

# Vrijheidsbeperkende maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg: zorgvuldig en ethisch omgaan met dwangmaatregelen

**Adviestekst vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu 2018  
revisie 20 november 2018**

## 1. INLEIDING

Het thema 'vrijheidsbeperkende maatregelen en dwang' is een blijvende uitdaging in de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel het thema al geruime tijd een belangrijk punt van zorg is binnen de voorzieningen en al veel inspanning is gedaan om dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen zo veel als mogelijk te verminderen, blijft dit gegeven onze aandacht vragen. In een maatschappij en juridisch kader die immers steeds meer evolueren in een richting waarbij de zelfbeschikking van individuen aan belang toeneemt, lijkt het beperken van vrijheid problematisch. Het concept 'Goede zorg' roept ook niet onmiddellijk beelden op als het uitoefenen van druk, gedwongen medicatie toedienen, afzondering of fixatie. Ook de vaak traumatische ervaringen bij zorgvragers en naasten en gevoelens van onmacht bij zorgverleners bij het toepassen van vrijheidsbeperking en dwang, zijn dan ook belangrijke indicatoren die ons aanzetten tot bedachtzaam en zorgvuldig handelen. Toch maken deze zaken tot op heden jammer genoeg deel uit van de geestelijke gezondheidszorg, waar ook het gegeven veiligheid meespeelt in een gedurig zoeken naar delicate evenwichten in unieke situaties. Reeds in 2001 werden er binnen de voorzieningen ethische adviesteksten uitgebracht met als titels: 'Psychiatrische behandeling onder dwang' en 'Beïnvloeding door hulpverleners in de context van een psychiatrisch ziekenhuis'. Deze teksten vormen samen een interessante vertrekbasis voor deze adviestekst, die in de eerste plaats de aandacht vestigt op het ethisch verantwoord omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangmaatregelen<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dwangmaatregelen moeten worden onderscheiden van dwangbehandeling. Dwangmaatregelen zijn in belangrijke mate ingegeven vanuit veiligheidsoverwegingen (zoals ter bescherming van het personeel, maar ook ter bescherming van de medepatiënt en de patiënt zelf), en niet vanuit een therapeutische benadering.

Achtereenvolgens worden eerst een aantal situatieschetsen uitgewerkt, die de lezer van deze tekst een beeld geven over de voorliggende problematiek. Vervolgens geven we een aantal definities en maken hierbij ook enkele kanttekeningen. Vrijheidsbeperking is immers een breder concept dan alleen de fysieke vormen zoals fixatie, afzondering of gedwongen toedienen van medicatie. Na dit gedeelte gaan we in op een aantal kernwaarden, grondhoudingen en principes in het ethisch verantwoord omgaan met dwang- en vrijheidsbeperkende maatregelen. Hier gaan we onder meer kort in op proportionaliteit, autonomie in verbondenheid, veiligheid en respect. In een volgend onderdeel wordt (het weliswaar beperkte) wetgevend kader bondig toegelicht en worden hier enkele bedenkingen bij geplaatst. Tot slot zoeken we een evenwicht in de paradox vrijheid – veiligheid in de geestelijke gezondheidszorg en doen we een aantal concrete aanbevelingen naar de voorzieningen toe. Deze tekst wordt vervolledigd met een beknopte bibliografie.

## 2. WAAROVER GAAT HET? ENKELE SITUATIESCHETSEN

### Situatie 1 **Mia**

Wanneer Mia in een manische periode verkeert, heeft ze de neiging zich te kleden in heel felle, contrasterende kleuren en groteske motieven. Ook maakt ze vaak een soort tulband van verschillende sjaals en doeken en wil ze graag zo gekleed inkopen doen in de stad.

De teamleden op de afdeling proberen haar tegen te houden en te overtuigen om de tulband niet te dragen buiten de voorziening. Ze hebben schrik dat Mia zou uitgelachen worden of vreemde reacties zou uitlokken bij mensen op straat. Dit zou haar geestelijke toestand ook niet ten goede komen, vinden ze. De verpleegkundigen willen Mia beschermen. Mia verzet zich hier tegen: “Ik zeg jullie toch ook niet wat jullie mogen dragen en wat niet? Dit is een vrij land!”

