

# NAAR EEN JURIDISCH CONFORM FIXATIEBELEID IN WOONZORGCENTRA

DOOR | RUTH SIERENS\* en TIM OPGENHAFFEN\*\*

\*Doctoraatsonderzoeker Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

\*\*Docent, Eenheid Privaat en Economisch Recht, VUB; Postdoctoraal onderzoeker, Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

## 1. INLEIDING

Sinds het Woonzorgdecreet van 2019<sup>1</sup> hebben woonzorgcentra de plicht om een beleid en procedures te ontwikkelen over vrijheidsbepalende maatregelen. Hoewel het begrip vrijheidsbepalende maatregelen ruim is, vormt de toepassing van fysieke fixatie één van de speerpunten. Uit de jaarlijkse meting aan de hand van de kwaliteitsindicatoren blijkt het gebruik ervan immers aanzienlijk.<sup>2</sup> In 764 woonzorgcentra in Vlaanderen wordt minstens 1 van de 9 middelen tot fysieke fixatie<sup>3</sup> per dag toegepast. Het percentage bewoners dat minstens één keer overdag gefixeerd wordt, bedraagt 17,3%. Bij 7,4% werd het bedhekken minstens 1 keer overdag gebruikt en bij 3,8% werd een gordel aangewend. Daarnaast blijkt dat 34,3% van de betrokken bewoners minstens 1 fixatiemaatregel 's nachts toegepast kreeg. Bij 32,2% werd het bedhekken minstens 1 keer 's nachts gezet en bij 0,6% werd een gordel geplaatst.<sup>4</sup> Deze prevalentie, maar ook de juridische vragen die fixatie oproept, maakt van dit thema een speerpunt. Dat blijkt ook zo uit de inspectiepraktijk van Zorginspectie.<sup>5</sup>

De ontwikkeling van een beleid en procedures is echter niet vanzelfsprekend. Dit beleid moet immers afgestemd worden op kennis uit tal van wetenschappelijke disciplines. Ook het recht speelt een belangrijke rol. Hoewel fixatie niet omvattend door de

(1) Decreet van 15 februari 2019 betreffende de woonzorg, *BS* 3 mei 2019, 43.078.

(2) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 53-68, 2021.

(3) De negen fixatiemiddelen zijn: bedhekken, voorzettafel, gekantelde geriatrie zetel of diepe stoel waaruit men niet kan rechtstaan, verpleegdekken, trappelzak, plukpyjama of andere vrijheidsbepalende kledij, onrustgordel, polsband, en enkelband.

Zie Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, [www.zorgkwaliteit.be/QI\\_WZC](http://www.zorgkwaliteit.be/QI_WZC), 1.

(4) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 53-68, 2021.

(5) Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen koos ervoor om in zijn beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016 een concrete actie op te nemen: "Met betrekking tot vrijheidsberovende maatregelen zal een thematische inspectie opgezet worden in de verschillende betrokken sectoren." In uitvoering hiervan koos Zorginspectie voor een sectoroverschrijdende inspectieronde die over meerdere jaren uitgerold wordt.

Zie Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016, *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 506/1, 61; Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Synthesrapport inspecties vrijheidsbepalende maatregelen binnen de gehandicaptenzorg voor kinderen en minderjarigen – selectie van voorzieningen*, Brussel, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 4, 2019.

wetgeving geregeld wordt, hebben de sectorale regelgeving over de ouderenzorg, het gezondheidsrecht en algemene juridische beginselen een impact. Dat deze verschillende rechtskaders niet op elkaar zijn afgestemd, maakt het niet eenvoudiger. De bedoeling van deze bijdrage is om klaarheid te scheppen over het nationaalrechtelijke juridische kader. Met welke principes en regels moeten woonzorgcentra rekening houden wanneer ze een beleid en procedures ontwikkelen over het gebruik van fixatie? Het internationaalrechtelijke kader – dat reeds in andere bijdragen uitvoerig besproken wordt – komt daarbij niet aan bod.<sup>6</sup>

Een antwoord op die vraag bieden we door de gefragmenteerde regelgeving om te zetten in zes concrete handvatten.<sup>7</sup> Daarbij wordt niet enkel gekeken naar de regels zoals ze in de wetgeving zijn opgenomen, maar ook naar de wijze waarop ze door Zorginspectie worden toegepast. Bij de ontwikkeling van deze bijdrage werden *at random* 100 publiek consulteerbare inspectieverslagen bestudeerd.<sup>8</sup> Deze verslagen betreffen inspecties die tussen 1 oktober 2021 en 31 december 2022 werden uitgevoerd.<sup>9</sup> In het artikel wordt in de voetnoten steeds verwezen naar geconsulteerde inspectieverslagen. De bedoeling daarvan is niet om individuele voorzieningen positief of negatief in de kijker te zetten, maar wel om onze vaststellingen over de inspectiepraktijk van Zorginspectie te staven. Dezelfde bevindingen komen wellicht ook bij andere (niet in dit onderzoek betrokken) inspectierapporten terug.

Tot slot eindigt deze bijdrage met een empirische analyse van beleidsdocumenten van elf woonzorgcentra, die werden geselecteerd met behulp van een steekproefmatrix (*infra*, 4.1). Omdat woonzorgcentra vandaag al over een fixatiebeleid beschikken, gaat deze bijdrage na in welke mate deze handvatten reeds vandaag al in de praktijk gebruikt worden en zo niet, welke aandachtspunten er bestaan. Hun huidige beleid geeft een zicht op de uitdagingen voor de toekomst. Door juridische handvatten te ontwikkelen en in de praktijk daarmee te toetsen, wil deze bijdrage een doordacht beleid over en een zorgvuldig gebruik van fixatie juridisch ondersteunen. Daarmee rijkt deze bijdrage één stuk van de moeilijke puzzel aan die het gebruik van fixatie in de residentiële ouderenzorg is. Ook andere disciplines, zoals verpleegkunde, gerontologie en psychologie, moeten aan de slag om op basis van hun wetenschappelijke kennis de praktijk verder te ondersteunen.

(6) Ogenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, 558 p., 2020; Sierens, R., *Woonzorgcentra en vrijheid: (on)verzoenbaar?*, in VRG-Alumni (red.), *Recht in beweging. 29<sup>de</sup> VRG-alumnidag*, Antwerpen, Gompel&Svacina, 277-296, 2022.

(7) Vermits aansprakelijkheid zelf geen handvat biedt en de overige handvatten samen aansprakelijkheid kunnen vermijden, werd aansprakelijkheid buiten beschouwing gelaten. Daarnaast werd ervoor gekozen om de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen niet op te nemen als een afzonderlijk handvat. Deze vereiste maakt namelijk deel uit van een zorgvuldige en veilige toepassing van fixatie en zit bijgevolg vervat in handvat 5.

(8) Te raadplegen via <https://publiek.departementwvg.be/Cobrho/Institutions/Search/Zorginspectie>.

(9) Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Vlaanderen publiceert proactief inspectieverslagen woonzorgcentra*, 2022, <https://www.departementwvg.be/nieuws/vlaanderen-publiceert-proactief-inspectie-verslagen-woonzorgcentra>.

## 2. FIXATIE EN HET NIEUWE WOONZORGDECREET

In 2019 kwam in Vlaanderen een nieuw Woonzorgdecreet tot stand.<sup>10</sup> Dat decreet biedt een raamwerk voor de organisatie, programmatie, erkenning en subsidiëring van de woonzorgsector. Het Woonzorgdecreet van 2019 vervangt het eerdere Woonzorgdecreet van 2009 dat door de bevoegdheidsoverdracht bij de zesde staatshervorming en door demografische, maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties aan herziening toe was.<sup>11</sup>

Het Woonzorgdecreet van 2019 brengt voor voorzieningen ook twee vernieuwingen met zich mee op het vlak van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ten eerste moet het reeds voorheen verplichte kwaliteitsmanagementsysteem – dat een onderdeel is van het kwaliteitshandboek – een procedure over vrijheidsbeperkende maatregelen bevatten.<sup>12</sup> Ten tweede moet een woonzorgcentrum een beleid voeren over zestien aspecten, waar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen er één van is.<sup>13</sup> Dat beleid moet gekoppeld zijn aan de procedures die systematisch uitgewerkt zijn, overeenstemmen met de praktijk, en veronderstelt de aanwezigheid van de geschikte producten en materialen om dat beleid te kunnen voeren.<sup>14</sup> Deze dubbele verplichting gaat gepaard met een (al eerder bestaande<sup>15</sup>) verplichting om afspraken met individuele bewoners over fixatie en afzondering op te nemen in het deel over zorg en ondersteuning van het Woonzorgleefplan (voorheen het ‘verzorgingsplan’ in het ‘verzorgingsdossier’).<sup>16</sup>

De dubbele verplichting om een beleid te voeren en een procedure te ontwikkelen, verschilt op drie vlakken van de regeling onder het oude Woonzorgdecreet.

Ten eerste is er vanaf nu sprake van het begrip ‘vrijheidsbeperkende maatregelen’, waar de regelgeving voorheen sprak over de begrippen fixatie en afzondering.<sup>17</sup> Het begrip ‘vrijheidsbeperkende maatregelen’ wordt door regelgeving echter niet gedefinieerd. Wel hanteert de Vlaamse overheid een uniform begrippenkader in de zorg- en welzijnssector. Dat begrippenkader omschrijft vrijheidsbeperkende maatregelen ruim als “alle maatregelen die een beperking van keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid

(10) Decreet van 15 februari 2019 betreffende de woonzorg, *BS* 3 mei 2019, 43.078.

(11) Ontwerp van decreet betreffende de woonzorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 1765, 3.

(12) Art. 25, derde lid, 1°, c) bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(13) Art. 26, eerste lid, 5° bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(14) Art. 26, tweede lid bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(15) Zie voorheen art. 48/6, derde lid, d) B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

(16) Art. 30, eerste lid, 2°, e) bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(17) Art. 48/22 bijlage XII B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

en/of contact met de buitenwereld van de bewoner inhouden”.<sup>18</sup> Deze definitie omvat niet enkel medicamenteuze en mechanische fixatie en afzondering, maar ook andere beperkingen die veelal gekoppeld zijn aan huisregels en behandelingsafspraken. Zo behoeft het geen twijfel dat ook de gesloten deur van een afdeling voor personen met dementie door deze definitie gevat wordt.

Ten tweede is de nieuwe regelgeving op twee punten omvattender dan de oude. Een eerste punt is het toepassingsgebied. De verplichting om procedures uit te werken over fixatie en afzondering was vroeger beperkt tot woonzorgcentra die een bijkomende erkenning hadden voor de opname van zwaar zorgbehoevenden – de zogenaamde RVT’s.<sup>19</sup> Deze plicht is nu uitgebreid tot alle woonzorgcentra, ongeacht de zorgzwaarte van de bewoner. Een tweede punt is dat de procedure gepaard moet gaan met een beleid, waar dat voorheen niet expliciet het geval was.

