



Tien vragen over isolatie en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg

12 februari 2021

Tim Opgenhaffen, Kathleen De Cuyper

Drie jaar geleden werd een richtlijn ontwikkeld over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg. Toch blijft dit op de werkvloer een hardnekkig probleem. Een jonge vrouw getuigde recent: '[In die kale isoleercel verloor ik mijn laatste restje waardigheid](#)'. Dit pakkend verhaal trof ook de mede-auteurs van de richtlijn. Met tien vragen en antwoorden zetten ze de richtlijn nogmaals scherp.

ETHIEK | GEESTELIJKE GEZONDHEID | JUSTITIE



© Unsplash / Elijah Hiatt

Te vaak, te lang, te onveilig

De kinder- en jeugdpsychiatrie maakt te vaak, te lang en te onveilig gebruik van afzondering en fixatie. Dat stelde de [Afdeling Zorginspectie](#) eind 2017 vast na een inspectieronde. Daarom gaf de Vlaamse overheid aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de opdracht om hierover voor het brede terrein van de geestelijke gezondheidszorg een [multidisciplinaire richtlijn](#) te ontwikkelen.

‘Het doel is om afzondering en fixatie maximaal te vermijden.’

Het doel is om afzondering en fixatie maximaal te vermijden en bij de uitzonderlijke toepassing ervan de menselijke waardigheid te garanderen. De aanbevelingen in de richtlijn zijn gebaseerd op klinisch-wetenschappelijk onderzoek, mensenrechten en de expertise van terreindeskundigen, inclusief patiënten- en familievertegenwoordigers.

1. Hebben afzondering en fixatie een therapeutisch nut?

Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de meerwaarde van afzondering en fixatie. Wel aangetoond: het verhoogd risico op nefaste gevolgen voor zorggebruikers, hulpverleners en hun werkrelatie.

Er zijn weinig methodologisch sterke studies uitgevoerd naar de effectiviteit van afzondering en fixatie. De positieve effecten ervan op de gezondheid en het welzijn van zorggebruikers werden niet wetenschappelijk aangetoond. Uit onderzoek weten we dat enkel bepaalde vormen van medicamenteuze fixatie agitatie bij volwassenen op een veilige manier kan verminderen.

Wel werd wetenschappelijk bewezen dat zorggebruikers door deze maatregelen risico lopen op lichamelijke verwondingen, traumatisering, angst, woede, onbegrip en vernedering. Een minderheid van zorggebruikers rapporteert positieve gevoelens, waaronder een gevoel van zelfcontrole en veiligheid. Bij hulpverleners kunnen naast lichamelijke verwondingen ook secundaire traumatisering en gevoelens van kwaadheid, angst, schuld en onzekerheid optreden.

Afzondering en fixatie kunnen ook de onderlinge werkrelatie onder druk zetten. Die relatie is essentieel voor effectieve behandeling en voor het vermijden van toekomstige dwangmaatregelen.

2. Wanneer mogen afzondering en fixatie gebruikt worden?

Wanneer en voor zolang er een ernstig en acuut gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de zorggebruiker of van anderen, en dit slechts voor zover alternatieven niet (langer) volstaan.

Afzondering en fixatie zijn zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregelen. Dat volgt niet enkel uit de wetenschappelijke literatuur en de mensenrechten, maar ook uit het Belgische recht. De toepassing van afzondering en fixatie onder dwang is daarin niet geregeld. Daardoor geldt, net als voor andere handelingen in de zorg, dat de zorggebruiker ermee moet toestemmen.

‘Behalve bij een noodtoestand, is de hulpverlener die zonder toestemming afzonderd of fixeert strafbaar.’

Is hij daartoe niet in staat, dan is de toestemming van zijn vertegenwoordiger nodig. Zonder toestemming is de hulpverlener die afzonderd of fixeert strafbaar.

Hierop is één uitzondering: het geval waarin de zorggebruiker zichzelf of anderen acuut en ernstig in gevaar brengt. Juristen spreken dan van een ‘noodtoestand’. Bij zo’n noodtoestand mag de hulpverlener ingrijpen als dat het laatste redmiddel is en het in verhouding staat tot het gevaar. Zo’n noodtoestand duurt nooit lang: minuten eerder dan uren.