### Situatie 2 **Annelies**

Annelies is een achttienjarige vrouw die na een suïcidepoging gedwongen opgenomen is op de gesloten afdeling. Annelies heeft een heel zwaar incestueus verleden en kampt blijvend met suïcidedachten en bijkomend is er ernstig suïcidegevaar. Wanneer het team enige tijd later beslist om haar meer vrijheid te geven, door de fixatie af te bouwen of haar uit de afzonderingskamer te halen, onderneemt ze opnieuw een suïcidepoging. De dreiging is zo groot dat de open behandelafdelingen het risico niet willen nemen, waardoor ze echter ook niet de aangewezen therapieën kan krijgen. Deze situatie duurt nu al verschillende weken...

## Situatie 3 **Albert**

Albert is een 67-jarige patiënt met een dwangneurose en een hoog valrisico. Vorige week was hij onrustig geworden en had hij zijn kamer ongemerkt verlaten. Een verpleegkundige vond Albert - die gevallen was - met verschillende schrammen en blauwe plekken. Hij had ook twee ribben gekneusd. Hierop besloten de zorgverleners om Albert in zijn bed vast te maken, zodat hij minder gemakkelijk uit zijn bed kon kruipen, vallen of de afdeling verlaten.

Alberts ene dochter - Sofie - vindt deze maatregelen niet ver genoeg gaan en eist van het team om haar vader beter en meer te beveiligen. Ze dreigt ook om juridische stappen te ondernemen als aan haar voorwaarde niet wordt voldaan. Alberts andere dochter – Nele - vindt dan weer dat haar vader vrij moet zijn om te gaan en te staan waar hij wil. Fixeren vindt ze mensonterend.

## Situatie 4 **Leen**

Leen is sinds enkele weken vrijwillig opgenomen binnen de voorziening om aan haar angst- en stemmingsstoornis te werken. Ze is sterk gemotiveerd en maakt een positieve indruk op de teamleden. Na een bezoek van haar ouders maakt Leen een zeer gespannen indruk en vraagt Leen aan een verpleegkundige of ze vannacht in een afzonderingskamer mag blijven en beveiligd worden. Ze vertelt dat ze het gevoel heeft dit nodig te hebben, omdat ze vreest zichzelf niet in de hand te zullen hebben. Het team gaat hier niet op in.

## Situatie 5 **Mohammed**

Mohammed kreeg zowel van zijn huisarts als van de psychiater verschillende medicamenten voorgeschreven die hij op regelmatige basis moet innemen. Mohammed neemt vaak zijn medicatie niet of heel onregelmatig in. De zorgverleners proberen Mohammed te overtuigen om zijn medicatie trouw in te nemen. “Zonder jouw medicatie kan je immers niet terug gezond worden”, zeggen ze. Mohammed is het hier echter niet mee eens: “Die pillen smaken vies en maken me loom. Ik ben veel beter af wanneer ik ze niet neem”. De vele motivatiepogingen en het aanklampend gedrag van de hulpverleners werken niet zo goed: Mohammed neemt zijn medicatie nog steeds niet of spuwt ze al dan niet stiekem terug uit. Er wordt besloten depotmedicatie toe te dienen, wat Mohammed tegen zijn zin en stilzwijgend laat gebeuren.

## Situatie 6 **Bo**

Bo is nachtverpleegkundige. Bij de overdracht vernam ze dat één van de patiënten zich die ochtend agressief had opgesteld tijdens de therapiesessies. Wanneer deze patiënt aanklopt bij de verpleegpost komt zijn gedrag voor haar intimiderend over. Ze twijfelt eraan om de noodploeg op te bellen om de patiënt af te zonderen.