Ten derde bevat het Woonzorgdecreet geen handvatten meer over de toepassing van fixatie- en afzonderingsmaatregelen. Dat was voorheen voor de woonzorgcentra met een bijkomende erkenning wel het geval. De regelgeving beschreef toen hoe beide maatregelen enkel uitzonderlijk konden worden toegepast ter bescherming van de bewoner of andere bewoners, mits duidelijke medische indicatie, na overweging van minder ingrijpende alternatieven en na afweging van de belangen van de betrokken partijen.<sup>20</sup> De toepassing moest gepaard gaan met een gemotiveerde registratie in het verzorgingsdossier, waarbij een bijkomende registratie vereist was indien van de procedure werd afgeweken.<sup>21</sup>

### 3. DE HANDVATTEN VAN EEN FIXATIEBELEID IN WOONZORGCENTRA

De uitdrukkelijke plicht tot de ontwikkeling van procedures en een beleid trekt de aandacht. Deze procedures en beleid moeten in overeenstemming zijn met de geldende regelgeving. Hoewel het gebruik van fixatie in België juridisch amper expliciet geregeld wordt, zijn er een reeks van juridische randvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn. Deze voorwaarden vloeien voort uit een aantal beginselen en over het recht verspreide wettelijke bepalingen. Hieronder worden ze gegroepeerd in de vorm van zes handvatten. Daarbij wordt niet enkel gekeken naar de regels zoals ze in de wetgeving zijn opgenomen, maar ook naar de wijze waarop ze door Zorginspectie worden toegepast.

(18) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Uniform begrippenkader*, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/geestelijke-gezondheidszorg/vrijheidsbeperkende-maatregelen/uniform-begrippenkader>, 2.

(19) Art. 48/22 bijlage XII B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

(20) Art. 48/22, tweede lid bijlage XII B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

(21) Art. 48/22, derde en vierde lid bijlage XII B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

### 3.1. HANDVAT 1. EEN EENVORMIGE DEFINITIE VAN FYSIEKE FIXATIE

Een eerste handvat is dat het woonzorgcentrum een eenvormige definitie voor fixatie gebruikt. Dat volgt uit de inspectiepraktijk die vereist dat de definitie uit het Vlaamse Indicatorenproject gehanteerd wordt. Wanneer deze definitie niet gebruikt wordt, dan beschouwt Zorginspectie dit als een tekortkoming.<sup>22</sup> De definitie voor fysieke fixatie die het Vlaams Indicatorenproject hanteert is niet op de regelgeving gebaseerd, maar volgt uit de in de wetenschappelijke literatuur toonaangevende definitie van Evans en Strumpf.<sup>23</sup> Zij omschrijven fixatie als “elke handelingsmethode, materiaal of uitrusting aan of in de buurt van het lichaam van de bewoner die deze niet gemakkelijk kan verwijderen en die de bewegingsvrijheid van of de normale toegang tot het lichaam beperkt die het gebruik van fixatie zo veel mogelijk tracht te vermijden.”<sup>24</sup> Hoewel voor de meetbaarheid in het Vlaams Indicatorenproject slechts negen fixatievormen in aanmerking genomen worden<sup>25</sup>, moet een beleid en procedure betrekking hebben op alle maatregelen die onder deze definitie vallen. De reden voor de toepassing speelt daarbij geen rol. Zo stelt Zorginspectie terecht dat een fixatiemaatregel ook onder de definitie valt indien hij gebruikt wordt om het comfort van de bewoner te verhogen<sup>26</sup> of wanneer de toepassing gebeurt op vraag van de bewoner zelf.<sup>27</sup>

Dit eerste handvat brengt een eerste aanbeveling met zich mee. De procedures en het beleid moeten namelijk voorzien in een eenduidige definitie voor fixatie, die overeenstemt met de definitie in het Vlaams Indicatorenproject.

### 3.2. HANDVAT 2. EEN ONDERSCHIED TUSSEN ACUTE EN GEPLANDE ZORG

Fixatie raakt aan de fysieke integriteit van de bewoner. Deze fysieke integriteit wordt beschermd door onder meer het strafrechtelijke verbod op slagen en verwondingen.<sup>28</sup> Het toepassingsgebied van dit misdrijf is heel ruim en omvat alle opzettelijke daden die hinder, ongemak of last teweegbrengen bij een ander persoon. Een slag moet niet noodzakelijk resulteren in een lichamelijk letsel.<sup>29</sup> Om fixatie buiten de strafrechtelijke sfeer te houden, moet er een rechtvaardigingsgrond zijn. Een rechtvaardigingsgrond laat toe om de gedraging die door het strafrecht strafbaar gesteld wordt, alsnog te mogen stellen. Ons recht kent slechts twee uitzonderingen die de toepassing van fixatie kunnen rechtvaardigen: ten eerste de toepassing van het medisch recht en ten tweede

(22) Zie bijvoorbeeld de inspectieverslagen voor volgende woonzorgcentra: Avondvrede Gent, Beaulieu Vilvoorde, Belfair Sint-Pieters-Leeuw, Corsala Beringen.

(23) Evans, L. K. en Strumpf, N. E., Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint, *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(1), 65-74, 1989.

(24) Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, www.zorgkwaliteit.be/QI\_WZC, 1.

(25) De negen fixatiemiddelen zijn: bedhekken, voorzettafel, gekantelde geriatrie zetel of diepe stoel waaruit men niet kan rechtstaan, verpleegdekken, trappelzak, plukpyjama of andere vrijheidsbeperkende kledij, onrustgordel, polsband, en enkelband.

Zie Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, www.zorgkwaliteit.be/QI\_WZC, 1.

(26) Zie bijvoorbeeld het inspectieverslag dat betrekking heeft op woonzorgcentrum De Bekelaar Lommel.

(27) Zie bijvoorbeeld het inspectieverslag dat betrekking heeft op woonzorgcentrum De Dennen Malle.

(28) Art. 398 SW.

(29) Brussel 12 juni 2011, *RABG* 2012, afl. 13, (909) 911.

de toepassing van de algemene rechtsfiguur van noodtoestand.<sup>30</sup> Waar de eerste vooral bedoeld is voor niet-acute situaties van geplande zorg, is de tweede een rechtsgrond die gekoppeld is aan de aanwezigheid van een acuut gevaar.

Met het oog op een juridisch conforme toepassing van fixatie, is het wenselijk om in het beleid een onderscheid te maken tussen niet-acute situaties – die gebaseerd zijn op de toepassing van het medisch recht – en acute situaties waarin de noodtoestand centraal staat.

De toepassing van fixatie in niet-acute situaties vormt in de ouderenzorg het uitgangspunt. Veelal is er voldoende tijd om over fixatie te reflecteren en om met alle betrokkenen aan de tafel te zitten alvorens tot een toepassing over te gaan. Bovendien zijn fixaties in de ouderenzorg veelal weerkerend en langdurig.<sup>31</sup> In zulk geval zijn ze vanuit juridisch oogpunt gebaseerd op de Wet Patiëntenrechten<sup>32</sup> en de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen<sup>33</sup>. Ze gaan uit van een medisch oordeel over de noodzakelijkheid en veronderstellen een geïnformeerde toestemming. De regels daarover worden hieronder uitvoerig uiteengezet; ze vormen de basis van de handvatten.

Uitzonderlijk kan een situatie zich voordoen waarin er een ernstig integriteitsgevaar opduikt waardoor de tijd om over fixatie te reflecteren ontbreekt. In zulk geval kan fixatie worden toegepast op grond van de ‘noodtoestand’. De noodtoestand is een generieke rechtvaardigingsgrond die toelaat om de geldende regels (bv. inzake toestemming en bevoegdheid) niet te volgen indien daarmee een groter gevaar vermeden kan worden.<sup>34</sup> Dat gevaar moet betrekking hebben op een rechtsgoed dat hoger of minstens gelijkwaardig is aan de fysieke integriteit van de bewoner en moet bovendien ernstig, dreigend en nabij zijn.<sup>35</sup> Het klassieke voorbeeld is de bewoner die met een mes zijn medebewoner te lijf gaat. In zulk geval mag fixatie gebruikt worden indien dat subsidiair en proportioneel gebeurt. Dit wil vooral zeggen: voor zover andere minder verregaande alternatieven niet afdoende zijn, de maatregel niet langer toegepast wordt dan nodig en het nadeel dat veroorzaakt wordt door de fixatie niet groter is dan de schade die ermee voorkomen wordt.<sup>36</sup> Dergelijke acute situaties vormen in de ouderenzorg (anders dan in andere sectoren, zoals de geestelijke gezondheidszorg) de uitzondering. Toch is het belangrijk om in een beleid op het

(30) Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, 431, 2020.

(31) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 53-68, 2021.

(32) Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(33) Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, 35.172.

(34) Vansweevelt, T. en Tack, S., Hoofdstuk V Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming, in Vansweevelt, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, (361) 420, 2022.

(35) Opgenhaffen, T., Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van de Zorginspectie, *RW*, afl. 3, (83) 92, 2018-19.

(36) Franssen, H., Rechtvaardiging, in Van Den Berge, Y., *Postal memorialis. Lexicon strafrecht, strafvordering en bijzondere wetten*, Mechelen, Kluwer, 2001, (280) 297; Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, 435, 2020.

bestaan ervan te anticiperen en om hulpverleners ook in deze gevallen de nodige ondersteuning te bieden.

De aanbevelingen die uit dit tweede handvat voortvloeien, zijn de volgende:

- Gelet op een juridisch conforme toepassing van fixatie is het wenselijk dat in het beleid en de procedures van de voorziening een onderscheid gemaakt wordt tussen acute en niet-acute toepassingen van fixatie.
- Het beleid en de procedures moeten het bestaan van fixatie in acute situaties anticiperen en hierbij aandacht vestigen op de vereiste van subsidiariteit en proportionaliteit.

### 3.3. HANDVAT 3. TOESTEMMING ALS UITGANGSPUNT, TENZIJ ...

Fixatie van een bewoner in de ouderenzorg is een medische handeling (*infra*, 3.4); dat brengt met zich mee dat de Wet Patiëntenrechten erop van toepassing is.<sup>37</sup> Deze wet vereist dat de bewoner zelf met de fixatie toestemt; kan deze dat niet (meer), dan treedt zijn wettelijke vertegenwoordiger op. Slechts uitzonderlijk kan fixatie zonder toestemming worden toegepast.

#### 3.3.1. Toestemming van de bewoner

Een van de basisbeginselen uit de Wet Patiëntenrechten is de geïnformeerde toestemming. Deze geldt voor elke medische tussenkomst, en dus ook voor het gebruik van fixatie.<sup>38</sup> Het recht op geïnformeerde toestemming is tweeledig: het betreft een recht op informatie én een recht op toestemming.

