



Vlaamse  
OUDERENRaad

## Advies 2019/2

---

Over vrijheidsbeperking bij ouderen met zorgnoden

*Leven in vrijheid, een basisrecht van iedereen?*

## Inhoud

<b>Krachtlijnen .....</b>	<b>3</b>
Eens gefixeerd, altijd gefixeerd? .....	3
Kernpunten advies Vlaamse Ouderenraad .....	4
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Situering.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Toepassingen van vrijheidsbeperking in de zorg .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Vrijheidsbeperking: een schending van fundamentele rechten?.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Prevalentiecijfers vrijheidsbeperking.....</b>	<b>9</b>
<b>6. Vrijheidsbeperking blijft niet zonder gevolgen.....</b>	<b>11</b>
<b>7. Dilemma tussen vrijheid en veiligheid .....</b>	<b>11</b>
<b>8. Visie Vlaamse Ouderenraad op vrijheidsbeperking .....</b>	<b>12</b>
<b>9. Minimale structurele maatregelen vanuit de overheid.....</b>	<b>13</b>
Aanbeveling 1: een duidelijke wetgeving, juridisch kader en richtlijnen voor alle sectoren.....	13
Aanbeveling 2: financiering in functie van zorgzwaarte en actualisatie personeelsnormen .....	14
Aanbeveling 3: een permanente monitoring van vrijheidsbeperking in de zorg en van de ervaren levenskwaliteit.....	15
<b>10. Een betere omkadering en oplossingen voor moeilijke situaties.....</b>	<b>16</b>
Aanbeveling 4: inzetten op het versterken van kennis rond vrijheidsbeperking.....	16
Aanbeveling 5: sensibiliseren en ondersteunen van mantelzorgers .....	17
Aanbeveling 6: een gedragen visie en beleid voor een persoonsgerichte en fixatiearme woonzorgcultuur .....	17
Aanbeveling 7: stimuleren van (aan)gepaste woonzorgvormen en begeleiding.....	18
Aanbeveling 8: samenwerking rond vrijheidsbeperking over lijnen en sectoren heen.....	19
<b>Referenties .....</b>	<b>20</b>

## Krachtlijnen

Dat er geen leven bestaat zonder risico's, daar zijn we het allen over eens. Maar wanneer ouderen geconfronteerd worden met zorgnoden, wordt 'het recht op vrijheid' plots minder vanzelfsprekend. Ondanks alle inspanningen voor goede en warme zorg, geven heel wat ouderen elke dag opnieuw een stuk van hun vrijheid af. Volledig fixatieloos werken is vrijwel onmogelijk en regelmatig is het nodig om de oudere of zijn omgeving te beschermen. Maar toch gebeurt dat nog té vaak en té lang. Verschillende organisaties en voorzieningen tonen nu al aan dat een fixatiearm beleid mogelijk is, maar tegelijk zijn er nog vele achterblijvers.

De Vlaamse Ouderenraad pleit in dit advies over vrijheidsbeperking bij ouderen met zorgnoden voor een **actieplan met structurele beleidsmaatregelen en oplossingen voor complexe situaties in de thuiszorg, woonzorgcentra en ziekenhuizen.**

## Eens gefixeerd, altijd gefixeerd?

Fixatie en vrijheidsbeperking zijn begrippen die zowel in de praktijk als in onderzoek door elkaar gebruikt worden. Ze staan voor alle maatregelen, materialen of handelingen waardoor iemand zich niet meer vrij kan bewegen, gaande van het afnemen van sleutels tot het gebruik van gordels rond het lichaam en medicatie om te kalmeren. Vrijheidsbeperking stijgt met de leeftijd en we zien het vooral bij mensen met dementie, een hoge mate van lichamelijke afhankelijkheid en een slechte mobiliteit.

Zorgverleners fixeren vooral om te voorkomen dat ouderen vallen en hierdoor letsels oplopen. Ook onderuitglijden, onrust, ronddwalen en dwangmatig gedrag doen hen naar fixatie grijpen. Soms is het ook de oudere zelf of de familie die erom vraagt.

Er bestaan nog heel wat misvattingen rond vrijheidsbeperking. Het wordt nog al te vaak gezien als een oplossing, maar in de praktijk doet het, zeker bij ingrijpende maatregelen en langdurig gebruik, meer kwaad dan goed. Ouderen met zorgnoden komen door een gebrek aan bewegingsvrijheid terecht in een vicieuze cirkel waarbij hun algemene toestand verder achteruit gaat en hierdoor de kans op vallen net vergroot.

Ook langdurig gebruik van medicatie voor psychische aandoeningen brengt heel wat gevolgen met zich mee en valt onder de noemer van chemische fixatie. Het wordt vaak gebruikt om een antwoord te bieden op onrust, agressie en dwangmatig gedrag. Ouderen die langdurig psychofarmaca gebruiken zijn suffer, minder alert, meer verward en hebben vaak een minder goed geheugen.

Bovendien heeft het ook een enorme impact op de familie en professionele zorgverleners. Zij worstelen ook met frustraties, gevoelens van onmacht en schuld. Hoe groot is het risico op vallen? Wat doe ik indien ik alleen sta voor een groep bewoners of als mantelzorger niet dag en nacht paraat

kan zijn? Welk gevaar lopen anderen in de omgeving? Welke impact hebben de vrijheidsbeperkende maatregelen? Wat te doen in dringende situaties? En wie is verantwoordelijk als het fout gaat?

In de praktijk wordt fixatie ook toegepast om te vermijden dat mensen weglopen, 's nachts teveel rondwandelen of om als zorgverlener ongehinderd door te kunnen werken. In die gevallen is de fixatie een schending van het fundamentele recht op vrijheid en dus in strijd met het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens. Toch maakt het deel uit van de dagelijkse zorg en blijft het op veel plaatsen een aanvaarde handeling.

## Kernpunten advies Vlaamse Ouderenraad

### Structurele maatregelen

Zorgverleners komen vaak in een spreadstand te staan door een gebrek aan duidelijke regelgeving en aan voldoende handen op de werkvloer. De Vlaamse Ouderenraad vraagt structurele maatregelen vanuit de Vlaamse overheid om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen beter te reguleren en in te perken:

1. Zorg voor een **duidelijke wetgeving**, juridisch kader en richtlijnen rond vrijheidsbeperking voor alle sectoren, met onderscheid tussen dringende en niet-dringende situaties.
2. Voorzie **bijkomende overheidsmiddelen** voor de diensten voor gezinszorg en een correcte zorgzwaartefinanciering in de residentiële ouderenzorg.
3. Verhoog de **personeelsnormen** in woonzorgcentra en subsidieer nieuwe functies die aansluiten bij de evoluerende zorgnoden.
4. Voorzie een permanente en degelijke **controle** op vrijheidsbeperking in de dagelijkse praktijk door de Zorginspectie, koppel dit aan aantoonbare verbetertrajecten om fixatie te verminderen én bevrage de ervaren levenskwaliteit bij ouderen met zorgnoden.
5. Maak werk van een **referentiekader** rond vrijheidsbeperkende maatregelen als leidraad voor de voorzieningen én de Zorginspectie.