### 3. DEFINITIES EN VOORWERP VAN DIT ADVIES

Onder het begrip **‘vrijheidsbeperkende maatregelen’** verstaan we *‘alle situaties en tussenkomsten die de vrijheid van mensen beperken’*. Het spreekt voor zich dat deze definitie heel ruim is en dus ook heel wat zaken omvat, zoals bovenstaande situatieschetsen al duidelijk maakten. Zo beperken ook sommige afdelingsregels of individuele afspraken de vrijheid van personen die zich binnen de voorzieningen begeven. Afspraken rond aanwezigheid, roken, gebruik van middelen, maaltijden enz. stellen immers grenzen aan de handelingsmogelijkheden van personen, maar maken ook het samenleven en -werken binnen een context van geestelijke gezondheidszorg mogelijk. Deze maatregelen categoriseren we als ‘structurele vrijheidsbeperking’.

Naast structurele vrijheidsbeperking kan er ook sprake zijn van ‘situatieve vrijheidsbeperking’. Situatieve vrijheidsbeperking is een vrijheidsbeperking die aangepast is aan de individuele persoon en kan erop gericht zijn om onmiddellijk dreigende schade of gevaar te vermijden (het gaat dan om maatregelen zoals afzondering en fixatie).

Ook bestaan er bewust en meer nog onbewust machtsverhoudingen tussen de verschillende betrokkenen in de zorg. Hulpverleners hebben vaak een medische/therapeutische expertise en kennisvoorsprong op de hulpvragers. Zorgvragers hebben vaak een zekere zorgafhankelijkheid ten opzichte van de hulpverleners en ook de zorgsetting maakt dat zorgvragers en zorgverleners ongelijke mogelijkheden hebben. Deze op het eerste zicht ongelijke of eenzijdige richting tussen de persoon die hulp vraagt en de persoon die hulp verleent doet een situatie van *‘machtsverhouding’* vermoeden. Dit alles wordt *‘relationele vrijheidsbeperking’* genoemd.

In onderstaand advies reflecteren we dus in de eerste plaats over **‘dwangmaatregelen’** of *‘situatieve vrijheidsbeperking’*. Een dwanginterventie is “een maatregel die de vrijheid van de patiënt beperkt tegen diens wil, dus zonder zijn of haar toestemming”. Dit kan zowel tijdens een vrijwillige als een gedwongen opname gebeuren. Voorbeelden van dwang zijn het opleggen van medicatie, afzondering en fixatie. Hoewel we in deze tekst in de eerste plaats de aandacht willen vestigen op het zorgvuldig, verantwoord en ethisch omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen zoals afzondering en fixatie - ook situatieve vrijheidsbeperking genoemd - willen we ook de structurele en relationele vrijheidsbeperking in het achterhoofd houden. Zo willen we de vraag opwerpen of bijvoorbeeld de bestaande afspraken en regels wel altijd noodzakelijk zijn of in verhouding staan tot het beoogde doel. Wij zetten immers de particuliere persoon in al zijn dimensies – en dus niet louter het denken vanuit procedures en regels – centraal. Ook wat betreft machtsverhoudingen is het belangrijk zich hier bewust van te zijn en zichzelf gedurig kritisch te bevragen.

Hieronder gaan we verder in op een aantal belangrijke waarden, grondhoudingen en principes die hierbij meespelen en die zorgverleners kunnen ondersteunen in het omgaan met dwang.

## 4. KERNWAARDEN, GRONDHOUDINGEN EN PRINCIPES

Hieronder worden een aantal kernwaarden, grondhoudingen en principes besproken die relevant zijn in het omgaan met vrijheidsbeperking en dwang in de GGZ. De volgorde waarin deze hieronder aan bod komen, houdt geen verband met een specifiek 'gewicht' die deze zouden hebben: in elke specifieke situatie kunnen andere waarden op de voorgrond treden of met elkaar in conflict treden.

### 1. Autonomie in verbondenheid en verantwoordelijkheid

**Autonomie** is ontegensprekelijk een centrale waarde en uitgangspunt in de zorg. Verbonden met autonomie zijn individuele vrijheid en het recht/vermogen om zelfstandig keuzes te kunnen maken (Voorbeeld Mia). Een weerspiegeling van deze waarde in de GGZ is het uitgangsprincipe van 'geïnformeerde toestemming': het recht van de patiënt om op goed geïnformeerde basis de zorg vorm te kunnen geven en behandelingen te aanvaarden of juist af te wijzen.