- In de eerste plaats heeft de bewoner recht op informatie over de fixatie. Onder meer het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de fixatie, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen, behoren tot de informatieplicht. Ook over de mogelijke consequenties van niet-fixeren of van het stopzetten van fixatie moet de betrokkene informatie ontvangen.<sup>39</sup> Tot slot moeten ook andere door de bewoner of beroepsbeoefenaar relevant geachte inlichtingen worden meegedeeld.<sup>40</sup>
- In de tweede plaats heeft de bewoner het recht om – na te zijn geïnformeerd – toe te stemmen met de fixatie of om zijn toestemming te weigeren. Deze toestemming moet vrij van dwang gegeven worden en moet in principe bij elke afzonderlijke

(37) Art. 3, §1 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002, 43.719; Vansweevel, T., Hoofdstuk II Wet Patiëntenrechten: definities en toepassingsgebied, in Vansweevel, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, (283) 285, 2022.

(38) Art. 8, §1 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002, 43.719.

(39) Art. 8, §2 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002, 43.719.

(40) Art. 8, §2 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002, 43.719.

fixatie herhaald worden.<sup>41</sup> Dat betekent dat hoewel het mogelijk is om afspraken te maken, de bewoner deze afspraken te allen tijde kan herroepen. Met andere woorden: ondanks een voorafgaand akkoord heeft de bewoner nog steeds het recht om op het moment dat de fixatie wordt uitgevoerd of al in uitvoering is, zijn toestemming te herroepen.<sup>42</sup> Dat is van belang bij de uitvoering van het Woonzorgleefplan. Op grond van het Woonzorgbesluit (dat eveneens toestemming als rechtsgrond voorop plaatst) moeten afspraken over fixatie worden opgenomen in dat Woonzorgleefplan.<sup>43</sup> Uit de Wet Patiëntenrechten volgt dat deze afspraken echter niet tegen de wil van de bewoner uitgevoerd mogen worden. Met andere woorden: de toestemming in het Woonzorgleefplan – die vooraf gegeven wordt – valt niet samen met de geïnformeerde toestemming uit de Wet Patiëntenrechten – die op het moment zelf beoordeeld wordt.

De vraag bestaat of de huidige regelgeving voldoende garanties biedt om het recht op geïnformeerde toestemming uit de Wet Patiëntenrechten te vrijwaren. Er zijn o.i. twee gevaren.

- Een eerste gevaar is dat de afspraak in het Woonzorgleefplan *de facto* in steen gebeiteld wordt en er naar de feitelijke toestemming van de betrokkene op het moment zelf niet meer gekeken wordt. Ook de inspectiepraktijk biedt daartegen weinig bescherming: de focus daarbij ligt immers op het feit of het akkoord van de bewoner geregistreerd werd.<sup>44</sup> Of er ook tijdens de uitvoering van de maatregel sprake is van toestemming, wordt niet getoetst.
- Een tweede gevaar is een te formalistische omgang met het Woonzorgleefplan waarbij fixatie geen keuze van de bewoner is, maar een keuze van de voorziening die ter ondertekening aan de bewoner wordt voorgelegd. De wijze waarop het Woonzorgdecreet het Woonzorgleefplan lijkt te benaderen en waarbij de regie bij de voorziening lijkt te liggen<sup>45</sup> werkt dit gevaar in de hand. Ook formuleringen in de adviezen van Zorginspectie, waarbij inspecteurs zich er tevreden mee lijken te stellen dat de bewoner en/of zijn familie zich ‘akkoord verklaart’ met de fixatie<sup>46</sup> of de maatregel ‘op papier geautoriseerd heeft’<sup>47</sup>, wijzen erop dat de benadering uit de Wet Patiëntenrechten, waarbij dialoog centraal staat, niet ten volle gevrijwaard wordt. Uit inspectierapporten blijkt bovendien dat sommige voorzieningen een

(41) Vansweevelt, T. en Tack, S., Hoofdstuk V Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming, in Vansweevelt, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, (361) 362, 2022.

(42) Art. 8, §4 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(43) Art. 30, eerste lid, 2°, e bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(44) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen voor volgende woonzorgcentra: ‘t Blauwhof Temse, Craeyenhof Zwijndrecht, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(45) Art. 30, eerste lid bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(46) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen voor volgende woonzorgcentra: ‘t Blauwhof Temse, Craeyenhof Zwijndrecht, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(47) Zie bijvoorbeeld in het inspectieverslag van woonzorgcentrum De Maretak Halle.

onderscheid maken tussen fixaties op initiatief van de voorziening en fixaties op initiatief van de bewoner (of zijn familie) en dat Zorginspectie hier tegen geen fundamenteel bezwaar uit.<sup>48</sup> Nochtans is zulk bezwaar er wel vanuit de Wet Patiëntenrechten: ongeacht wie het initiatief neemt, geldt het recht op geïnformeerde toestemming immers op dezelfde wijze.

De toestemming is een uitermate belangrijke toepassingsvoorwaarde, maar kan gepaard gaan met enkele gevaren. Volgende aanbevelingen bieden een concrete houvast bij de vertaling van de geïnformeerde toestemming, zoals deze voortvloeit uit de regelgeving, naar de beleidsdocumenten:

- wanneer een bewoner wilsbekwaam is, moet een niet-acute toepassing van fixatie steeds gebaseerd zijn op de voorafgaande geïnformeerde toestemming van de bewoner;
- het beleid en de procedures van de voorziening moeten waarborgen dat de bewoner geïnformeerd wordt over alle relevante aspecten van de fixatie en over eventuele alternatieven;
- het beleid en de procedures moeten garanderen dat de bewoner zijn toestemming vrij is van dwang en dat de toestemming steeds geweigerd kan worden;
- het beleid en de procedures bevatten waarborgen dat de bewoner zijn toestemming te allen tijde kan intrekken en dat hier (behoudens noodtoestand) onmiddellijk gevolg aan gegeven wordt;
- de toestemming moet geregistreerd worden in het Woonzorgplan. Belangrijk is dat deze schriftelijke toestemming in overeenstemming is met de feitelijke toestemming;
- wanneer fixatie wordt toegepast in een niet-acute situatie, moet het recht op geïnformeerde toestemming steeds worden gewaarborgd, ongeacht wie het initiatief neemt.

### 3.3.2. Toestemming van een vertegenwoordiger

Veel bewoners die met fixatie te maken krijgen, hebben een psychogeriatrische problematiek.<sup>49</sup> Dat ontdoet hen op zichzelf niet van het recht om beslissingen te nemen, maar het vermogen om zelf beslissingen te kunnen nemen kan er wel door zijn aangetast. De Wet Patiëntenrechten hanteert een vermoeden van wilsbekwaamheid, waarbij de wilsonbekwaamheid bewezen moet worden.<sup>50</sup> Een diagnose, bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, levert op zichzelf dat bewijs niet. Wat van belang is, is of de bewoner al dan niet in staat is om de informatie te begrijpen die nodig is om een beslissing te nemen, de gevolgen van een beslissing te kunnen vatten en/of om de beslissing te kunnen communiceren. Is een bewoner daar niet toe in staat, dan is hij wilsonbekwaam en moet een vertegenwoordiger in zijn plaats optreden, ook wat betreft de toestemming met fixatie.

(48) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Campus Eikendal Kapellen, De Dennen Malle.

(49) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 66-67, 2021.

(50) Art. 14, §1 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

Wie optreedt als vertegenwoordiger volgt uit de cascaderегeling uit de Wet Patiëntenrechten. Ten eerste kan een bewoner, voor hij wilsonbekwaam wordt, een persoon aanwijzen die in zijn plaats kan optreden indien en zolang de bewoner niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen.<sup>51</sup> Het kan hierbij gaan om situaties waarbij de bewoner ofwel tijdelijk (bv. narcose, coma) dan wel permanent niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen.<sup>52</sup> Als de vertegenwoordiger niet op voorhand werd aangewezen, worden de patiëntenrechten in de tweede plaats uitgeoefend door een daartoe gemachtigd bewindvoerder.<sup>53</sup> Wanneer een patiënt niet onder bewind staat of indien de bewindvoerder niet bevoegd is, verwijst de Wet Patiëntenrechten in de derde plaats naar een reeks familieleden die kunnen optreden als vertegenwoordiger. Het gaat in volgorde om de samenwonende echtgenoot of de wettelijk/feitelijk samenwonende partner; een meerderjarig kind; een ouder of een meerderjarige broer of zus.<sup>54</sup> De beslissingen die de vertegenwoordiger neemt, moeten zo dicht mogelijk aansluiten bij wat de bewoner zelf gewild zou hebben.<sup>55</sup> Het is dus belangrijk dat de bewoner zo veel mogelijk bij het beslissingsproces betrokken wordt.<sup>56</sup>

De vertegenwoordigingsregels uit de Wet Patiëntenrechten worden impliciet herhaald door het Woonzorgdecreet 2019; voor de uitoefening van dat decreet is de vertegenwoordiger “de natuurlijke persoon die in plaats van de gebruiker optreedt bij alle handelingen die de gebruiker moet stellen in het kader van dit decreet, voor zover en zolang deze niet in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen”.<sup>57</sup> Hoewel het Woonzorgdecreet een open formulering hanteert, blijkt uit de parlementaire voorbereiding dat hiermee de vertegenwoordiger uit de Wet Patiëntenrechten bedoeld wordt.<sup>58</sup> Dat is een verbetering ten opzichte van het oude Woonzorgdecreet 2009 dat in algemene termen over ‘de familie’ van de bewoner sprak.<sup>59</sup> Deze algemenere verwijzing naar ‘de familie’ is – wellicht ten gevolge het overgangsrecht – vandaag nog terug te vinden in de inspectierapporten.<sup>60</sup> Bij wilsonbekwaamheid is het dus ook voorgenoemde vertegenwoordiger die optreedt bij het Woonzorgleefplan. Dat wordt door Zorginspectie ook zo getoetst.<sup>61</sup> Net als wanneer de bewoner wilsbekwaam is, biedt de regelgeving en de inspectiepraktijk ook bij wilsonbekwaamheid weinig

(51) Art. 14, §1, tweede lid Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(52) Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, M.v.T., *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 1642/001, 41.

(53) Art. 14, §2 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(54) Art. 14, §3, tweede lid Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(55) Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, M.v.T., *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 1642/001, 43.

(56) Art. 14, §4 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(57) Art. 2, §2 en art. 4 decreet van 15 februari 2019 betreffende de woonzorg, *BS* 3 mei 2019, 43.078.

(58) Ontwerp van decreet betreffende de woonzorg, *Parl. St.* VI. Parl. 2018-19, nr. 1765/1, 37.