### Ondersteuning en oplossingen voor moeilijke situaties

De dagelijkse realiteit van moeilijk hanteerbaar gedrag is niet op te vangen met enkel wetgeving, procedures en afspraken. Zorgverleners staan vaak voor ethische dilemma's waarbij ze risico's voor vrijheidsbeperking, waarden, normen en levenskwaliteit moeten afwegen. Naast het aanpakken van de structurele noden moet de Vlaamse overheid daarom inzetten op volgende uitdagingen:

1. Versterk de **kennis** rond vrijheidsbeperking bij alle zorgverleners en zorg voor een betere verspreiding van goede praktijken.
2. Integreer het thema vrijheidsbeperking als standaard onderdeel in alle **basis- en vervolgopleidingen** voor zorgverleners.
3. Zorg voor een betere ondersteuning van **mantelzorgers** en betrek hen als volwaardige partners in de thuiszorg, woonzorgcentra en ziekenhuizen
4. Stimuleer en ondersteun **voorzieningen** om routines te doorbreken en een cultuuromslag te maken naar persoonsgerichte zorg, een heldere en gedragen visie op vrijheid uit te werken en in te zetten op een beter beweegbeleid.
5. Zet in op **(aan)gepaste woonzorgvormen** en begeleiding zoals kleinschalige woonvormen.
6. Stimuleer **samenwerking** in de thuiszorg, woonzorgcentra en ziekenhuizen en zet vrijheidsbeperking op de agenda binnen de zorgraden van de eerstelijnszones.

## 1. Inleiding

*Je ligt 's nachts vastgemaakt in een bepaalde houding en je kan niet even op je andere zij draaien...*

*Je kan niet meer door het raam kijken naar de kinderen die na school voorbijkomen...*

*Je hebt grote dorst en kan niet rechtstaan voor een slokje water...*

*Je mag niet zelf bepalen wat, waar en hoeveel je eet...*

*Je kan je huis niet meer uit...*

*Elke stap die je zet, wordt gevolgd...*

*H. wil naar buiten. Hij probeert het elke dag opnieuw, soms wel twee keer per uur. Hij schuifelt naar de deur en probeert deze te openen. Als dat niet lukt, blijft hij even staan. Je ziet hem gewoon in elkaar zakken. Dan draait hij zich om en gaat weer zitten. Na zo'n vier of vijf tevergeefse pogingen slaat de onrust toe. En dan begint het roepen: 'zuster'! Iedere minuut en het houdt niet op. De medewerkers weten zich geen raad. Wat doe je met iemand met dementie die ruimte nodig heeft maar niet alleen op pad mag van de kinderen? Want: 'paps kan onder de tram komen'. H. was vroeger postbode, vertellen de kinderen. Altijd op pad, altijd bereid voor een praatje. Ze besluiten te oefenen, eerst met en later zonder begeleiding. De ronde die hij liep, blijkt hij nog goed te kennen. Hij loopt het tot twee maanden voor zijn overlijden. Elke dag. (Vilans, 2018)*

*Altijd zit ze in haar bruine stoel, haar handen gevouwen in haar schoot, met de ogen gesloten. Of het nu 8 uur in de ochtend is of 4 uur in de middag, het maakt niets uit. Je weet nooit of ze slaapt. M. heeft vergevorderde dementie, dus dan denk je al gauw: het zal wel door haar ziekte komen. Maar vorige week gebeurde er iets wonderlijks. M. had last van doorligwonden en nog wat lichamelijke klachten. Redenen genoeg om haar opnieuw te onderzoeken en haar situatie te bespreken. In overleg met de familie besloten de medewerkers de Haldol - die ze al jaren kreeg toegediend - af te bouwen. Het effect was verbazingwekkend. Ze beweegt meer, ze eet beter en ze heeft veel meer heldere momenten. Haar doorwonden zijn bijna verdwenen. Maar het allerbelangrijkste: de kinderen kunnen weer in haar mooie blauwgroene ogen kijken. (Vilans, 2018)*

## 2. Situering

Elke dag zijn zorgverleners in de weer om goede en warme zorg te geven. Maar ondanks de inspanningen van het beleid en de praktijk, vormt het 'recht op vrijheid' voor mensen met zorgnoden een complexe uitdaging. Iedere dag worden heel wat ouderen met zorgnoden in hun vrijheid beperkt, zowel thuis, in het woonzorgcentrum als in het ziekenhuis. In sommige gevallen onvermijdelijk, maar zeker niet altijd de beste oplossing. Meestal liggen zorgzame motieven, praktische overwegingen en onmacht aan de basis. Er zijn nog heel wat misvattingen over de noodzaak en de impact van deze vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voorliggend advies kwam tot stand na overleg met ouderen(organisaties), mantelzorgers en deskundigen uit verschillende sectoren. De aanbevelingen rond vrijheidsbeperkende maatregelen bij ouderen met zorgnoden vloeien voort uit concrete knelpunten en uitdagingen die zich stellen in de praktijk.

## 3. Toepassingen van vrijheidsbeperking in de zorg

Vrijheid is zelf keuzes kunnen maken. Wanneer ouderen geconfronteerd worden met zorg- en ondersteuningsnoden, wordt dit steeds minder vanzelfsprekend. Vrijheidsbeperking kent verschillende ingrijpende en minder ingrijpende toepassingen. Het gaat over alle maatregelen, materialen, uitrusting of handelingen die de vrijheid van een persoon beperken. Fixatie en vrijheidsbeperking zijn begrippen die zowel in de praktijk als in onderzoek door elkaar gebruikt worden. Hoe ruimer de definiëring, hoe meer onduidelijkheden er optreden.

**Fysieke fixatie** slaat op 'elke handelingsmethode (menselijk of mechanisch toegepast), materiaal of uitrusting aan of in de buurt van het lichaam van een persoon, met de opzettelijke bedoeling dat de persoon deze niet kan verwijderen en die de bewegingsvrijheid van de persoon beperkt' (Retsas 1998, Gastmans & Milisen 2006). Vaak gebruikte materialen zijn bedhekkens, voorzettafels, Zweedse gordels of onrustbanden, pols- en enkelbandjes, een verpleegdeken, een slaapzak of bodypyjama. Ook zelfgemaakte, onveilige materialen zoals touwen en broeksriemen worden dagelijks gebruikt, voornamelijk bij thuiswonende ouderen.