Toch zijn er ook grenzen aan autonomie: de grenzen van de persoonlijke vrijheid zijn daar waar deze botsen op de vrijheid van de ander. Zo mag mijn handeling de ander geen schade berokkenen. Het personalistische mensbeeld gaat echter nog een stap verder dan het niet-schadebeginsel. Hier vertrekt men immers van een **model van 'autonomie in verbondenheid'** en plaatst men het individu al van in het begin in een **verantwoordelijke relatie tot anderen**. Hieruit volgt dat men in de zorg niet alleen de verantwoordelijkheid heeft om schade aan anderen én ook zichzelf te voorkomen, maar ook om een zo groot mogelijke waardigheid na te streven. Paradoxaal kan dit betekenen dat de zorgverlener door het tijdelijk beperken van vrijheid de verantwoordelijkheid opneemt om de persoon op langere termijn in een zo groot mogelijke waardigheid te houden, ook in relatie tot anderen. Zo kan het tijdelijk afzonderen van een persoon onder invloed met ontremd gedrag, op een respectvolle manier en in overleg met naastbetrokkenen én zorgvrager zelf, op lange termijn de grootst mogelijke menselijke waardigheid realiseren voor de persoon zelf en derden en bovendien potentiële schade aan beiden voorkomen.

### 2. Beschermwaardigheid, integriteit en respect

In de zorg werken we met kwetsbare personen, die het verdienen om met respect en op een menswaardige manier behandeld te worden en met aandacht voor het **behoud van psychische en mentale integriteit**. Het opkomen voor de **beschermwaardigheid** van een zorgvrager tijdens een afzondering gedurende een crisismoment is geen gemakkelijke opgave. Een afzondering of

gedwongen opname, een situatie waarbij het risico in een machtsverhouding te gaan staan groot is, ontslaat de hulpverlener niet om de rechten van de patiënt, zoals privacy, te respecteren. Goede zorg verlenen betekent dat vooral juist hier rekening wordt gehouden met tal van factoren, zoals respectvol blijven in taalgebruik, houding enz. Ook (kleine) tekenen van een **respectvol omgaan met een zorgvrager** kunnen immers het cruciale verschil maken in de beleving van de actoren en dus tussen 'goede zorg' of zorg die niet aan deze benaming voldoet. Zo kan bijvoorbeeld het waar mogelijk in rekening brengen van culturele gevoeligheden een wereld van verschil maken en de basis leggen voor een blijvende vertrouwensband en de weg naar genezing en herstel bespoedigen. Ook is het belangrijk om aandacht te hebben voor die personen die niet in staat zijn tot verweer en op die manier sneller het voorwerp worden van vrijheidsbeperkende- of dwangmaatregelen.

Wat vertelt een 'apathische reactie' tegenover vrijheidsbeperking ons over een bepaalde persoon (situatie Mohammed)? Hier treedt het aspect beschermwaardigheid naar voren: zeker personen die zelf het minst in staat zijn om voor zichzelf op te komen, verdienen onze bescherming en respectvolle zorg.

### 3. Veiligheid

Vrijheid en veiligheid worden vaak als tegengestelden op een continuüm gezien. Het is inderdaad zo dat bepaalde vrijheden soms moeten worden ingeperkt om voldoende veiligheid in een bepaalde situatie te realiseren. Zo vinden we het belangrijk dat ook zorgverleners hun taak binnen de voorzieningen op een veilige manier kunnen uitvoeren. Zonder het **realiseren van een basisveiligheid voor medewerkers en betrokkenen** kan goede zorg immers niet tot stand komen. Veelal kan deze veiligheid worden gerealiseerd door goede afspraken te maken (in dialoog) en aangepaste randvoorwaarden te creëren. Soms is een bepaalde dwangmaatregel echter nodig om veiligheid te garanderen. Toch moet bij elke dwangmaatregel een afweging worden gemaakt tussen doel en middelen. Basisveiligheid is immers ook voor zorgvragers én naasten een uiterst belangrijk gegeven voor de vertrouwensrelatie die nodig is om tot een goede zorgrelatie en herstel te komen. Dwangmaatregelen hebben vaak ook een uitlokkend effect op zorgvragers, en dienen ook daarom steeds met grote terughoudendheid te worden toegepast.