(59) Art. 25, 5° in bijlage XII B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

(60) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Vander Stokken Pepingen, Craeyenhof Zwijndrecht, De Dennen Malle, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(61) Zie bijvoorbeeld in het inspectieverslag van woonzorgcentrum De Buurt Zoersel.

garanties dat de toestemming die gegeven wordt, effectief een geïnformeerde toestemming is in de zin van de Wet Patiëntenrechten (*supra*, 3.3.1). Inspectieverslagen lijken bijvoorbeeld op zoek naar het ‘akkoord’ van de vertegenwoordiger, eerder dan naar zijn daadwerkelijke toestemming.<sup>62</sup> Zo lijkt Zorginspectie in te stemmen met een praktijk waarbij de familie telefonisch ‘op de hoogte wordt gebracht’, voor zover dat aantoonbaar gemaakt wordt.<sup>63</sup> Een bijkomend pijnpunt is dat de regelgeving en de inspectiepraktijk geen aandacht besteden aan de betrokkenheid van de wilsonbekwame bewoner bij het besluitvormingsproces en de uitvoering van de maatregel. Hoe moet worden omgegaan met het verzet van een wilsonbekwame bewoner is bijvoorbeeld niet duidelijk, terwijl dat vanuit mensenrechtelijk oogpunt toch een aandachtspunt is.<sup>64</sup>

Wat betreft de toestemming van een vertegenwoordiger ingeval van wilsonbekwaamheid, geven we graag volgende aanbeveling mee: wanneer de bewoner wilsonbekwaam is, moeten het beleid en de procedure garanderen dat de geïnformeerde toestemming gegeven wordt door de wettelijke vertegenwoordiger van de bewoner. Daarbij gelden alle aanbevelingen die ten aanzien van de bewoner gelden, ook ten aanzien van de vertegenwoordiger.

### 3.3.3. Fixeren zonder toestemming

Fixatie vindt in de regel slechts plaats indien de bewoner (*supra*, 3.3.1) of zijn vertegenwoordiger (*supra*, 3.3.2) daarmee geïnformeerd toestemt. Die geïnformeerde toestemming valt, zoals hoger aangegeven, niet samen met het akkoord met de maatregel in het Woonzorgleefplan.

In uitzonderlijke situaties is fixatie echter mogelijk zonder deze toestemming(en). We onderscheiden vier gevallen.

Ten eerste heeft de zorgverlener binnen de Wet Patiëntenrechten de plicht om wanneer een bewoner wilsonbekwaam is, van de beslissing van de vertegenwoordiger af te wijken indien de beslissing leidt tot een bedreiging van het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de bewoner. In zulk geval pleegt de zorgverlener eerst multidisciplinair overleg en motiveert hij zijn beslissing in het dossier van de bewoner.<sup>65</sup> Deze uitzondering geldt evenwel niet als de vertegenwoordiger zelf door de bewoner gekozen werd en de beslissing gebaseerd is op de uitdrukkelijke wil van de bewoner.<sup>66</sup>

(62) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen voor volgende woonzorgcentra: ‘t Blauwhof Temse, Craeyenhof Zwijndrecht, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(63) Zie bijvoorbeeld in het inspectieverslag van woonzorgcentrum De Karmel Waregem.

(64) Voor meer over het mensenrechtelijk kader inzake fixatie, zie Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, 558 p., 2020; Sierens, R., Woonzorgcentra en vrijheid: (on)verzoenbaar?, in VRG-Alumni (red.), *Recht in beweging. 29<sup>ste</sup> VRG-alumnidag* Antwerpen, Gompel&Svacina, 277-296, 2022.

(65) Art. 33 Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, BS 14 mei 2019, 46.372.

(66) Art. 15, §2 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002, 43.719.

Ten tweede is er de situatie waarin de bewoner wilsonbekwaam is en er geen vertegenwoordiger is. Indien er geen vertegenwoordiger is, of, indien hij niet wenst op te treden, is het de beroepsbeoefenaar die, na multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt zal behartigen.<sup>67</sup> In dit geval laat de Wet Patiëntenrechten toe dat de beroepsbeoefenaars zelf de belangen van de wilsonbekwame bewoner behartigen. Hoewel dit in de residentiële zorg een erg onwenselijke situatie is omdat alle beslissingen over het leven en de zorg daardoor bij de zorgverleners liggen en alle *checks and balances* daarmee vervallen, lijkt Zorginspectie dit niet als problematisch te ervaren. Zo acht Zorginspectie het niet problematisch dat wanneer een bewoner wilsonbekwaam is, en geen familie heeft, de beslissing over fixatie eenzijdig door de zorgverleners genomen wordt.<sup>68</sup> Wellicht is het – ook vanuit internationaalrechtelijk perspectief – in dat geval wenselijk om een verzoek tot bewindvoering in te dienen zodat de besluitvorming over fixatie en de uitvoering ervan niet bij dezelfde persoon terechtkomen.

Ten derde is de toestemming niet vereist wanneer sprake is van een ‘spoedgeval’. Dat is een acute situatie waarin onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk is en de bewoner niet in staat is zijn wil te kennen te geven, in het verleden zijn wil niet te kennen gaf en ook de vertegenwoordiger niet tijdig te bereiken is.<sup>69</sup> Beroepsbeoefenaars mogen in dergelijke situaties fixatie toepassen, ondanks het gebrek aan toestemming, wanneer dit in het onmiddellijke belang van de gezondheid van de bewoner blijkt te zijn.<sup>70</sup> Deze uitzondering op de toestemmingsvereiste stelt zorgverleners in de mogelijkheid om hulp te bieden in urgente situaties en gaat uit van de veronderstelling dat de bewoner, indien hij of zij in de mogelijkheid zou verkeren, wel degelijk toestemming verleend zou hebben. Het spoedgeval onderscheidt zich daarmee van de noodtoestand (*infra*), waarbij de wil van de betrokkene(n) wel gekend kan zijn en het optreden bovendien ook in het belang van derden kan gebeuren.

Ten vierde is de toestemming niet vereist wanneer er sprake is van ‘noodtoestand’. In het geval van een noodtoestand mag een fixatiemaatregel toegepast worden zonder de toestemming van de bewoner, maar enkel indien de zorgverlener een belang wenst te beschermen dat hoger of gelijkwaardig is aan het belang dat beschermd wordt, namelijk de fysieke integriteit van de bewoner.<sup>71</sup> De bescherming van de fysieke integriteit van derden is een belang dat gelijkwaardig wordt geacht aan de autonomie en integriteit van de bewoner. Wanneer een bewoner het gebruik van fixatie uitdrukkelijk weigert en hiermee enkel zichzelf in gevaar brengt, moet een afweging gemaakt worden tussen het zelfbeschikkingsrecht en de hulpverleningsplicht. De rechtsleer is van oordeel dat

(67) Art. 14, §3, derde lid Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(68) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: De Meander Zele, Boeyé-Van Landeghem Landegem.

(69) Proesmans, J., Veronderstelde toestemming ingeval van spoedhulp, *Jura Falc.*, nr. 2, (421) 428, 2007.

(70) Art. 8, §5 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

(71) Cass. 5 april 1996, *RDP*, 634-638, 1996; Opgenhaffen, T., Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van de Zorginspectie, *RW*, (83) 92, 2018-19.

in dat geval het zelfbeschikkingsrecht moet primeren.<sup>72</sup> De bescherming van goederen daarentegen staat niet op dezelfde hoogte als de autonomie en de integriteit van de bewoner en mag geen grondslag vormen voor het gebruik van fixatie.<sup>73</sup>

Opvallend is dat noch de sectorale regelgeving, noch de inspectiepraktijk aandacht besteedt aan deze afwijkingen op de toestemming. Nochtans is het niet ondenkbaar dat in spoedeisende situaties de ruimte om toestemming te geven ontbreekt; het is van belang dat zowel het beleid als de inspectiepraktijk rekening houden met deze piste en in waarborgen voorzien.

Van het beleid en de procedure wordt bijgevolg verwacht dat zij voorzien in aparte aanbevelingen die de toepassing van een fixatiemaatregel zonder toestemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger voldoende anticiperen.

### 3.4. HANDVAT 4. ENKEL WIE BEVOEGD IS KAN FIXATIE UITVOEREN, BEHALVE INDIEN ACUTE SITUATIE

Fixatie is een medische handeling. Dat blijkt o.m. uit het koninklijk besluit van 18 juni 1990 dat de verpleegkundige handelingen regelt en daarbij expliciet fixatie vermeldt.<sup>74</sup> De besluitvorming over en toepassing van fixatie valt bijgevolg onder het toepassingsgebied van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen<sup>75</sup>, wat betekent dat slechts wie daartoe in het kader van deze wet bevoegd is, deze handelingen mag stellen.<sup>76</sup> Dat is in de eerste plaats de arts. Aangezien een arts over een algemene bevoegdheid beschikt inzake medisch handelen, is hij altijd bevoegd om over fixatie te beslissen en fixatie uit te voeren.<sup>77</sup> Ten tweede laat bijlage I van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 toe dat ook verpleegkundigen over “maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, valpreventie en toezicht” mogen

(72) De Herdt, M., Magiels, G. en Thys, E., *Over mijn lijf: bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt*, Antwerpen, Houtekiet, 117, 2003; Veys, M. N., *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie*, Gent, Larcier, 135, 2008 en Lemmens, C., De dwangopneming van geesteszieken, in Dewallens, F. en Vansweevelt, T. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht. Volume II: Rechten van de patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, (1093) 1109, 2022.

(73) De Herdt, J., *Fysiek interpersoonlijk geweld*, Antwerpen, Intersentia, 670, 2014.

(74) Punt 5, bijlage I KB 18 juni 1990 houdende de vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, BS 26 juli 1990, 14.680.

(75) Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, BS 18 juni 2015, 35.172; Christens, V., Briké, S. en Dierickx, A., Hoofdstuk XIII. De beroepsbeoefenaar en het strafrecht, in Vansweevelt, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume I: Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, (1671) 1671, 2022.

(76) Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Mortsel, Intersentia, 431, 2020.

(77) Art. 3 Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, BS 18 juni 2015, 35.172; Christens, V., Briké, S. en Dierickx, A., Hoofdstuk XIII. De beroepsbeoefenaar en het strafrecht, in Vansweevelt, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume I: Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, (1671) 1681, 2022.

beslissen en ze mogen uitvoeren.<sup>78</sup> Het toepassen van dit soort maatregelen maakt een B1-handeling uit, waardoor de voorafgaande tussenkomst van of een voorschrift van een arts niet vereist is.<sup>79</sup> De inspectiepraktijk brengt wat dat betreft een belangrijke toevoeging. Hoewel de tussenkomst van een arts niet verplicht is, is zijn betrokkenheid volgens Zorginspectie vanuit de kwaliteit van zorg wel aan te bevelen. Wanneer dat in een dossier niet gebeurt, benoemt Zorginspectie dit dan ook consequent als een aandachtspunt.<sup>80</sup> Ten derde wordt de bevoegdheid om fixatie uit te voeren door het koninklijk besluit van 12 januari 2006 uitgebreid tot zorgkundigen, voor zover dat gebeurt na delegatie door en onder toezicht van een arts of verpleegkundige.<sup>81</sup> De besluitvorming zelf mag o.i. niet aan zorgkundigen gedelegeerd worden.