Naast fysieke fixatie bestaat er ook **chemische fixatie** waarbij medicatie zoals slaap- en kalmeermiddelen, anti-depressiva en anti-psychotica worden toegediend om de bewegingsvrijheid te beperken en controle op iemands gedrag uit te oefenen. Vooral onrust en verzet leiden vaak tot de opstart van psychofarmaca. Deze medicatie maakt ouderen suffer, minder alert, zorgt voor een versnelde cognitieve achteruitgang en abnormale houdings- en beweegpatronen. Hierdoor stijgt het valrisico en kunnen gedragsproblemen zelfs nog toenemen.

Vrijheidsbeperking gaat ook over het **inperken van het handelen** van een individu of een groep. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de rolstoel of zetel in rem-of ligstand, gesloten afdelingen en/of deuren,

wegnemen van de telefoon, geen bezoek mogen ontvangen, niet naar toilet of naar buiten mogen gaan, gedwongen zorg, verbieden van voedingsmiddelen, afnemen van de autosleutels, ... Tot slot vinden ook **technologische innovaties** om bijvoorbeeld bewegingen te registreren of supervisie uit te voeren steeds vaker hun weg naar de zorgsector.

#### 4. Vrijheidsbeperking: een schending van fundamentele rechten?

Fixeren en/of isoleren is een vrijheidsberovende maatregel die principieel in strijd is met het Europees Verdrag tot bescherming van de **Rechten van de Mens** (art.5) en met de Belgische grondwet (art. 12). Het is een fundamenteel basisrecht om zoveel mogelijk in vrijheid te leven, te wonen en verzorgd te worden en dit met behoud van respect voor de persoon en zijn zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid. Er is een grondige reden nodig om af te wijken van dit individueel recht op vrijheid. **Fixeren enkel en alleen om te voorkomen dat iemand uit bed zou stappen of 's nachts teveel rondwandelt, is een ongeoorloofde vrijheidsbeperking** waarbij fundamentele rechten geschonden worden indien de persoon met een zorgnood hier zelf niet om vraagt.

In België **ontbreekt specifieke wetgeving** over vrijheidsbeperking in de zorg. Er zijn wel een aantal wetteksten en voorschriften beschikbaar die als basis kunnen dienen, maar deze bieden geen sluitend antwoord en zijn voor veel interpretaties vatbaar.

- Het KB van 1990 betreffende de technisch verpleegkundige verstrekking B1 voorziet de bevoegdheid voor personen met een diploma **verpleegkunde** om maatregelen te treffen 'ter voorkoming van **lichamelijke letsels**: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht'. Alle vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen zonder voorschrift genomen worden, uitgezonderd het toedienen van medicatie. Deze bepaling schept onduidelijkheden over de definiëring van lichamelijke letsels, de fixatiemiddelen zelf, de organisatie en de frequentie van het toezicht, ...
- Het KB van 2006 betreffende de vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de **zorgkundigen** mogen uitvoeren, regelt 18 ondersteunende taken die een zorgkundige, onder het toezicht van een verpleegkundige en binnen een gestructureerde equipe, mag uitvoeren. Ook 'het toepassen van maatregelen ter voorkoming van **lichamelijke letsels**' behoort tot de verpleegkundige taken die een zorgkundige mag overnemen.
- Het decreet betreffende de **zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg** van 2008 stelt dat verzorgenden hulp mogen verlenen bij lichamelijke zorg, psychosociale ondersteuning en pedagogische of agogische ondersteuning. In principe mogen ze enkel handelen onder het toezicht of op vraag van een verpleegkundige of arts en mogen ze fixatie niet initiëren. De wetgeving is hier **onduidelijk** over 'het ondersteunen van de **fysieke veiligheid** en het bieden van ondersteuning bij het gebruik van aangepaste hulpmiddelen'. Hoe ver gaat het ondersteunen van de fysieke veiligheid en wat zijn aangepaste hulpmiddelen?



- Het huidige (weliswaar: voormalige) **uitvoeringsbesluit bij het woonzorgdecreet** stelt dat fixatie alleen toegepast mag worden in uitzonderlijke situaties, enkel bij medische indicaties en ter bescherming van de bewoner en andere bewoners. Verder moeten de huidige toestand en achterliggende oorzaken onderzocht worden, alternatieven en minder ingrijpende maatregelen overwogen worden. De aard, duur en motivatie voor de toepassing moeten geregistreerd zijn in het verzorgingsdossier. Ook een systematische opvolging en evaluatie in overleg met de bewoner en zijn familie is vereist. Vanaf 1 januari 2020 vervangt het besluit bij het geactualiseerde woonzorgdecreet deze bepalingen door de verplichting dat een procedure rond vrijheidsbeperking minimaal deel moet uitmaken van het kwaliteitssysteem in het woonzorgcentrum.
- De Wet betreffende de **rechten van de patiënt (2002)** beschermt elke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt. Art.5 van deze wet waarborgt 'het recht op eerbiediging van de menselijke waardigheid, het recht op zelfbeschikking en het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften.' Voor elke interventie bij een meerderjarige is een **voorafgaande en vrije toestemming vereist** van de geïnformeerde beslissingsbekwame patiënt. Enkel in hoogdringende situaties mag een arts, verpleegkundige of multidisciplinair team handelen in het belang van de gezondheid van de patiënt. Ook voor vrijheidsbeperkende maatregelen is deze toestemming vereist. De **wettelijk vertegenwoordiger** wordt ingeschakeld bij beslissingsonbekwame personen. Indien er een voorafgaande **wilsverklaring** is met een weigering van vrijheidsbeperking of fixatie, dan moet deze gevolgd worden.
- Als uitzondering op de strafbepaling dat onbevoegden geen verpleegkundige handelingen mogen uitvoeren, kan een verpleegkundige of een arts de toelating geven aan **mantelzorgers** om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Hiervoor geldt een vaste procedure waarbij de mantelzorger, na een korte opleiding, een attest voor het 'uitvoeren van een technische verpleegkundige handeling' kan ontvangen voor een bepaalde duur.
- Diverse voorzieningen, organisaties en ziekenhuizen zetten nu al in op een fixatiearme zorg. Ze werken **eigen procedures en richtlijnen** uit, gebaseerd op beschikbare regelgeving, wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen. Dit zorgt voor grote verschillen in het beleid rond en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