Afzondering en fixatie zijn nooit de regel, ook niet bij een dwangopname. Protocollen die onmiddellijk naar afzondering en fixatie doen grijpen, zijn uit den boze. Een beleid rond afzondering en fixatie tracht in de eerste plaats het gebruik ervan te vermijden. De toepassing komt op de tweede plaats, in de hoop dat het steeds voorkomen kan worden.

3. Afzondering en fixatie zijn dus te vermijden, maar hoe?

Studies in verschillende residentiële diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg wijzen op het belang van een gecombineerde, multi-methodische aanpak.

Directie is aan zet. Zij kan registratie implementeren en architecturale aanpassingen doorvoeren. Zij ondersteunt een herstelgerichte zorgvisie, met aandacht voor zorg op maat en trauma-geïnformeerde zorg.

Op het niveau van het behandelteam hebben goede onderlinge communicatie binnen en tussen teams en flexibel omgaan met regels een preventief effect. Het gebruik van een signaleringsplan, risico-assessment, traumabevraging, de-escalatietraining en comfortrooms vormen een greep uit de preventieve acties op het niveau van de zorg voor zorggebruikers. Ook inzet op de werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener, en op een positief leefklimaat zijn van groot belang.

Debriefing na afzondering of fixatie heeft een preventief effect voor toekomstige maatregelen. Bij de implementatie van deze gecombineerde, multi-methodische aanpak blijft het niveau van de veiligheid binnen de voorziening doorgaans globaal stabiel.

Lees ook



Team vangt collega's op na schokkende ervaring: 'Niet normaal dat je op je werk geslagen wordt'

4. **Wat als ondanks alle preventie, afzondering of fixatie toch niet vermeden kan worden?**

Dan wordt voor uiterst korte tijd, minuten eerder dan uren, gekozen voor de maatregel met de minste impact. Dit is een beslissing die door een arts genomen wordt op basis van medisch onderzoek, uitgevoerd door hiertoe opgeleid medisch personeel. Ook de leeftijd van de zorggebruiker speelt een rol.

‘Het hele beleid moet erop gericht zijn om de afzondering en fixatie zo kort, zo beperkt en zo menswaardig mogelijk te houden.’

Het hele beleid moet erop gericht zijn om de afzondering en fixatie zo kort, zo beperkt en zo menswaardig mogelijk te houden. Daarom mag de combinatie van afzondering met fixatie bijvoorbeeld niet tot de standaardprocedure behoren.

5. **Is wat de zorggebruiker wil dan van geen tel?**

Uiteraard wel. Hoewel het een dwangmaatregel is en veiligheid centraal staat, moeten de wensen en de autonomie van de patiënt maximaal gerespecteerd worden.

Zowel bij de keuze van de hulpverlener om een dwangmaatregel al dan niet toe te passen, als bij de keuze voor het type maatregel moeten de voor- en afkeuren van de zorggebruiker mee in de weegschaal worden gelegd. Afzondering en fixatie zijn geen one size fits all.

‘Afzondering en fixatie zijn geen one size fits all.’

Ook tijdens de uitvoering van deze uitzonderlijke maatregel is het belangrijk om naar de zorggebruiker te luisteren en wat hij wil maximaal te respecteren. Bij crisissituaties blijft het belangrijk om de zorggebruiker ernstig te nemen en zijn waardigheid te respecteren. Informatie, empathie, bekommernis en betrokkenheid zijn essentieel.

Afzondering en fixatie veronderstellen geen totaalverbod op persoonlijke bezittingen en contacten: als de veiligheid dit toelaat, heeft de zorggebruiker recht op eigen kledij, een bezitting die rust brengt, een gesprek met familie. Overigens: niet enkel de zorggebruiker, maar ook de stem van zijn vertegenwoordiger is hierbij belangrijk.

6. **Hoe zou een verblijf in afzondering eruit moeten zien?**

Hoewel het therapeutische nut van afzondering niet aangetoond is, is het wel een vorm van intensieve zorg: op zo'n moment is net méér en niet minder zorg nodig.

‘Op zo'n moment is net méér en niet minder zorg nodig.’

Dat vooronderstelt een geschikte en veilige afzonderingsruimte en voldoende medisch personeel dat voortdurend nabij en aanspreekbaar is. Een camera kan een hulpverlener niet vervangen. Voortdurend toezicht is er niet alleen om continu te beoordelen of afzondering nog nodig is. Het is er ook om dichtbij de zorggebruiker te blijven en een humane omgang te garanderen.