Naast deze drie gezondheidszorgberoepen zijn er nog een aantal gezondheidszorgberoepen waarvan het niet duidelijk is of zij over fixatie mogen beslissen en of zij dergelijke maatregel mogen uitvoeren. Eén daarvan is de beroepsgroep ergotherapeuten. Ook voor hen bestaat er een lijst technische verstrekkingsen die zij mogen stellen, maar de formulering ervan is algemener dan bij bijvoorbeeld verpleegkundigen.<sup>82</sup> Hetzelfde geldt voor kinesitherapeuten, waarvan de bevoegdheid in algemene bewoordingen omschreven wordt.<sup>83</sup> Op basis van hun rol zoals beschreven in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen lijkt het ons dat fixatie als zelfstandige handeling niet tot hun bevoegdheid behoort. Wat evenwel niet uit te sluiten valt, is dat ze indirect fixatietechnieken mogen gebruiken wanneer dat nodig is ter ondersteuning van die handelingen die wel tot de kern van hun bevoegdheid behoren, zoals het gebruik van ergonomische hulpmiddelen zoals een staplank of een ligorthese.

De Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen hanteert een geïndividualiseerde benadering wat betreft de beslissingen over en de uitvoering van fixatie. Fixatie is steeds een beslissing van een arts of verpleegkundige en mag slechts worden uitgevoerd door een arts, verpleegkundige of zorgkundige. Deze op bevoegdheid gebaseerde invalshoek verschilt van de benadering in het Woonzorgdecreet en in de inspectieverslagen. Daarin ligt de nadruk op multidisciplinair overleg en gemeenschappelijke

(78) Punt 5, bijlage I KB 18 juni 1990 houdende de vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingsen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingsen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990, 14.680.

(79) Bijlage I KB 18 juni 1990 houdende de vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingsen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingsen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990, 14.680.

(80) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: 't Blauwhof Temse, Annadal Retie, Avondvrede Gent, Avondvrede Linkebeck, Baronie van Boelare Geraardsbergen, Bessemerberg Lanaken, Craeyenhof Zwijndrecht.

(81) Punt 1° bijlage KB 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, *BS* 3 februari 2006, 5.921.

(82) Bijlage KB 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut en houdende vaststellingen van de lijst van de technische prestaties, *BS* 4 september 1996, 23.427.

(83) Art. 43, §4 Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, 35.172.

besluitvorming.<sup>84</sup> De betrokkenheid van meerdere disciplines wordt wat dat betreft door Zorginspectie als een goede praktijk bestempeld.<sup>85</sup> Zorginspectie lijkt daarbij zelfs te aanvaarden dat een kinesist aan het hoofd staat van dit overleg<sup>86</sup> en dat de evaluatie van fixatiemaatregelen en het oordeel over de voortzetting ervan aan een ergotherapeut wordt toevertrouwd.<sup>87</sup> Dergelijk standpunt is vanuit het perspectief van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen o.i. betwistbaar. Wanneer personen die vanuit de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen niet bevoegd zijn om over fixatie te beslissen, betrokken worden bij de besluitvorming, kan dat o.i. slechts voor zover zij een ondersteunende en geen doorslaggevende stem hebben.

Dat fixatie een medische handeling is, brengt met zich mee dat wie op grond van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen niet bevoegd is, deze handeling niet mag stellen. Gebeurt dat toch, dan is er mogelijk sprake van de onwettige uitoefening van de genees- of verpleegkunde, wat door de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen strafbaar wordt gesteld.<sup>88</sup> Daartoe is vereist dat deze persoon die onbevoegd is deze handeling gewoonlijk stelt. De gewoonlijke betrokkenheid van een verzorgende – die geen gezondheidszorgberoep in de zin van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen beoefent – is vanuit dat perspectief problematisch. Slechts uitzonderlijk en occasioneel kan de betrokkenheid van een persoon die niet bevoegd is, toch toelaatbaar zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval indien er sprake is van een noodtoestand waarbij onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk is, maar bevoegd personeel afwezig is. Het is echter wenselijk om te voorzien in een procedure waarbij de betrokkenheid van bevoegde personen zo snel mogelijk verzekerd wordt.

Uit dit vierde handvat kunnen twee aanbevelingen worden afgeleid:

- het beleid en de procedure voorzien dat in beginsel enkel wie daartoe bevoegd is over fixatie kan beslissen en deze handeling kan uitvoeren. Wanneer de fixatie in uitzonderlijke situaties toch toegepast wordt door een persoon die niet bevoegd is, moet de procedure waarborgen dat de bevoegde personen zo snel mogelijk betrokken worden;
- het is wenselijk dat de toepassing van fixatie gepaard gaat met een multidisciplinair overleg. Binnen het beleid en de procedure moet evenwel benadrukt worden dat

(84) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Amandina Wuustwezel, Avondvrede Linkebeek, Bremdael Herentals, Corsala Beringen, De Kleine Kasteeltjes Tongeren, De Bleuk Herk-de-Stad.

(85) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Bormanshof Hoeselt, De Buurt Zoersel, De Groene Linde Sint-Genesius-Rode, Sint-Vincentius Dendermonde.

(86) Art. 122-124 Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, 35.172; zie bijvoorbeeld in het inspectieverslag van woonzorgcentrum De Karmel Waregem.

(87) Zie bijvoorbeeld in het inspectieverslag van woonzorgcentrum Sint-Vincentius Dendermonde.

(88) Art. 2 KB 18 juni 1990 houdende de vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990, 14.680; Art. 3, §1, tweede-vierde lid Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, 35.172.

personen die niet bevoegd zijn, zoals kinesisten en ergotherapeuten, enkel ter ondersteuning mogen deelnemen en dus geen doorslaggevende stem hebben.

### 3.5. HANDVAT 5. PREVENTIEGERICHT BELEID, DUIDELIJKE INSTRUCTIES EN HEREVALUATIE

Van woonzorgcentra wordt op grond van de sectorale regelgeving verwacht dat ze over een procedure beschikken die het besluitvormingsproces over fixatie aanstuurt en waarbij de oorzaken voor fixatie onderzocht worden en alternatieven overwogen worden.<sup>89</sup> Enkele aandachtspunten zijn daarbij aan de orde.

Ten eerste is Zorginspectie van oordeel dat voorzieningen steeds moeten onderzoeken wat de mogelijke oorzaken zijn die in het concrete geval aanleiding kunnen geven tot het gebruik van fixatie. Bovendien moet steeds gezocht worden naar alternatieven. Slechts als geen enkel alternatief geschikt blijkt te zijn om de bewoner en zijn omgeving te beschermen, mag geopteerd worden voor fixatie. Het beleid moet zo vormgegeven worden dat deze zoektocht naar oorzaken en alternatieven in concrete casussen steeds plaatsvindt. Zo stelt Zorginspectie een tekortkoming vast indien de procedure geen stappenplan voor het overwegen van alternatieven of het onderzoeken van oorzaken bevat.<sup>90</sup>

Ten tweede moet, indien fixatie wordt toegepast, dit op een zorgvuldige en veilige manier verlopen. Dat veronderstelt niet enkel een uitgeschreven procedure, een vormingsbeleid<sup>91</sup>, degelijk fixatiemateriaal en voldoende personeel<sup>92</sup>, maar ook actuele instructies in het zorgplan. Dat laatste lijkt voor Zorginspectie in het bijzonder van belang. In meerdere dossiers stelt Zorginspectie tekorten vast omdat een fixatiemaatregel wordt uitgevoerd zonder instructies in het zorgplan, omdat de instructies in het zorgplan niet gevolgd worden of omdat de fixatiemaatregel inmiddels opgeheven werd maar nog steeds in het zorgplan voorkomt.<sup>93</sup> Het feit dat de fixatie moet worden opgenomen in het zorgplan, kan samengelezen worden met de plicht die elke beroepsbeoefenaar in het kader van de Wet Patiëntenrechten en de Kwaliteitswet heeft om een dossier over de betrokkene te bewaren en medische handelingen daarin op te nemen.<sup>94</sup> Een vraag die zich aandient is of elke toepassing van fixatie afzonderlijk geregistreerd moet worden, ook indien ze volgens vaste patronen plaatsvindt (bv. het

(89) Punt 4.2 bijlage MB 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening, *BS* 28 maart 2002, 13.007.

(90) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Avondvrede Boechout, Avondvrede Gent, Brembloem Evergem.

(91) Punt 5.5 bijlage MB 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening, *BS* 28 maart 2002, 13.007.

(92) Gent 18 april 1985, *VI.T.Gez.* 1987, 438, noot Heylen, R.; Rb. Antwerpen 8 november 2006, *T.Véz.* 2008, 198; Punt 2.1 en 5.7 bijlage MB 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening, *BS* 28 maart 2002, 13.007.

(93) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Christine Antwerpen, De Dennen Malle, De Hoef Hulshout, 3 Eiken Lanaken, De Ark Sint-Niklaas.

(94) Art. 8, §2, tweede lid en §3, tweede lid Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719; art. 33 Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *BS* 14 mei 2019, 46.372.

dagelijks gebruik van een bedhek 's nachts). Deze verplichting lijkt ons niet te volgen uit de geldende regelgeving en ook de inspectierapporten lijken dat niet expliciet te vereisen. Wellicht volstaat het om afwijkingen van het zorgplan afzonderlijk te registreren en te motiveren. Dat stemt overeen met de regelgeving onder het oude Woonzorgdecreet uit 2009 die enkel een bijkomende registratie vereiste indien van de procedure werd afgeweken.<sup>95</sup>

Tot slot moet de zoektocht naar oorzaken en alternatieven een continu proces zijn. Zorginspectie vereist dan ook dat een procedure in een periodieke evaluatie voorziet. De periodiciteit van deze evaluatie is aan de hand van de inspectierapporten moeilijk te definiëren. Afgaande op de inspectierapporten blijkt er op dit vlak in het Vlaamse woonzorglandschap een grote variatie in de procedures te bestaan. Wie aan deze evaluatie deelneemt en hoe vaak deze evaluatie plaatsvindt, verschilt namelijk sterk van voorziening tot voorziening. Zelden stelt Zorginspectie op dit vlak een tekortkoming vast, zelfs wanneer de procedures in grote intervallen tussen twee evaluatiemomenten voorzien.<sup>96</sup> Tekorten zijn er wel indien de procedure geen periodiciteit bevat<sup>97</sup> of wanneer de procedure niet op duidelijke wijze omschrijft hoe deze evaluatie verloopt.<sup>98</sup> Het spreekt bovendien voor zich dat evaluatie niet louter moet opgenomen worden in de procedure, maar ook effectief moet worden uitgevoerd. In dat opzicht stelt Zorginspectie een tekort vast indien niet kan worden aangetoond dat de evaluatie heeft plaatsgevonden op de wijze waarop ze in de procedure werd omschreven.<sup>99</sup>

De aanbevelingen die uit dit vijfde handvat voortvloeien, zijn volgende:

- voorzieningen moeten beschikken over een op preventie gericht beleid;
- daarbij wordt continu naar minder verregaande alternatieven gezocht;
- indien er geen alternatieven zijn, moet gezocht worden naar de concrete oorzaak voor het gedrag dat aanleiding geeft tot de toepassing van de fixatiemaatregel;
- de voorziening moet het personeel voldoende ondersteunen, door duidelijke instructies aan te reiken over de wijze waarop de fixatie moet worden uitgevoerd;
- een zorgvuldige en veilige toepassing van fixatie veronderstelt de registratie in het zorgplan van de bewoner, waarbij afwijkingen van het zorgplan afzonderlijk geregistreerd en gemotiveerd worden;
- het beleid en de procedures voorzien in een periodieke herevaluatie, waarbij het per bewoner duidelijk is hoe vaak, door wie en op welke wijze de evaluatie wordt uitgevoerd.