## 5. Prevalentiecijfers vrijheidsbeperking

De **beschikbare cijfers** over het gebruik van vrijheidsbeperking **variëren zeer sterk** en zijn vaak verouderd. De variatie is te wijten aan de verschillen in onderzoekspopulatie, de aard van de voorziening of organisatie, de specificiteit van bepaalde afdelingen, de gebruikte definitie en afbakening van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voor de **thuiszorg** zijn er amper prevalentiecijfers beschikbaar. Uit het doctoraatsonderzoek van Kristien Scheepmans (2018) blijkt dat **1 op 4** thuiswonende 60-plussers met zorgnoden dagelijks,

gedurende een groot deel van de dag, in hun vrijheid beperkt wordt. Onder hen wordt ongeveer de helft 24 uur in hun vrijheid beperkt. Bij 85% van de onderzochte populatie gebeurt het **dagelijks** en bij 55% gaat het om een **langdurige maatregel**. Hoe zwaarder de zorgnoden, hoe vaker er gefixeerd wordt. In de helft van de situaties neemt de mantelzorger het initiatief, gevolgd door de verpleegkundige en dan pas de persoon met een zorgnood zelf. Slechts in 16% van de situaties wordt de huisarts betrokken bij de beslissing. Opmerkelijk is dat 1 op 2 fixaties in de thuiszorg niet geregistreerd worden en meer dan 6 op 10 fixaties geen evaluatie krijgen.

Voor de **woonzorgcentra** is dagelijkse fysieke vrijheidsbeperking een vaste indicator binnen het Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra (VIP WZC). Indicatoren die momenteel bevroegd worden, zijn: % bewoners met fysieke fixatie overdag (lijst van 9 middelen), % bewoners met fysieke fixatie 's nachts (lijst van 9 middelen), % bewoners met bedhekken overdag, % bewoners met bedhekken 's nachts, % bewoners met gordel overdag, % bewoners met gordel 's nachts. Er wordt **niet gepeild naar de cumulatie** met andere vrijheidsbeperkende maatregelen waaronder de combinatie van fysieke en chemische fixatie.

Uit het sectorrapport van 2018 (Agentschap Zorg en Gezondheid) blijkt dat op basis van de zelfregistratie door woonzorgcentra gemiddeld **1 op 5 bewoners** overdag **fysiek gefixeerd** wordt. In het algemeen is er een dalende trend van het gebruik van fysieke fixatie in woonzorgcentra. Toch zit er een grote variabiliteit tussen de voorzieningen. Hoewel deze variatie ten dele samenhangt met het aantal zware zorgprofielen (RVT-aandeel), wijzen de cijfers volgens de Vlaamse Ouderenraad ook op **verschillen in het fixatie- en registratiebeleid** van de woonzorgcentra. Dit blijkt onder andere uit de variatie in de groep van woonzorgcentra met een hoog RVT-aandeel. Daar vinden we woonzorgcentra waar minder dan 10% van de bewoners fysiek gefixeerd wordt versus woonzorgcentra waar dat meer dan 50% is. Deze cijfers tonen aan dat ook in die context een fixatiearm beleid zijn vruchten afwerpt.

De mediaan onder woonzorgcentra voor fixatie **overdag** ligt op **17,5%** van de bewoners. In 1 op de 5 woonzorgcentra werd overdag fysieke fixatie bij **29%** of meer van de bewoners toegepast, terwijl de 20% best scorende woonzorgcentra dit onder de **9,3%** weten te houden. Wanneer we kijken naar de uitersten, wordt in de 5% slechtst scorende woonzorgcentra **41%** of meer van de bewoners gefixeerd overdag, terwijl dit in de 5% best scorende woonzorgcentra dit op of onder **2,4%** ligt.

's **Nachts** wordt er merkbaar meer gefixeerd. De helft van de woonzorgcentra fixeert dan **40,4%** of meer van zijn bewoners. In 1 op 5 woonzorgcentra werd **56%** of meer van de bewoners 's nachts gefixeerd. Bij de 5% slechtst scorende woonzorgcentra ligt dit op **68,2%** of meer, terwijl de 5% best scorende woonzorgcentra dit percentage op of onder **8,1%** houden.

Ongeveer **8 op 10 bewoners** in woonzorgcentra gebruikt **langdurig psychofarmaca**. Ongeveer de helft van de bewoners neemt slaap- en kalmeermiddelen, iets minder dan de helft anti-depressiva en ongeveer 1 op 3 bewoners neemt antipsychotica (VAD, 2018).

Voor **ziekenhuizen** zijn er **geen eenduidige en recente prevalentiecijfers** beschikbaar. Ziekenhuizen hebben wel individuele cijfers ter beschikking die ze hanteren voor hun kwaliteitsmonitoring en – beleid. Tussen 2010 en 2012 bezocht de Zorginspectie 33 ziekenhuizen en in 23 ervan werd de arts niet betrokken bij de beslissing om te fixeren. Hij werd enkel op de hoogte gesteld van de beslissing.

## 6. Vrijheidsbeperking blijft niet zonder gevolgen

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft een **enorme impact** op de oudere persoon, zijn omgeving en op professionele zorgverleners. Vooral het gebruik van intensieve fixatiemaatregelen zoals pols- en enkelbanden, een lendengordel of voorzettafel wordt als zeer onaangenaam ervaren (Scheepmans et al, 2016).

Vrijheidsbeperking en langdurige immobilisatie hebben grote **lichamelijke gevolgen**. Gaande van een verlies aan spiermassa en –kracht, een verminderd uithoudingsvermogen, desoriëntatie, urine-incontinentie en obstipatie, huidletsels door te lang in dezelfde houding te zitten of te liggen, ademhalingsproblemen, een verhoogd risico op breuken en andere letsels, lichamelijke passiviteit met effect op het cognitief functioneren, een verstoord slaap- en waakritme, verminderde eetlust en ondervoeding tot letsels ten gevolge van loswrikken of een foutief gebruik waardoor de kans op verstikking stijgt met overlijden als gevolg (Gastmans & Milisen, 2006; Hoffman & Hahn, 2014; Möhler & Meyer, 2014).

In geval van **langdurig gebruik van psychofarmaca** treden er heel wat nevenwerkingen op zoals verwardheid, sufheid, voedingsproblemen en problemen in de mond. Ook het valrisico stijgt aanzienlijk en de kwaliteit van leven gaat erop achteruit (VAD, 2018).

De impact van vrijheidsbeperking op het **psychosociaal welzijn** blijft nog al te vaak onder de radar. Voor sommige ouderen biedt fixatie een gevoel van veiligheid en stabiliteit, maar veelal zorgt het voor angst, bijkomende onrust, verwardheid, depressieve gevoelens, een belemmering van sociale contacten en een verlies van eigenwaarde, zelfbeschikking en autonomie (Scheepmans et al, 2016).