### 4. Proportionaliteit

**Een vrijheidsbeperkende maatregel moet het evenwicht houden tussen doel en middelen, tussen teveel en te weinig.** Zo kan het zijn dat voor een angstige hulpvrager tijd maken voor een goed gesprek doeltreffender is dan het toedienen van sederende medicatie, waarbij zorgvragers vaak het gevoel hebben dat alle controle wordt afgenomen. Anderzijds kan in bepaalde situaties een gesprek juist te weinig zijn om ernstige schade te voorkomen. Deze moeilijke afweging moet worden gemaakt in grondig overleg met de hulpvrager, maar ook met vertrouwen in de deskundigheid van het hulpverlenend team. Het is belangrijk om mee te nemen dat vrijheidsbeperking en dwang vaak

geen situaties zijn van ‘alles of niets’, maar juist een gradueel gegeven gaande van onderhandelen naar motiveren over aandringen, verleiden, tot drang of dwang.

## 5. Open communicatie en mildheid

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

Goede informatieoverdracht is ook belangrijk naar naastbetrokkenen toe. Fixatie of afzondering kan immers een grote impact hebben op naasten, die hier vaak minder mee vertrouwd zijn dan de zorgvragers of hulpverleners; ook al is de impact op deze laatsten elk op hun manier zeker niet te onderschatten.

Ook voor hulpverleners zelf is het belangrijk dat zij over hun ervaringen met dwangmaatregelen van gedachten kunnen wisselen en kunnen reflecteren over wat goed ging, wat men in de toekomst beter anders aanpakt enz. Hiervoor tijd en ruimte maken maakt dus integraal deel uit van goede zorg, die maar kan groeien door te leren vanuit de fouten die soms onvermijdelijk worden gemaakt. **Mildheid** speelt hierin dus een voorname rol. Vele beslissingen worden immers genomen in crisissituaties, waarbij het niet altijd mogelijk is op korte tijd alle elementen zorgvuldig af te wegen. Dit neemt echter niet weg dat men gedurig kritisch moet blijven voor het eigen handelen en op een structurele manier reflectief moet terugblikken op moeilijke situaties.

## 5. JURIDISCHE PERSPECTIEVEN EN BEDENKINGEN

Vanuit wettelijk oogpunt is het nemen van dwangmaatregelen omstreden omdat een wettelijke basis ontbreekt. Maatregelen zoals afzondering en fixatie bestaan al zeer lang, zijn wijdverspreid en worden “gedoogd”, maar het huidig wetgevend kader volstaat in principe niet om het gebruik van dwangmaatregelen te rechtvaardigen. Het ontbreken van een duidelijk en coherent wettelijk kader in verband met dwangmaatregelen, brengt met zich mee dat in elk geval de Wet Patiëntenrechten moet toegepast worden.

De toepassing van de Wet Patiëntenrechten impliceert onder meer dat (in principe) voor elke tussenkomst de geïnformeerde toestemming van de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) vereist is. Hiermee plaatst de wetgever de waarde van autonomie en zelfbeschikking voorop.

Dit brengt met zich mee dat, indien een **wilsbekwame** persoon weigert zijn toestemming te geven, die weigering in principe moet worden gerespecteerd. Indien de patiënt evenwel een gevaar oplevert voor derden, kan de bescherming van deze derden de bovenhand halen op de weigering van de patiënt. Een vrijheidsbeperkende maatregel kan dan worden toegepast op grond van de wettige verdediging of de noodtoestand.