(95) Art. 48/22, derde en vierde lid in bijlage XII B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

(96) In bepaalde woonzorgcentra bestaan grote intervallen tussen twee evaluatiemomenten. Uit de inspectieverslagen blijkt dat deze interval kan oplopen tot twee, drie, vier of zes maanden. Zie wat dit betreft de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Aquamarijn Kasterlee, De Buurt Zoersel, De Ceder Beersel.

(97) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Avondvrede Linkebeek, Christine Antwerpen, De Dennen Malle.

(98) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Avondvrede Boechout, d'Eycken Brug Bierbeek.

(99) Zie bijvoorbeeld in de inspectieverslagen van volgende woonzorgcentra: Belfair Sint-Pieters-Leeuw, Berkenhof Heist-Op-Den-Berg, Berkenhof Heers, De Bekelaar Lommel.

### 3.6. HANDVAT 6. AFDOENDE RECHTSHAARBORGEN VOOR DE BEWONER

Als laatste handvat moet het belang van rechtswaarborgen worden benadrukt. Het is belangrijk dat de rechten waarover de bewoner beschikt, meegeedeeld worden. Ook de rechtsmiddelen, zoals een uiteenzetting van de interne klachtenprocedure en de contactgegevens van externe klachteninstanties, mogen niet ontbreken. Deze vereiste is niet specifiek voor fixatie, maar is – gezien de mogelijke impact van fixatie op de integriteit van de bewoner – o.i. in deze context extra van belang.

Volgens het Woonzorgbesluit beschikt elke bewoner over het recht om via een klachtenprocedure een klacht, suggestie of opmerking te uiten over de werking van het woonzorgcentrum.<sup>100</sup> Woonzorgcentra moeten dit recht garanderen door te voorzien in een adequate en objectieve behandeling van eventuele klachten. Deze procedure moet, net zoals de procedure inzake vrijheidsbeperkende maatregelen, deel uitmaken van het kwaliteitsmanagementsysteem.<sup>101</sup> Elk woonzorgcentrum moet een klachtenbehandelaar aanwijzen. Deze persoon moet de klachten van de bewoners, vertegenwoordigers of familieleden behandelen en binnen een redelijke termijn gevolg geven aan de klacht.<sup>102</sup>

In België zijn er ook externe instanties die bevoegd zijn om klachten van bewoners te behandelen. Bewoners kunnen zich rechtstreeks wenden tot de centrale ombudsdienst van de Federale Commissie ‘Rechten van de Patiënt’ om een schriftelijke klacht neer te leggen tegen een beroepsbeoefenaar.<sup>103</sup> Deze ombudsdienst is bevoegd om klachten tegen een beroepsbeoefenaar door te verwijzen naar de bevoegde ombudspersoon, of bij gebrek aan dergelijke persoon – zoals het geval is binnen de residentiële ouderenzorg – de klacht zelf te behandelen. Een klacht over de organisatie en werking van de voorziening daarentegen is niet mogelijk. De ombudsfunctie vloeit namelijk voort uit de Wet Patiëntenrechten, die enkel betrekking heeft op de rechtsverhouding tussen de beroepsbeoefenaar en de bewoner. Een klacht tegen de voorziening die bij de Federale Commissie wordt ingediend, moet geherformuleerd worden tegen de beroepsbeoefenaar die binnen de voorziening wordt tewerkgesteld.

Klachten tegen voorzieningen kunnen wel geformuleerd worden bij de Woonzorglijn.<sup>104</sup> Op woonzorgcentra rust de verplichting om de contactgegevens van de Woonzorglijn

(100) Art. 42, §1 bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(101) Art. 25, lid 3, 1<sup>o</sup>, g bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(102) Art. 42, §1 bijlage 11 B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

(103) Art. 16 §3 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719; Art. 44-63 Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *BS* 14 mei 2019, 46.372.

(104) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Jaarverslag Woonzorglijn 2021: Klachten over ouderenzorg*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 3, 2022.

op een zichtbare plaats binnen de voorziening op te hangen.<sup>105</sup> Het indienen van een klacht verloopt laagdrempelig en kan aan de hand van een onlineformulier, maar ook via telefoon of e-mail. Bij kleine klachten neemt de Woonzorglijn contact op met het woonzorgcentrum in kwestie en treedt de Woonzorglijn op als bemiddelaar. Ernstige klachten daarentegen worden overgemaakt aan Zorginspectie.<sup>106</sup>

Met het oog op het garanderen van voldoende rechtswaarborgen, geven we volgende aanbevelingen mee:

- de bewoner wordt specifiek met betrekking tot fixatie op de hoogte gebracht van de rechten en rechtsmiddelen waarover hij beschikt, in het bijzonder de mogelijkheid om intern een klacht in te dienen tegen de voorziening of zorgverlener;
- daarnaast moeten de contactgegevens van externe organen zoals de Federale Commissie ‘Rechten van de Patiënt’ en de Woonzorglijn worden meegedeeld.

#### **4. EEN TOETS VAN HET HUIDIGE BELEID**

In het voorgaande reikten we zes juridische handvatten aan waarmee een voorziening vorm kan geven aan haar fixatiebeleid. De handvatten geven de contouren aan van wat al dan niet kan (bv. fixatie zonder toestemming valt in niet-acute situaties buiten het wettelijk toelaatbare) en bieden richtlijnen wanneer fixatie effectief wordt toegepast. De handvatten zijn daarbij uiteraard slechts gebaseerd op één bronnenkader – het recht in België en de vertaling ervan in de rapporten van Zorginspectie – en moeten bij de ontwikkeling van een beleid worden aangevuld met andere bronnenkaders, zoals klinisch-wetenschappelijke inzichten over het vermijden en veilig gebruik van fixatiemiddelen.

De ontwikkelde handvatten kunnen niet enkel gebruikt worden bij het vormen van een nieuw beleid, maar ook bij het beoordelen en – indien nodig – bijsturen van een bestaand beleid. Het is immers niet zo dat woonzorgcentra het nieuwe Woonzorgdecreet hebben afgewacht om een fixatiebeleid te ontwikkelen; veel woonzorgcentra beschikken vandaag al over een beleid, daarbij veelal aangevuld door de verplichtingen onder de toenmalige RVT-regelgeving (*supra*, 2). Aangezien woonzorgcentra – bij gebrek aan een duidelijk juridisch kader en concrete richtlijnen – vooral op zichzelf aangewezen zijn wat betreft de ontwikkeling van een beleid en procedure inzake het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, is het interessant om na te gaan in welke mate hun beleidsdocumenten vandaag al aan de ontwikkelde handvatten voldoen.

##### **4.1. DOCUMENTENANALYSE**

Om dat na te gaan werd een documentenanalyse uitgevoerd: van elf woonzorgcentra werden de beleidsdocumenten over fixatie opgevraagd en nagekeken. Opdat

(105) Art. 42, §2 bijlage 11 B.Vl.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, BS 21 november 2019, 107.316.

(106) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Jaarverslag Woonzorglijn 2021: Klachten over ouderenzorg*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 12-13, 2022.

de documentenanalyse voldoende gevarieerd zou zijn, werd bij de selectie van de voorzieningen rekening gehouden met drie verschillende criteria: provincie, urbanisatiegraad en rechtsvorm van de voorziening. Uit de resultaten van het kwaliteitsindicatorenonderzoek van 2021 blijkt namelijk dat het percentage bewoners dat minstens één keer overdag/s nachts met fysieke vrijheidsbeperkingen wordt geconfronteerd, het hoogst is in West-Vlaanderen en het laagste in Antwerpen. Daarnaast is het percentage bewoners dat minstens één keer overdag/s nachts met fysieke fixatie geconfronteerd wordt, hoger in landelijke en weinig verstedelijkte gemeenten dan in verstedelijkte en stedelijke gemeenten.<sup>107</sup> Tot slot blijkt uit eerder onderzoek dat ook de rechtsvorm tot variatie leidt.<sup>108</sup> De beleidsdocumenten die werden geanalyseerd, zijn het beleid en de procedure inzake vrijheidsbeperkende maatregelen, de visietekst, de interne afsprakennota en het geïndividualiseerd woonzorgplan.

**TABEL 1:** OVERZICHT VAN DE 11 GEANALYSEERDE WOONZORGCENTRA

		Publiek	VZW <i>social profit</i>	VZW <i>for profit</i>	Commercieel
Antwerpen	Stedelijk	Voorziening 1		Voorziening 7	Voorziening 10
	Landelijk	Voorziening 2	Voorziening 5	Voorziening 8	
West-Vlaanderen	Stedelijk	Voorziening 3	Voorziening 6		Voorziening 11
	Landelijk	Voorziening 4		Voorziening 9	

Binnen het bestek van de bijdrage is het niet mogelijk om het beleid van elk van deze voorzieningen uitvoerig te beschrijven en te toetsen. Wel bieden we een schematisch overzicht van de belangrijkste bevindingen (*infra*, 4.2.) en abstraheren we in de discussiesectie per handvat enkele pijnpunten (*infra*, 4.3.).