**Mantelzorgers en professionele zorgverleners** komen vaak terecht in complexe of urgente situaties waarvoor slechts een beperkt ethisch en juridisch kader voorhanden is. Dat brengt gevoelens van onmacht, onbegrip, frustratie en schuld met zich mee. Heel vaak botsen ze op innerlijke conflicten tussen hun negatieve gevoelens ten aanzien van fixatie en de gepercipieerde nood. Ook **conflicten** tussen de verwachtingen van de naasten rond vrijheidsbeperking en die van de professionele zorgverleners komen dagelijks voor (Scheepmans, 2018).

## 7. Dilemma tussen vrijheid en veiligheid

Het voornaamste doel van mantelzorgers en professionele zorgverleners is het verhogen van de levenskwaliteit en het verlenen van zorg die aansluit bij de noden en verwachtingen van de persoon

met een zorgnood. Geen evidentie, want tegelijk worstelen ze met de reële angst en het risico dat er iets mis kan lopen. Daardoor staan ze soms voor moeilijke dilemma's. Eén van de uitdagingen is de **afweging tussen vrijheid en veiligheid**.

Het risico om in vrijheid beperkt te worden, stijgt met de leeftijd en de voornaamste reden voor vrijheidsbeperking is een **verhoogd valrisico**. Ook mensen met cognitieve en/of functionele **beperkingen** en een toegenomen lichamelijke **afhankelijkheid** worden vaker gefixeerd. Daarnaast leiden onrust, agressie, ongeremde eetlust, dwangmatig gedrag, verstoord dag- en nachtritme en wegloupedrag ook tot meer vrijheidsbeperking (Evans e.a., 1997; Capezuttie.a.,1999; Neufeld e.a.,1999, Scheepmans, 2018)..

Valincidenten kunnen ernstige gevolgen met zich meebrengen. Maar net door ouderen met zorgnoden in hun vrijheid te beperken, ontstaat een vicieuze cirkel waardoor hun evenwicht, stabiliteit en algemene mobiliteit vermindert en het valrisico nog meer toeneemt. Verschillende onderzoeken toonden intussen aan dat het aantal valincidenten nauwelijks stijgt en er minder ernstige valletsels zijn door één vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen (Evans e.a., 1997; Capezuttie.a.,1999; Neufeld e.a.,1999, Scheepmans, 2018).

Ook **contextuele factoren** hebben een impact op vrijheidsbeperking. In sommige situaties vraagt de familie zelf om vrijheidsbeperking, of leidt de afwezigheid of overbelasting van de mantelzorger tot een toename ervan. Daarnaast spelen ook de kenmerken van de woning een rol (Scheepmans, 2018). Zorgverleners geven zelf aan dat een gebrek aan continu toezicht, het missen van de juiste attitude en kennis, routinezorg en het ontbreken van een duidelijke visie en beleid in de organisatie kunnen aanzetten tot vrijheidsbeperking.

**Mantelzorgers** en naasten spelen in de thuisomgeving een cruciale rol in het gebruik van en de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen. Ze kijken vaak anders naar vrijheid en veiligheid, wat het maken van afwegingen nog complexer maakt.

## 8. Visie Vlaamse Ouderenraad op vrijheidsbeperking

Elke oudere, ongeacht zijn situatie, heeft het recht om goede, warme zorg en ondersteuning te ontvangen. Ouderen moeten mee kunnen beslissen over de aangeboden zorg en de **regie over hun eigen leven** behouden, zowel thuis als in een ziekenhuis of een woonzorgcentrum. Kwalitatieve woonzorg vertrekt voor de Vlaamse Ouderenraad vanuit een mensenrechtenbenadering waarbij waardigheid, integriteit, autonomie en persoonlijke keuzes gerespecteerd worden. Afgestemde zorg vertrekt vanuit de persoon zelf en gaat verder dan veilige en deskundige basiszorg.

*Minimale voorwaarden voor vrijheidsbeperking:*

- Duidelijke wetgeving, definiëring, juridische en klinische richtlijnen over sectoren heen
- Onderscheid tussen urgente en niet-urgente situaties
- Afstemming met de oudere zelf, de wettelijk vertegenwoordiger/mantelzorger(s), arts en multidisciplinair team
- Altijd als uitzonderingsmaatregel en zowel fysieke en chemische fixatie als allerlaatste redmiddel
- Enkel indien er ernstige risico's zijn voor de persoon zelf of zijn omgeving
- Pas wanneer alle oorzaken van gedrag onderzocht zijn en een andere aanpak en alternatieven uitgeprobeerd werden
- Altijd de minst ingrijpende maatregelen met de grootst mogelijke bewegingsvrijheid en een correcte toepassing ervan
- Enkel voor korte duur, met verhoogd toezicht
- Dagelijkse multidisciplinaire opvolging en evaluatie
- Motivatie en registratie om bovenstaande punten aantoonbaar te maken
- Aantoonbare verbetertrajecten om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen in de verschillende sectoren
- Controle door de Zorginspectie op het beleid en de praktijk met betrekking tot vrijheidsbeperking

## 9. Minimale structurele maatregelen vanuit de overheid

### Aanbeveling 1: een duidelijke wetgeving, juridisch kader en richtlijnen voor alle sectoren

Zoals eerder aangehaald, **ontbreekt er in België een duidelijke** wetgeving rond vrijheidsbeperking. Het resultaat zijn heel wat grijze zones in de zorgsector. Ook op vlak van verzekeringen komen zorgverleners vaak voor hete vuren te staan indien ze niet kunnen aantonen dat ze 'zorgvuldig

handelden'. Ze lopen nog vaak het risico op schuldig verzuim wanneer ze niet opteren voor vrijheidsbeperking.

De aandacht voor **vrijheidsbeperking binnen de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg** groeit steeds meer. De Hoge Gezondheidsraad publiceerde in 2016 een advies over het omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg. Er is een brede consensus dat zo'n ingrijpende handelingen maximaal voorkomen moeten worden, alleen voor korte duur toepasbaar mogen zijn, een laatste redmiddel bij wilsonbekwaamheid en gevaar en enkel wordt ingezet bij het ontbreken van alternatieve maatregelen. Dit advies kan een leidraad zijn voor het opstellen van een duidelijk wetgevend en juridisch kader en/of richtlijnen omtrent vrijheidsbeperking bij ouderen met zorgnoden.

In **Nederland** werd recent de nieuwe **Wet Zorg en Dwang** goedgekeurd. Deze wet treedt in werking vanaf 2020 en regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) die onvrijwillige zorg krijgen in de thuiszorg en in woonzorgvoorzieningen. Het uitgangspunt is 'nee, tenzij'. Dat wil zeggen dat vrijheidsbeperking of onvrijwillige zorg in principe niet mag worden toegepast, tenzij er sprake is van een ernstig nadeel. Valgevaar komt niet in aanmerking als ernstig nadeel en is dus geen reden voor het toepassen van vrijheidsbeperking. Indien het niet langer lukt om een vrijwillig alternatief te vinden voor onvrijwillige zorg, moeten er steeds meer (externe) deskundigen ingeschakeld worden.