Ook indien de persoon wilsonbekwaam is, kan hij zijn geïnformeerde toestemming niet geven. In principe is in een dergelijke situatie de toestemming van de vertegenwoordiger vereist. Dit is bijvoorbeeld wanneer iemand zich in een sterk psychotische opstoot bevindt. In dit geval zullen hulpverleners, in samenspraak met de vertegenwoordiger, een beslissing nemen. De hulpverlener kan afwijken van een weigering van de vertegenwoordiger, indien in het andere geval een gevaar voor het leven of ernstige gezondheidsschade dreigt voor de patiënt. De zorgverlener kan – in spoedeisende situaties – bovendien autonoom optreden indien er geen duidelijkheid bestaat over de wil van de patiënt of de vertegenwoordiger.

Het inschatten van wilsbekwaamheid of de dreiging op ernstige gezondheidsschade is echter geen gemakkelijke opgave. De (inschatting van) wilsbekwaamheid kan bijvoorbeeld sterk variëren naar gelang de tijd of de situatie waarover geoordeeld moet worden.

Vanwege deze onzekerheid en de toenemende juridisering in de zorg zullen sommige hulpverleners ertoe geneigd zijn om geen risico's te nemen in een bepaalde situatie en gemakkelijker tot dwangmaatregelen overgaan. Omgekeerd kan de angst voor juridische vervolging het juist toepassen van een dwangmaatregel in een specifieke (onveilige) situatie beletten. Daarom is het belangrijk dat men deze keuzes in (ethisch) overleg, zorgvuldig en met ondersteuning van het beleid kan nemen. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat procedures en regels zo goed mogelijk worden aangepast aan de noden van de betrokkenen en regelmatig worden geëvalueerd. Tegelijk echter moeten individuele uitzonderingen op algemene regels mogelijk zijn, zonder dat daarbij de basisveiligheid van de betrokkenen disproportioneel in het gedrang komt.



## 6. NAAR EEN VRIJE EN VEILIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG: EEN PARADOX ?

De geestelijke gezondheidszorg kan inderdaad niet - althans vanuit een bepaald perspectief - tegelijk maximaal vrij én maximaal veilig zijn. Hierbij is het echter belangrijk om stil te staan bij wat deze begrippen eigenlijk betekenen. Zo kunnen we ons de bedenking maken dat vrijheid wellicht in realiteit nooit 'zuiver' voorkomt, maar altijd in relatie staat tot een aantal kadervoorwaarden en vaak ook eraan gekoppelde verantwoordelijkheid. Anderzijds komt veiligheid ook zelden in absolute zin voor, en is dit wellicht ook niet wenselijk. Sommige filosofen zien juist in de kwetsbaarheid van mensen de noodzakelijke voorwaarde om tot een zinvol bestaan te komen.

De balans tussen vrijheid en veiligheid hoeft dus niet noodzakelijk negatief uit te vallen. De paradox van de geestelijke gezondheidszorg (cfr een adviestekst van de broeders van liefde (2003) ) is juist dat in bepaalde gevallen weloverwogen tijdelijke vormen van vrijheidsbeperking zowel de vrijheid als de veiligheid van alle betrokkenen op een duurzame manier kunnen verhogen: "omwille van de beperkte wilsbekwaamheid van een cliënt zijn zorgverleners soms genoodzaakt de keuzevrijheid van de cliënt te beperken om uiteindelijk de wilsbekwaamheid opnieuw te kunnen bevorderen". Voorwaarden hiertoe zijn wel dat dwangmaatregelen pas als laatste, proportionele redmiddelen mogen aangewend worden en dit om schade te voorkomen. Bovendien dienen deze maatregelen op een respectvolle manier uitgevoerd te worden, met oog voor de integriteit en beschermwaardigheid van de hulpvrager. Ook een open communicatie met alle betrokken partijen is een belangrijk streefdoel.