#### 4.2. BEVINDINGEN DOCUMENTENANALYSE

Uit de documentenanalyse blijkt dat er geen enkele voorziening is waarvan de beleidsdocumenten inzake fixatie volledig overeenstemt met de hierboven ontwikkelde juridische handvatten. Hoewel in veel gevallen voorzieningen een correcte vertaling maken van het juridische kader in hun beleid, wat wordt aangegeven met “X” in onderstaande tabel, merken we twee soorten hiaten op. Ten eerste ontbreken in sommige gevallen bepalingen waarvan wij uitgaan dat ze in een geschreven beleid over fixatie zouden zijn opgenomen, wat wordt aangegeven met een leeg vak in onderstaande tabel. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de beleidsdocumenten niet vermelden dat de toestemming geweigerd kan worden of wanneer de rechten en rechtsmiddelen waarover de bewoner beschikt niet worden meegedeeld. Ten tweede zijn sommige bepalingen wel opgenomen, maar niet op een wijze die overeenstemt

(107) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 67, 2021.

(108) Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, 24, 2020.

met de regelgeving, wat wordt aangegeven met “(X)” in onderstaande tabel. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer uit de beleidsdocumenten blijkt dat alle medewerkers bevoegd zijn om fixatiemaatregelen toe te passen of indien ‘de familie’ van de bewoner wordt aangeduid als informele vertegenwoordiger wanneer de bewoner wilsonbekwaam blijkt te zijn.

**TABEL 2:** HET GESCHREVEN BELEID TEN OPZICHTE VAN DE JURIDISCHE HANDVATTEN BIJ DE 11 WOONZORGCENTRA

		Voorziening 1	Voorziening 2	Voorziening 3	Voorziening 4	Voorziening 5	Voorziening 6	Voorziening 7	Voorziening 8	Voorziening 9	Voorziening 10	Voorziening 11
<b>Handvat 1</b>	Een eenduidige definitie voor fixatie, die overeenstemt met de definitie in het Vlaams Indicatorenproject	(X)	(X)	(X)	(X)	X	(X)	X	X	X	(X)	X
<b>Handvat 2</b>	Onderscheid tussen acute en niet-acute toepassingen van fixatie	X	X	X			X	X	X	X	X	X
	Beleid en de procedures moeten het bestaan van fixatie in acute situaties anticiperen en hierbij aandacht vestigen op de vereiste van subsidiariteit en proportionaliteit	X	X	X	(X)	(X)	(X)	X	(X)	X	X	X
<b>Handvat 3.1</b>	Wanneer de bewoner wilsbekwaam is, is het gebruik van fixatie gebaseerd op de voorafgaande geïnformeerde toestemming van de bewoner	X		X	X	X		X	X		X	X
	De bewoner wordt voldoende geïnformeerd over alle relevante aspecten van de fixatie en over eventuele alternatieven			X		X	X		X		(X)	
	De toestemming van de bewoner is vrij van dwang											
	De bewoner kan zijn toestemming weigeren			X	X			X			X	X
	De toestemming kan steeds herroepen worden										X	

		Voorziening 1	Voorziening 2	Voorziening 3	Voorziening 4	Voorziening 5	Voorziening 6	Voorziening 7	Voorziening 8	Voorziening 9	Voorziening 10	Voorziening 11
	Toestemming van de bewoner wordt opgenomen in het Woonzorgleefplan	X	X	X	X	X			X		X	X
	Wanneer fixatie wordt toegepast in een niet-acute situatie, moet het recht op geïnformeerde toestemming steeds worden gewaarborgd, ongeacht wie het initiatief neemt		X			X	X	(X)	X		(X)	
<b>Handvat 3.2</b>	Wanneer de bewoner wilsonbekwaam is, wordt de geïnformeerde toestemming gegeven door de wettelijke vertegenwoordiger van de bewoner	X	(X)	X	(X)	X		(X)	(X)	(X)	X	X
<b>Handvat 3.3</b>	Er wordt voorzien in de mogelijkheid tot en in aparte aanbevelingen indien de fixatiemaatregel uitgevoerd wordt zonder toestemming van de bewoner/zijn vertegenwoordiger										X	
<b>Handvat 4</b>	Wanneer fixatie wordt toegepast in het kader van gezondheidszorg, dan mag dit enkel worden aangebracht door bevoegde beroepsbeoefenaars: arts, verpleegkundige of zorgkundige (na delegatie door een arts of verpleegkundige)	(X)		(X)			X	X	(X)			(X)
	Wanneer de fixatie in uitzonderlijke situaties toch toegepast wordt door een persoon die niet bevoegd is, moet de procedure waarborgen dat de bevoegde personen zo snel mogelijk betrokken worden											
	Er wordt voorzien in multidisciplinair overleg	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Handvat 5</b>	De voorziening beschikt over een op preventie gericht fixatiebeleid	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	De voorziening gaat continu op zoek naar minder verregaande alternatieven	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		Voorziening 1	Voorziening 2	Voorziening 3	Voorziening 4	Voorziening 5	Voorziening 6	Voorziening 7	Voorziening 8	Voorziening 9	Voorziening 10	Voorziening 11
	Steeds nagaan wat de concrete oorzaak is voor het gedrag dat aanleiding geeft tot de toepassing van de fixatiemaatregel				X	X	X	X	X		X	X
	De voorziening reikt het personeel duidelijke instructies aan over de wijze waarop de fixatie moet worden uitgevoerd		X	X	X	X	X	X		X	X	X
	Het beleid en de procedures leiden tot een zorgvuldige registratie in het zorgplan van de bewoner, waarbij afwijkingen van het zorgplan afzonderlijk geregistreerd en gemotiveerd worden	X	(X)	X	X	(X)	(X)	(X)	X	(X)	X	(X)
	Het beleid en de procedures voorzien in een periodieke herevaluatie waarbij het per bewoner duidelijk is hoe vaak en door wie de evaluatie wordt uitgevoerd	(X)	X	X	(X)	X	X	X	X	(X)	X	X
<b>Handvat 6</b>	De bewoner wordt specifiek met betrekking tot fixatie op de hoogte gebracht van de rechten en rechtsmiddelen waarover hij beschikt, in het bijzonder de mogelijkheid om intern een klacht in te dienen tegen de voorziening of zorgverlener	(X)			(X)	X			X			X
	Contactgegevens van externe organen zoals de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt' en de woonzorglijn worden meegedeeld								X			(X)

Legende: X: correcte vertaling van het juridische kader in het geschreven beleid; (X): bepalingen wel opgenomen in het geschreven beleid, maar niet op een wijze die overeenstemt met de regelgeving; blanco: ontbreekt in het geschreven beleid.

#### 4.3. DISCUSSIE: ENKELE PIJNPUNTEN

De analyse van de beleidsdocumenten brengt bij elk van de bovenstaande handvatten enkele pijnpunten aan het licht.

##### *Handvat 1. Een eenvormige definitie van fysieke fixatie*

Elke voorziening definieert de notie 'fixatie' in haar beleidsdocumenten. Vijf van de elf voorzieningen hanteren een definitie die overeenstemt met de definitie van Evans en Strumpf, en dus ook met de definitie uit het Vlaams Indicatorenproject (*supra*, 3.1.). De overige voorzieningen definiëren fixatie als "elke vorm van vrijheidsbeperking" of "elke handeling die de bewegingsvrijheid beperkt". Deze definiëring is niet in overeenstemming met de definitie in het Vlaams indicatorenproject. Opmerkelijk is dat volgens één van de voorzieningen geen sprake is van fysieke fixatie wanneer de bewoner er zelf om vraagt. Dit staat haaks op de inspectiepraktijk van Zorginspectie, waaruit blijkt dat de reden voor de toepassing van fixatie geen rol speelt.

##### *Handvat 2. Het onderscheid tussen acute en niet-acute situaties*

Hoewel de meeste voorzieningen aangeven dat er een onderscheid bestaat tussen acute (of urgente) en niet-acute (of dagdagelijkse) situaties, vertaalt dat zich niet in andere procedures. De toepassingsvoorwaarden voor het gebruik van fixatie in een acute situatie enerzijds en in een niet-acute situatie anderzijds zijn echter te verschillend om eenzelfde procedure te hanteren. Zoals aangegeven (*supra*, 3.2.) geldt in beide gevallen immers een andere rechtsgrond (hetzij geïnformeerde toestemming, hetzij noodtoestand), wat ook gevolgen heeft voor onder meer wie de fixatie uitvoert, hoe het toezicht gebeurt, en hoe lang de maatregel duurt. Daarnaast valt het op dat, hoewel de meeste voorzieningen het bestaan van fixatie in acute situaties anticiperen, er (te) weinig aandacht wordt besteed aan de proportionaliteits- en subsidiariteitsvereiste.

##### *Handvat 3. De geïnformeerde toestemming*

In veel gevallen zal de geïnformeerde toestemming van de bewoner of zijn wettelijke vertegenwoordiger het uitgangspunt vormen voor de toepassing van fixatie in de ouderenzorg. Wat opvalt is dat deze toestemmingsvereiste in de meeste beleidsdocumenten niet voldoende duidelijk omschreven wordt. Meestal benadrukt de voorziening wel dat de toestemming van de wilsbekwame bewoner vereist is in een niet-acute situatie, maar de voorwaarden waaraan deze toestemming moet voldoen – zoals de vrijwilligheid van de toestemming en de mogelijkheid om de toestemming te weigeren of in te trekken – en de wijze waarop die toestemming gegeven moet worden onvoldoende verduidelijkt. Zo wordt zelden verduidelijkt dat een gegeven toestemming met betrekking tot fixatie te allen tijde herroepbaar is, terwijl dat vanuit juridisch oogpunt een essentieel beginsel is. Bovendien zijn er voorzieningen die het recht op geïnformeerde toestemming niet waarborgen wanneer een fixatiemaatregel genomen wordt op initiatief van de bewoner (of zijn vertegenwoordiger). Dat bij wilsonbekwaamheid een vertegenwoordiger de toestemming (al dan niet geeft) en hoe dat gebeurt, wordt in vele gevallen niet (correct) uitgewerkt. Zo verwijst slechts één voorziening uitdrukkelijk naar de lijst van vertegenwoordigers uit artikel 14 van de Wet Patiëntenrechten. In de beleidsdocumenten van vijf voorzieningen wordt bovendien foutief verwezen naar een vertrouwenspersoon of willekeurig familielid als vertegenwoordiger (zie (X)). Dat een beroepsbeoefenaar slechts in uitzonderlijke

situaties een fixatiemaatregel kan toepassen zonder de toestemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger wordt maar door één van de voorzieningen benadrukt.