## Aanbeveling 2: financiering in functie van zorgzwaarte en actualisatie personeelsnormen

Er zijn bijkomende overheidsmiddelen nodig om de steeds zwaardere en complexe zorgnoden op te vangen en vrijheidsbeperking terug te dringen. Voor de woonzorgcentra dringt de Vlaamse Ouderenraad aan op een **correcte zorgzwaartefinanciering** en binnen de gezinszorg op een **verhoging van urencontingenten** om continuïteit te kunnen verzekeren. Daarnaast zijn ook middelen nodig om een **referentiepersoon of expert rond valpreventie en vrijheidsbeperking** aan te stellen in de thuiszorg, binnen woonzorgcentra en in ziekenhuizen.

De Vlaamse Ouderenraad hoopt daarnaast op een snelle vooruitgang van de werkgroep 'actualisatie van de personeelsnormen voor woonzorgcentra'. De twee prioriteiten voor de Vlaamse Ouderenraad zijn een **verhoging van de personeelsnormen** en een **differentiatie** van gesubsidieerde functieprofielen (psycholoog, maatschappelijk werker, gerontoloog, ...). Een grotere en meer gevarieerde personeelsomkadering maakt dat er minder teruggegrepen moet worden naar vrijheidsbeperking om risico's uit te sluiten, dat er minder vanuit een puur medisch perspectief gehandeld wordt, en dat er met meer flexibiliteit ingespeeld kan worden op de diverse noden en wensen van bewoners.

Ook een verdere hervorming van het KB78 en de gecoördineerde wet op de uitoefening van gezondheidsberoepen (2015) dringt zich op, waarbij de taakverdeling en beroepsprofielen grondig geëvalueerd worden in functie van vraaggestuurde en een meer welzijnsgerichte woonzorg.

### **Aanbeveling 3: een permanente monitoring van vrijheidsbeperking in de zorg en van de ervaren levenskwaliteit**

Er moet een **permanente en degelijke monitoring** gebeuren van vrijheidsbeperking in de zorg en van de ervaren levenskwaliteit van ouderen met zorgnoden. De huidige tevredenheidsonderzoeken en kwaliteitsmetingen geven niet altijd een accuraat en betrouwbaar beeld. Ze zijn vaak gericht op veiligheid en het optreden van incidenten. Ook de zelfrapportage blijft een knelpunt in de monitoring van objectieve indicatoren in woonzorgcentra.

De Vlaamse Ouderenraad vraagt binnen het Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra (VIP WZC) om een **uitbreiding van de indicator fysieke fixatie** met andere vormen en cumulatie van vrijheidsbeperking, en een spoedige uitwerking van de **indicator rond het gebruik van psychofarmaca** (chemische fixatie). Momenteel zijn ook de bevestigingen bij bewoners in woonzorgcentra over hun **ervaren kwaliteit van leven** stopgezet. De Vlaamse Ouderenraad dringt aan op een voortzetting, met aangepaste methodieken voor bewoners met cognitieve problemen.

Naast de uitwerking van een duidelijke wetgeving en juridisch kader, ziet de Vlaamse Ouderenraad ook een meerwaarde in de opmaak van een **referentiekader rond vrijheidsbeperkende maatregelen** in woonzorgcentra (cfr. referentiekader vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg), in de thuiszorg en in de ziekenhuiszorg.

De **Zorginspectie** streeft ernaar om elk erkend woonzorgcentrum minstens om de 3 jaar te inspecteren. Tot nog toe ligt de nadruk van deze inspecties op het aantonen van het normconform werken. Afhankelijk van de reden van de inspectie gebeurt er een selectie van een beperkt aantal thema's die als (deel)module opgenomen zijn in het modelverslag. Vrijheidsbeperking komt dus **niet altijd standaard aan bod binnen de inspecties**. Het is onduidelijk hoeveel voorzieningen in orde zijn met hun procedures en de toepassing van vrijheidsbeperking. In 2011 was slechts 1/5<sup>de</sup> van de woonzorgcentra in orde met hun procedures (Zorginspectie, 2012). Voor de Vlaamse Ouderenraad is het essentieel dat voorzieningen kunnen aantonen aan de Zorginspectie dat ze de regelgeving volgen, hun procedures effectief toepassen op de werkvloer, en vertrekken vanuit een persoonsgerichte benadering. Voorzieningen die er niet in slagen om kwalitatieve basiszorg te verlenen, zouden ook sterker in het vizier moeten staan van de Zorginspectie, in lijn met het recent ingevoerde verhoogd toezicht. Een **praktijkgerichte monitoring** is daarbij aangewezen.

De Zorginspectie voert momenteel thematische inspecties uit rond vrijheidsbeperkende maatregelen in de kinderpsychiatrie en jeugdhulp. Een intersectorale werkgroep buigt zich nu over een **actieplan**

**vrijheidsbeperkende maatregelen.** Een dergelijke aanpak zou volgens de Vlaamse Ouderenraad ook aangewezen zijn voor de thuiszorg en residentiële ouderenzorg.

Het voeren van een **kwaliteitsbeleid** vormt een onmisbaar element binnen integrale zorg, en ook in de **eerstelij**n moet kwaliteit meetbaar zijn. Momenteel worden voor de diensten voor gezinszorg en diensten maatschappelijk werk ook kwaliteitsindicatoren uitgewerkt. Het lijkt de Vlaamse Ouderenraad aanbevolen om ook **vrijheidsbeperking en ervaren levenskwaliteit** mee te nemen in deze monitoring en binnen het toezichtsmodel voor de diensten gezinszorg.

Naast een wetgevend en juridisch kader zijn er ook **richtlijnen, implementatie- en actieplannen** nodig vanuit de overheid. Organisaties en voorzieningen moeten begeleid en ondersteund worden in hun kwaliteitsverbetering. Dit ontbreekt nu waardoor er heel wat frustraties zijn door de administratieve verplichtingen en bestaande richtlijnen niet in de voorzieningen terecht komen. De focus ligt nu nog te sterk op de indicatoren zelf en niet op de instrumenten om voorzieningen en organisaties op weg te helpen naar een betere kwaliteit van zorg en leven.