Het is belangrijk om dit thema de verantwoordelijkheid te maken van alle betrokkenen in de hulpverlening. Een geestelijke gezondheidszorg waar vrijheidsbeperking sterk aanwezig is, is vaak een plek waar veel trauma, negatieve gevoelens bij alle betrokkenen, een moeilijke therapeutische relatie en vertrouwensbreuken tussen de verschillende actoren aanwezig zijn. We streven naar een cultuur of 'klimaat' waarin alle zorgverleners, maar ook de zorgvragers zelf en de naasten hun verantwoordelijkheid opnemen om te werken aan preventie en verdraagzaamheid. Vooraleer overgegaan wordt tot dwang - die vele vormen kan aannemen en zeer geleidelijk/gradueel kan toenemen - dient dialoog telkens alle kansen te krijgen, vaak met heel positieve gevolgen voor alle betrokkenen. 'Positive risk taking'<sup>2</sup> wordt aangemoedigd, zonder hierbij de basisveiligheid van de betrokkenen in het gedrang te brengen of voorbij te gaan aan de kwetsbaarheid van deze situaties. Onvermijdelijke fouten zijn een bron van reflectie en een stimulans om te werken aan een betere zorg in de toekomst.

---

<sup>2</sup> *Positive risk taking* betekent dat men als hulpverlener met een open geest 'risico's' tegemoet treedt. Vaak wordt een risico immers (a priori) vrij eng en negatief gedefinieerd. Een risico nemen kan echter ook gezien worden als een kans wagen op een positieve uitkomst. Zo kan de beslissing om iemand niet te fixeren de vertrouwensband tussen hulpvrager en hulpverlener sterk doen groeien.

## 7. AANBEVELINGEN

- **Investeren in alternatieven**

Wetenschappelijk onderzoek heeft veelvuldig aangetoond dat het gebruik van alternatieven voor dwangmaatregelen zoals comfort-rooms, het gebruik van materiaal voor valpreventie, dwaalgangen, signalisatiemateriaal enz... het inzetten van dwangmaatregelen kan beperken (Sturmey, 2015). Vanuit onder meer het principe van proportionaliteit adviseren wij dan ook te investeren in die zaken waarvan vanuit wetenschappelijke inzichten als vanuit de praktijk is aangetoond dat zij het gebruik van dwang significant kunnen verminderen.

- **Investeren in mensen**

Aansluitend bij de eerste aanbeveling willen we ook adviseren te investeren in mensen. Dit onder de vorm van gedegen en permanente vorming en zorg (bv. nazorg en begeleiding van een incident), maar ook in voldoende personeel te voorzien om met uitzonderlijke situaties te kunnen omgaan. Een te beperkte personeelsbezetting werkt immers het gevoel van onveiligheid en het daaraan gelinkte gebruik van (routine) dwangmaatregelen in de hand. Concreet zouden beleidsmakers er bijvoorbeeld kunnen voor kiezen om de personeelsbezetting op te trekken in het kader van intensifiëring binnen artikel 107.

- **Zich laten inspireren door het onderzoek van Len Bowers**

Professor Len Bowers ging samen met zijn onderzoeksteam op zoek naar verklaringen voor de grote variatie in de noodzaak tot inzetten van VBM op verschillende afdelingen die met eenzelfde doelpubliek werken. Vanuit dit jarenlange onderzoek is het Safewards model ontstaan dat deze variatie kan verklaren. Op basis van dit model werden verschillende geïmplementeerde interventies onderzocht waarvan 10 interventies hun significant effect bewezen hebben op vlak van reductie van conflict en containment. We adviseren kennis te nemen van de resultaten van dit onderzoek en zich hierdoor te laten inspireren.

- **Ontwikkelen van geijkte procedures**

Goed doordachte procedures die worden ontwikkeld en opnieuw geëvalueerd naar aanleiding van concrete situaties kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn bij het uitbouwen van goede zorg, ook in het geval van dwangmaatregelen. Zo kunnen er afspraken worden gemaakt over wie bij de uitvoering van deze handelingen wordt betrokken, hoe deze handelingen moeten worden uitgevoerd, wie bijvoorbeeld de zorgvrager en de naasten informeert enz.