7. **Geldt hetzelfde voor fixatie?**

Ja. Ook fixatie vooronderstelt voortdurende nabijheid.

Ook bij fixatie moeten de gebruikte handelingen, technieken en materialen veilig zijn. Dit vraagt een goede vorming en training. In de richtlijn zijn aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie opgenomen.

8. **Wanneer zijn afzondering en fixatie mensonwaardig?**

Als de afzondering en fixatie onnodig zijn, te lang duren of de uitvoering en de technieken die daarbij gebruikt worden te mensonterend zijn.

‘Afzondering en fixatie zijn niet per definitie mensonwaardig, maar het risico op een mensonwaardige uitvoering is groot.’

Afzondering en fixatie zijn niet per definitie mensonwaardig, maar het risico op een mensonwaardige uitvoering is groot. Daar zijn heel veel redenen voor. Zo kan er bijvoorbeeld te snel naar afzondering en fixatie gegrepen worden, kunnen het gebruikte materiaal of de gebruikte technieken ongeschikt of onveilig zijn, kan afzondering met mechanische fixatie gecombineerd worden terwijl dit niet nodig is, kan een maatregel veel te lang of zonder toezicht uitgevoerd worden of kunnen er bij de uitvoering basisbehoeften, zoals toiletgebruik ontzegd worden.

De richtlijn is zo opgesteld dat deze mensonterende situaties bij afzondering en fixatie zo veel mogelijk uitgesloten worden.

9. **Waarom pleit de richtlijn niet voor een verbod op afzondering en fixatie?**

Omdat de meeste mensenrechtenorganisaties en klinisch-wetenschappelijke studies erkennen dat het in uitzonderlijke situaties niet vermeden kan worden.

De multidisciplinaire richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke en mensenrechtelijke bronnen. Over het algemeen roepen deze niet op tot een totaalverbod op afzondering en fixatie. Ze benadrukken preventie, maar menen dat de toepassing in heel uitzonderlijke gevallen toch nodig kan zijn om de veiligheid te waarborgen.

‘Is het verbieden van afzondering en fixatie wel realistisch?’

Toch blijft het belangrijk om na te denken over een roep die na getuigenissen vaak weerkeert: een totaalverbod op afzondering en fixatie. Een deur die op een kier staat waait al snel weer open, zo luidt de redenering.

Het bij wet verbieden van afzondering en fixatie zou een sterk signaal zijn, maar is het, ondanks alle preventie, wel realistisch? Bestaat niet het risico dat dwang zich op andere en mogelijk nog meer ongepaste wijzen, zal manifesteren? Of dat hulpverleners ten einde raad en buiten alle regels om gaan improviseren?

Het probleem ligt vooral bij de te snelle, te lange en te verregaande toepassing van afzondering en fixatie. Ook preventieve strategieën worden te weinig ingezet. Vandaar de multidisciplinaire richtlijn: deze zet aan om afzondering en fixatie te vermijden, de toepassing in de tijd te beperken en de impact op de zorggebruiker, hoewel deze steeds groot zal zijn, zo klein mogelijk te houden.

Bovendien is het vaak een probleem dat de zorggebruiker met een klacht nergens terecht kan. Toezicht op afzondering en fixatie en een behoorlijke klachtenprocedure zijn cruciaal om te controleren of de opgelegde grenzen ook gerespecteerd worden. Ook daar levert deze richtlijn een bijdrage.

10. **Waar vind ik de multidisciplinaire richtlijn terug?**

De richtlijn is te raadplegen op de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Dit is een belangrijke verwijzing. De richtlijn wil voorzieningen ondersteunen in een kwaliteitsvolle aanpak van complexe crisissituaties, met als finale doelstelling een wezenlijk verschil te maken voor de zorggebruikers.

Lees ook



‘Zolang je in de psychiatrie braaf bent, sluiten ze je niet op’





Blijf op de hoogte met onze nieuwsbrief

Mijn e-mailadres



OP DE HOOGTE BLIJVEN?

[Schrijf je in voor de nieuwsbrief](#)

ZELF SCHRIJVEN?

[Redactionele richtlijnen](#)

JE ACTIVITEIT BEKENDMAKEN?

[Agenda](#)

VRAAG OF OPMERKING?

info@sociaal.net

Met de steun van de Vlaamse overheid.

Sociaal.Net vzw, Turnhoutsebaan 139A, 2140 Borgerhout

© 2021 SOCIAAL.NET