## 10. Een betere omkadering en oplossingen voor moeilijke situaties

### Aanbeveling 4: inzetten op het versterken van kennis rond vrijheidsbeperking

Zorgverleners, in het bijzonder in de thuiszorg, geven aan dat ze er vaak alleen voor staan en weinig gehoor krijgen. Vooral de dagelijkse realiteit van moeilijk hanteerbaar gedrag en onderbezetting is niet op te vangen met enkel procedures en afspraken. Ze staan vaak voor **ethische en deontologische dilemma's** waarbij ze risico's voor vrijheidsbeperking, waarden, normen en levenskwaliteit moeten afwegen.

Vrijheidsbeperking wordt in de praktijk nog vaak toegepast als een soort **routine** of standaard onderdeel van de dagelijkse zorg. Het wordt gedaan met de beste bedoelingen, maar dikwijls nog ondoordacht. Persoonsgerichte zorg vraagt om het doorbreken van routines, het beluisteren van noden en voorkeuren, zoeken naar achterliggende oorzaken van bepaald gedrag, alternatieven of andere manieren van omgaan, aanpassingen aan de omgeving en het actief betrekken van ouderen met zorgnoden en hun naasten.

Het **versterken van de kennis** rond vrijheidsbeperking is nodig. Er is al heel wat materiaal beschikbaar om zorgverleners hierin te ondersteunen, maar deze informatie zit nu heel versnipperd. De Vlaamse Ouderenraad suggereert de oprichting van een Expertisepunt voor langdurige zorg, naar het voorbeeld van [Vilans](#) in Nederland. De nieuwe website [www.fixatiearmezorg.be](http://www.fixatiearmezorg.be) en de praktijkrichtlijn voor de thuiszorg zouden hier ook geïntegreerd kunnen worden om een breder publiek te bereiken. Ook andere richtlijnen, kwaliteitskaders, instrumenten en goede praktijkvoorbeelden kunnen een plaats krijgen binnen dit expertisepunt.



Wat studenten op school leren, staat soms ver van de praktijk waarin ze later terecht komen. Vrijheidsbeperking moet als thema standaard deel uitmaken van alle basisopleidingen in de zorg en van bijscholingen van zorgverleners. Het moet ook kaderen in een breder geheel van kwalitatieve woonzorg en ziekenhuiszorg met een brede aandacht voor de noden en wensen van ouderen met zorgnoden en hun mantelzorger(s). De focus ligt nu nog te veel op de definiëring en gevolgen van vrijheidsbeperking en de fixatiemiddelen zelf.

### Aanbeveling 5: sensibiliseren en ondersteunen van mantelzorgers

Naasten en mantelzorgers geven aan dat ze **te weinig betrokken** worden en zelf op zoek moeten naar **informatie** over de visie van de organisatie of voorziening rond vrijheidsbeperking, de voor- en nadelen en de mogelijke alternatieven. Meer overleg is noodzakelijk, evenals het betrekken van mantelzorgers als volwaardige partners in de thuiszorg, residentiële zorg en ziekenhuizen. Zo kunnen ze ingeschakeld worden om mee te werken aan valpreventie en het behouden of verbeteren van de mobiliteit. Tegelijk moet er ook meer aandacht zijn voor hun draagkracht, vooral in de thuiszorg.

Erkende verenigingen voor mantelzorgers en de verschillende expertisecentra kunnen mantelzorgers actief informatie aanreiken en een vertaalslag maken van bestaande richtlijnen rond valpreventie, vrijheidsbeperking, ... Ook lotgenotencontacten kunnen mantelzorgers ondersteunen om ervaringen uit te wisselen en gevoelens te delen.

### Aanbeveling 6: een gedragen visie en beleid voor een persoonsgerichte en fixatiearme woonzorgcultuur

Woonzorg en ondersteuning moeten vertrekken vanuit het perspectief van de persoon met een zorgnood en niet vanuit de structuur van of taakverdeling binnen de organisatie. Het is aan de organisaties en voorzieningen om een heldere **visie op vrijheid** uit te werken, gedragen door de raad van bestuur en elke medewerker op de werkvloer. De nadruk moet op vrijheid en autonomie liggen en niet op het louter terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Hoe staat de organisatie bijvoorbeeld tegenover individuele en collectieve begrenzing van (keuze)vrijheid en het gebruik van psychofarmaca? Hoe kan de dagbesteding beter afgestemd worden op de noden en wensen? Heel wat voorzieningen werken nu al op een andere manier en dat werpt zijn vruchten af. **Extra omkadering** is nodig om alle organisaties en voorzieningen op het goede spoor te krijgen, zodat ouderen met zorgnoden kunnen rekenen op kwalitatieve woonzorg.

Het werken aan een persoonsgerichte en fixatiearme woonzorgcultuur is een geleidelijk proces van bewustwording, het creëren van een draagvlak, het bepalen van doelstellingen en prioriteiten voor de eigen organisatie en het versterken van kennis en vaardigheden. De ambitie moet een **grondhouding** zijn, vertrekkende vanuit vrijheidsbeleving die door iedereen wordt aangenomen en **verankerd** zit in **het kwaliteitsbeleid**. Hoewel sterke signalen vanuit het bestuur en de directie nodig zijn, is het essentieel om alle medewerkers, ouderen en hun familieleden te betrekken.

Externe ondersteuning en procesbegeleiding kunnen een enorme meerwaarde zijn. Vanuit de Vlaamse overheid zijn **preventietrajecten in woonzorgcentra** rond ondervoeding, psychofarmaca, valpreventie en mondzorg lopende. Een inhoudelijk expert over het thema reikt op maat van de voorziening nieuwe inzichten, tips en instrumenten aan om het woonzorgcentrum te ondersteunen in hun kwaliteitsverbetering. Hoewel vrijheidsbeperking gelinkt kan worden aan valpreventie en psychofarmaca, vraagt de Vlaamse Ouderenraad om vrijheidsbeperking nu of in een latere fase een vaste plaats te geven binnen het project. Ook een blijvende sensibilisering van voorzieningen om deel te nemen en begeleiding om het traject zelfstandig verder te zetten, is aanbevolen.

Het recente **referentiekader** 'Ik, jij, samen mens' voor de kwaliteit van leven, wonen en zorg voor mensen met dementie (Expertisecentrum Dementie, 2018) bevat de fundamentele van kwalitatieve zorg in de thuisomgeving, woonzorgcentra en ziekenhuizen. Verdere verspreiding en begeleiding bij de implementatie in de thuiszorg, woonzorgcentra en ziekenhuizen is zeker aangewezen.

Een ziekenhuis is geen thuisvervangende omgeving en de nadruk ligt vaker op de technische kant van onderzoeken, behandelingen en ingrepen. Toch is ook daar een gedragen en **ziekenhuisbreed fixatiebeleid** essentieel. Ook in ziekenhuizen is er nood aan een expert of referentiepersoon valpreventie en vrijheidsbeperking die het beleid mee richting geeft, medewerkers coacht en vormt en ook het aanspreekpunt kan zijn voor patiënten en hun naasten. Ondanks het gebrek aan een duidelijke regelgeving, zetten heel wat ziekenhuizen al in op uitwisseling met andere collega's en voorzieningen en zetten ze vrijheidsbeperking en valpreventie regelmatig in de kijker. De Vlaamse Ouderenraad vraagt ter versterking van de ziekenhuizen een betere omkadering voor deze vrijwillige initiatieven.