- **Ruimte voor reflectie en gesprek, investeren in communicatie met alle betrokkenen**

Het uitoefenen van dwangmaatregelen heeft een grote impact op alle betrokkenen. Hierover in team, met de hulpverleners zelf, met netwerkpartners en naastbetrokkenen in gesprek kunnen gaan

en kunnen reflecteren lijkt dan ook bijzonder aangewezen. Het uitwisselen van ervaringen hierover kan een belangrijke voorwaarde zijn voor het uitbouwen van een goede vertrouwens- en zorgrelatie en kan in sommige gevallen ook aanleiding zijn om bepaalde procedures, gewoonten of beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen te herzien. Open communicatie en reflectie bij elke situatie maken 'zorg op maat' mogelijk. We vertrekken hierbij vanuit het personalistisch mensbeeld die de mens in zijn totaliteit - en dus ook in voorgegeven verbinding met anderen – beschouwt.

- **Afbouw afzonderingsruimtes**

Waar dit mogelijk is kunnen afzonderingsruimtes worden afgebouwd en kunnen deze ruimtes een nieuwe bestemming krijgen, zoals comfortroom of prikkelarme ruimte. De afbouw van deze ruimtes dient doordacht te gebeuren met aandacht voor de veiligheid en de behoeftes van alle betrokkenen. Zo moet ook goed nagedacht worden wat de impact van de afbouw van afzonderingsruimtes is op andere afdelingen en zelfs voorzieningen binnen de regio.

- **Positive risk taking**

Positive risk taking moet worden aangemoedigd en kadert binnen een cultuur waarin heel zorgvuldig en oplettend wordt omgegaan met vrijheidsbeperkende maatregelen en waar deze maatregelen tot een minimum worden beperkt. Zonder de basisveiligheid voor alle betrokkenen uit het oog te verliezen willen we medewerkers aanmoedigen in bepaalde situaties 'het voordeel van de twijfel' te laten bestaan. Risico's nemen betekent immers ook in vele gevallen de mogelijkheid op winst : het bevorderen van vertrouwen, het trauma reduceren, het behouden van grotere menswaardigheid, enz.

- **Transparantie**

Het toepassen van vrijheidsbeperking dient steeds onder de best mogelijke omstandigheden te gebeuren. Dit betekent dat men ten allen tijde ook transparantie biedt over de interventie zelf en de oorzaak en de doelen ervan. Zorgvragers hebben steeds recht op een respectvolle bejegening, zowel voor, tijdens en na het gebeuren als bij de evaluatie van de interventie.

## 8. BRONNEN

PSYCHIATRISCHE BEHANDELING ONDER DWANG ETHISCH ADVIES vzw Gezondheidszorg

'Barmhertigheid Jesu' (2001).

Ethisch advies 9 Zorgnet-Icuro : Omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor ouderen (2004).

Synthese van vier adviezen over dwanginterventies in de psychiatrie, Begeleidingscommissie ethiek broeders van liefde (2017).

A.Liégeois: een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie in tijdschrift voor psychiatrie 2018.

P. Loncke & Geert Capoen: respectvol verplegen in de ggz, Boom (2015)

T. Amba, G. Widdershoven & B. Lendemeijer: dwang end rang in de psychiatrie – kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies, Lemma, 2005.

Herman Nys, Recht en bio-ethiek, Lannoo, 2014.

Advies hoge gezondheidsraad: omgaan met conflict, dwanginterventies in ggz (2016):

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_advies\\_9193\\_dwanginterventie.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_advies_9193_dwanginterventie.pdf)

[https://www.monardlaw.be/publications/-/asset\\_publisher/sfxddM7ZdWTD/content/de-geinformeerde-toestemming-van-de-vertegenwoordiger-van-de-bewusteloze-patient;jsessionid=77BE669988761C45D7EA498BF80B35B9](https://www.monardlaw.be/publications/-/asset_publisher/sfxddM7ZdWTD/content/de-geinformeerde-toestemming-van-de-vertegenwoordiger-van-de-bewusteloze-patient;jsessionid=77BE669988761C45D7EA498BF80B35B9)

E.J. Jonker et al.: Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses, in Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2008).

P. Sturmey: Reducing restraint and restrictive behavior management practices, Springer, 2015.

Het Safewards model (Len Bowers): <http://www.safewards.net/nl/>