielson, S., Bray, L., Carter, B., & Kiernan, J. (2021). Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care*, 25, 342-367. <https://doi.org/10.1177/1367493520937152>
- 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
- Olson, J., & Sarver, R. S. (2022). How Restorative are You? Introducing the Restorative Index. *Victims & Offenders*, 17, 941-973. <https://doi.org/10.1080/15564886.2021.1942358>
- Opgenhaffen, T. (2020). *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*. Intersentia
- 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
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 13. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
- 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>
- SAM, Steunpunt Mens en Samenleving. (2020). [Reflectie-instrument: Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen](#).
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider 'second victim' after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 325. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- 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
- van der Helm, G. H. P., Kuiper, C. H. Z., & Stams, G. J. J. M. (2018). Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self determination theory. *Children and Youth Services Review*, 93, 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.07.028>
- van der Helm, P. (2022). *Leefklimaat! Voor jeugd en volwassenen* (2e dr.). Amsterdam: Uitgeverij SWP
- van Dorp, M., Scholten, M., de Heide, B., van Schie, L., & Mulder, E. (2020). 'Ik laat je niet alleen' Een gezamenlijk onderzoeksrapport naar het verminderen van gedwongen afzonderen in JeugdzorgPlus. <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2020/06/Eindrapport-etappe-2-ik-laat-je-niet-alleen.pdf>
- van Os, J. (2015). *De DSM-5 voorbij! Pleidooi voor een persoonsgerichte behandeling van cliënten*. Leusden: Diagnosis

- Versweyvelt, A.-S., Put, J., & Opgenhaffen, T. (2018). [Wegwijzers beroepsgeheim](#). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Vilans. (2020, oktober 1). *Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg*.
<https://www.vilans.nl/kennis/alternatievenbundel-voor-meer-vrijheid-in-de-zorg>
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). *Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg: Een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang*. Amersfoort: GGZ Nederland
- World Health Organization (2017). *Creating mental health and related services free from coercion, violence and abuse - WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*..
<https://www.medbox.org/document/creating-mental-health-and-related-services-free-from-coercion-violence-and-abuse-who-qualityrights-training-to-act-unite-and-empower-for-mental-health-p-i-l-o-t-v-e-r-s-i-o-n>
- World Health Organization (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized train*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>
- 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>