### **Aanbeveling 7: stimuleren van (aan)gepaste woonzorgvormen en begeleiding**

**Kleinschalig genormaliseerd wonen** is een concept vooral toegepast voor mensen met dementie. Het uitgangspunt is 'zo gewoon mogelijk wonen en leven', met aandacht voor een huiselijke, herkenbare omgeving en een aangepaste inrichting. Bewoners behouden maximaal de regie over hun eigen leven en er is bijzondere aandacht voor maatschappelijke participatie en betrokkenheid van de buurt. In deze woonvormen is de toepassing van vrijheidsbeperking lager omwille van betere mogelijkheden om toezicht te organiseren. Onrust en dwaalgedrag komen veel minder voor. Om dit principe meer ingang te doen vinden is er vanuit de Vlaamse overheid zowel bijkomende financiering als een versoepeling van de regelgeving nodig, zowel voor nieuwe als voor bestaande voorzieningen die de omslag willen maken.

**Frontotemporale dementie (FTD)** uit zich vooral in persoonlijkheids- en gedragsveranderingen. Geleidelijk aan vertonen mensen met FTD meer impulsiviteit, dwangmatigheid en/of ontremd gedrag. Het is voor hun naasten vaak enorm belastend en ook professionele zorgverleners weten niet altijd gepast te reageren. Het risico op fysieke en/of chemische fixatie ligt daardoor ook veel hoger. Gepaste respijtzorg, woonzorgconcepten en maatregelen ter ondersteuning van zorgverleners van mensen met

FTD zijn dringend nodig. De Vlaamse Ouderenraad denkt daarbij ook aan de oprichting van een conventie FTD.

## Aanbeveling 8: samenwerking rond vrijheidsbeperking over lijnen en sectoren heen

Zoals eerder aangehaald is **multidisciplinair overleg** essentieel. Het thema vrijheidsbeperking kan volgens de Vlaamse Ouderenraad best ook aan bod komen in de zorgraden van de eerstelijnszones. Zorgverleners kunnen er kennis, expertise en ervaringen uitwisselen en elkaar versterken. In functie van basisspecialistische zorg is ook afstemming met de regionale zorgzone en ziekenhuisnetwerken nodig.

Op vlak van vrijheidsbeperking kan een intensieve samenwerking tussen partners, bijvoorbeeld met een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg of expertisecentra, in situaties van moeilijk hanteerbaar gedrag een meerwaarde bieden. Eerder pleitte de Vlaamse Ouderenraad ook al voor een uitbreiding van de **netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen naar 65-plussers**.

In functie van een terugkeer naar huis is ook een goede ontslagbegeleiding in ziekenhuizen en zorgcoördinatie in de thuisomgeving cruciaal.

Ook ondersteunende technologie kan vrijheidsbeperking verminderen. Zo zijn er momenteel al tal van mogelijkheden om toezicht anders te organiseren via (zorg)domotica, dwaaldetectiesystemen en sensortechnologie. Een aantal woonzorgvoorzieningen maakt al gebruik van deze mogelijkheden, maar toch duiken er nog vele barrières op. De Vlaamse Ouderenraad ziet hierin een opdracht voor universiteiten, hogescholen en onderzoekscentra om samen met woonzorgvoorzieningen aan de slag te gaan rond ondersteunende technologische toepassingen op vlak van vrijheidsbeperking.

*Goedgekeurd door de algemene vergadering op 27 maart 2019, met aanpassing van de cijfers naar het VIP WZC-sectorrapport 2018 Deel 1.*

Jul Geeroms  
Voorzitter

Nils Vandenweghe  
Directeur

## Referenties

Agentschap Zorg en Gezondheid. Norminterpretaties woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor kortverblijf (422 kB) versie van 29 november 2017.

Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra, sectorrapport kwaliteitsindicatoren, 2018 deel 1.

Azermai, M., Declercq, T., Petrovic M., 2014. Antipsychotica voor gedragsproblemen bij dementie: evidentie versus de praktijk.

Besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009 tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg.  
<https://codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1021097.html>

Den Ouden, A-M., Schumacher, J. 2015. Een pil tegen roepen. Feiten en fabels over psychofarmaca. Vilans.

Dely, H., Verschraegen, J., Steyaert, J. Ik, jij, samen mens. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie. 2018. Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.

Expertisecentrum Valpreventie:  
[http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WZC/EVV\\_WZC\\_Fixatie\\_Technicom.pdf](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WZC/EVV_WZC_Fixatie_Technicom.pdf)

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Technische commissie voor verpleegkunde, werkgroep Fixatie en Isolatie. 2007. Eindverslag werkgroep fixatie en isolatie.

Gastmans, C. & Milisen, K. 2006. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. Journal of Medical Ethics. 32:148-152.

Hoffman, H. & Hahn, S. 2014. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. Journal of Clinical nursing, 23 (21/22): 3012-24.

Hardeman, F., van Vliet, M., van der Leeuw, J., de Wit, F., Lukkien, D., Breebaart, E. 2018. 85 alternatieven voor meer vrijheid in de zorg. Vilans

Hoge Gezondheidsraad. 2016. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg.  
[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)

Koninklijk Besluit 78 betreffende de uitvoering van gezondheidsberoepen van 1967 en de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 2015.

Mast, J., van Tienhoven, P. 2015. In voor beter, leven in vrijheid. Vilans.

Milisen, K. et al. 2006. Richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de patiënt in de UZ Leuven. Tijdschrift voor Geneeskunde 62(23):1659-1663

Möhler, R. & Meyer, G. 2014. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. International Journal of Nursing Studies, 51 (2): 274-288.

Retsas, A.P., 1998. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia., Int J Nurs Stud, 35(3), blz.184-191

Scheepmans, Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Milisen, K. 2016. *Streven naar een fixatiearme thuiszorg. Praktijkrichtlijn*. Leuven: Acco.

Scheepmans, K. 2018 Restraint use in home care. A multimethod analysis.

Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere drugs. Psychofarmaca in woonzorgcentra. Samen op weg naar minder. 2018

Wet betreffende de rechten van de patiënt. 2002.

Zorginspectie. 2012. Vlaamse woonzorgcentra: een stand van zaken na 3 jaar inspectiewerk. Erkennings- en opvolgingsinspecties 2009-2011.