*Handvat 4. Het beleid voorziet dat enkel wie bevoegd is fixatie kan uitvoeren en wijkt daar slechts in acute situaties van af*

Hoger kwam aan bod dat de vraag wie over fixatie mag beslissen en wie deze mag uitvoeren in de ouderenzorg geen eenduidige kwestie is. Waar het duidelijk is dat artsen en verpleegkundigen over fixatiemaatregelen mogen beslissen en artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen deze mogen uitvoeren, bestaat er meer onduidelijkheid over andere beroepen binnen de woonzorgsector, in het bijzonder kinesisten en ergotherapeuten. De documentenanalyse bevestigt deze juridische onduidelijkheid. In vele gevallen wordt deze kwestie opengelaten en beschrijven de beleidsdocumenten niet wie beslist en uitvoert. Daarnaast zijn er enkele voorzieningen die verkeerdelijk stellen dat alle medewerkers bevoegd zijn voor het toepassen van fixatie. Tot slot wordt in geen enkele voorziening benadrukt dat wanneer de fixatie in uitzonderlijke situaties toch toegepast wordt door een persoon die niet bevoegd is, de bevoegde personen zo snel mogelijk betrokken moeten worden. Het is wel opmerkelijk dat in alle voorzieningen de genomen maatregelen tijdens een multidisciplinair overleg worden geëvalueerd en dat conform de aanbeveling van Zorginspectie de behandelend arts hierbij betrokken wordt. Uit de beleidsdocumenten van een van de voorzieningen blijkt eveneens dat het multidisciplinair team bevoegd is om voorstellen en suggesties te doen met betrekking tot de fixatiemaatregel. Dit is in overeenstemming met onze visie dat personen die niet bevoegd zijn om fixatie toe te passen, maar wel deelnemen aan het multidisciplinair overleg, niet over een doorslaggevende stem beschikken.

*Handvat 5. Het beleid is gericht op preventie, duidelijke instructies en herevaluatie*

Met het oog op preventie is het belangrijk dat een woonzorgcentrum zijn medewerkers voldoende informeert over de manier waarop ze met vrijheidsbeperkingen moeten omgaan. Een belangrijk element dat hierbij niet mag ontbreken, is de zoektocht naar oorzaken en alternatieven in concrete casussen. Hoewel alle voorzieningen een op preventie gericht fixatiebeleid nastreven en steeds op zoek gaan naar minder verregaande alternatieven, kan vastgesteld worden dat niet alle voorzieningen nagaan wat de oorzaak van het gedrag van de bewoner is voordat fixatie wordt toegepast. Binnen deze voorzieningen ontbreekt een stappenplan voor het onderzoeken van oorzaken, wat kan resulteren in een tekortkoming in de inspectierapporten van Zorginspectie.

Een bijkomende garantie op een zorgvuldige en veilige toepassing van fixatie is de registratie van actuele instructies in het zorgplan. Registratie is een belangrijk handvat en wordt ook zo door Zorginspectie naar voren geschoven. Het belang van een grondige registratie blijkt ook uit de documentenanalyse. Volgens alle beleidsdocumenten worden fixatiemaatregelen geregistreerd, maar het aantal elementen dat geregistreerd wordt, verschilt sterk van voorziening tot voorziening. In sommige voorzieningen is de registratie eerder beperkt. Elementen die de meeste voorzieningen registreren zijn: welke fixatiemaatregel wordt toegepast, de duur van de maatregel, wanneer de huisarts en de familie op de hoogte wordt gebracht, de persoon die de maatregel goedkeurde of de beslissing nam om dergelijke maatregel toe te passen. Wat opvalt is dat de toestemming of weigering van de bewoner (of zijn vertegenwoordiger), ondanks de

wettelijke verplichting, in verschillende voorzieningen niet wordt geregistreerd. Bovendien is het opmerkelijk dat afwijkingen van het zorgplan in meer dan de helft van de voorzieningen geen deel uitmaken van de registratie.

Uit de beleidsdocumenten blijkt dat alle woonzorgcentra belang hechten aan een periodieke evaluatie van de fixatiemaatregelen. Er zijn echter veel variaties in de periodiciteit van deze evaluaties. Dit maakt op zich geen tekortkoming uit, op voorwaarde dat de periodiciteit en de wijze waarop de evaluatie verloopt duidelijk worden omschreven. Dit is evenwel niet in alle beleidsdocumenten het geval (zie (X)). Daarnaast moet de voorziening kunnen aantonen dat de evaluatie wel degelijk heeft plaatsgevonden op de wijze waarop ze in de procedure werd omschreven. Aangezien het moment van evaluatie in bepaalde voorzieningen geen deel uitmaakt van de registratie, valt het te betwijfelen of aan deze voorwaarde is voldaan.

#### *Handvat 6. Klachtrecht*

Indien een woonzorgcentrum fixatie toepast, dan moet de bewoner over afdoende rechtswaarborgen beschikken om op te treden tegen een toepassing waarvan hij meent dat het zijn vrijheid op ongerechtvaardigde wijze inperkt. Het is belangrijk dat de rechten waarover de bewoner beschikt, meegedeeld worden. Omdat het klachtrecht inherent deel uitmaakt van de toepassing van fixatie, menen wij dat deze informatie mee opgenomen moeten worden in de tekstdelen die op fixatie zelf betrekking hebben. Uit de documentenanalyse blijkt dat in de praktijk niet het geval. De rechten en rechtsmiddelen waarover een bewoner beschikt worden door bijna geen enkele voorziening meegedeeld in de sectie over fixatie. Slechts enkele voorzieningen verwijzen naar de mogelijkheid om intern een klacht neer te leggen tegen de voorziening of een zorgverlener en ook de contactgegevens van externe instanties, zoals de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt' en de Woonzorglijn, worden niet te kennen gegeven.

## **5. EEN BLIK OP DE TOEKOMST**

Het Woonzorgdecreet van 2019 legt aan woonzorgcentra de plicht op om een beleid en procedures te ontwikkelen over vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fysieke fixatie. Deze verplichting is geen evidentie. Op drie vlakken stellen we uitdagingen vast.

Ten eerste op het vlak van de wetgeving. Het juridisch kader over het gebruik van fixatie binnen de residentiële ouderenzorg is onduidelijk. De wetgeving moet gezocht worden in de sectorale wetgeving die betrekking heeft op ouderenzorg, het gezondheidsrecht en algemene juridische beginselen. Bovendien is de bestaande regelgeving vaak erg onduidelijk en voor interpretatie vatbaar. Zo wordt bijvoorbeeld geen aandacht besteed aan de afwijkingen op de geïnformeerde toestemming. Ook de bevoegdheid en betrokkenheid van andere gezondheidszorgberoepen, zoals kinesisten en ergotherapeuten, doet vragen rijzen.

Ten tweede valt het op dat het respecteren van de door Zorginspectie vooropgestelde eisen geen garantie is op een volledig juridisch conform fixatiebeleid. De inspectiepraktijk vertrekt vanuit de sectorale regelgeving waarin de klemtonen anders liggen dan in de Wet Patiëntenrechten. De sectorale regelgeving gaat veelal uit van

registratie en multidisciplinair overleg, terwijl de Wet Patiëntenrechten vooral vertrekt vanuit de geïndividualiseerde en *ad hoc* herroepbare geïnformeerde toestemming. Voorbeeld daarvan is het feit dat Zorginspectie veelal nagaat of het akkoord van de bewoner geregistreerd werd, en niet of dit in overeenstemming is met de feitelijke toestemming van de bewoner zoals deze voortvloeit uit de Wet Patiëntenrechten. Een ander voorbeeld is dat Zorginspectie geen bezwaar uit wanneer een voorziening een onderscheid maakt tussen fixaties op initiatief van de voorziening en fixaties op initiatief van de bewoner (of zijn familie). Dat kan vanuit kwaliteitsperspectief belangrijk zijn, maar uit de Wet Patiëntenrechten volgt dat het recht op geïnformeerde toestemming op dezelfde wijze geldt, ongeacht wie het initiatief neemt. De inspectiepraktijk en de Wet Patiëntenrechten zijn niet *per se* incompatibel, al moet een voorziening wel beseffen dat de toepassing van de Wet Patiëntenrechten niet in de inspectiepraktijk vervat zit en dus afzonderlijke aandacht behoeft.

Ten derde blijkt uit de documentenanalyse dat de huidige beleidsvorming binnen voorzieningen niet altijd in overeenstemming is met de toepasselijke regelgeving. Er zijn nog tal van pijnpunten waarmee woonzorgcentra aan de slag moeten. Bijvoorbeeld: hoewel de meeste voorzieningen een onderscheid maken tussen acute situaties en dagelijkse zorg, vertaalt dat zich niet altijd in andere procedures. De geïnformeerde toestemmingsvereiste, die in principe het uitgangspunt vormt voor de toepassing van fixatie in de ouderenzorg, wordt bovendien in veel gevallen niet (correct) uitgewerkt en ontbreekt vaak in de registratie.

De uitdaging voor de toekomst bestaat er dus vooral in een duidelijk juridisch kader te creëren en dit juridisch kader op een correcte wijze om te zetten in het beleid van voorzieningen. De handvatten en aanbevelingen die binnen deze bijdrage werden aangereikt, kunnen eventueel een stap zijn richting een verantwoord(elijk) beleid inzake fixatie binnen woonzorgcentra. De juridische bril die in deze bijdrage centraal staat, is daarbij echter niet de enige bril. Ook de wetenschappelijke inzichten van andere disciplines, zoals verpleegkunde, gerontologie en psychologie, moeten betrokken worden. Wat dat betreft is er nood aan een veelzijdige aanpak, zoals die momenteel al in de geestelijke gezondheidszorg en de residentiële jeugdhulp bestaat.<sup>109</sup>

---

(109) Beeckmans, D., Droogmans, G., Mertens, N., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Maes, B., Van Achterberg, T., Nijs, S., Put, J., Van Audenhove, C. en De Cuyper, K., *De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp*, Leuven, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 379 p., 2022; Van Audenhove, C., Put, J., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Peeters, T. en Buyck, I., *De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst*, Leuven, Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 205 p., 2019.

**BIBLIOGRAFIE****Wetgeving**

Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867, 3.133.

KB 18 juni 1990 houdende de vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990, 14.680.

KB 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut en houdende vaststellingen van de lijst van de technische prestaties, *BS* 4 september 1996, 23.427.

Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, M.v.T., *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 1642/001.

MB 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening, *BS* 28 maart 2002, 13.007.

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, 43.719.

KB 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, *BS* 3 februari 2006, 5.921.

B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009, 79.284.

Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, 35.172.

Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016, *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 506/1.

Ontwerp van decreet betreffende de woonzorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 1765.

Decreet van 15 februari 2019 betreffende de woonzorg, *BS* 3 mei 2019, 43.078.

Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *BS* 14 mei 2019, 46.372.

B.VI.Reg. 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, *BS* 21 november 2019, 107.316.

### Rechtspraak

Gent 18 april 1985, *VI.T.Gez.* 1987, 438.

Cass. 5 april 1996, *RDP* 1996, 634-638.

Rb. Antwerpen 8 november 2006, *T.Verz.* 2008, 198.

Brussel 12 juni 2011, *RABG* 2012, afl. 13, 909-915.

### Rechtsleer

Agentschap Zorg en Gezondheid, *Uniform begrippenkader*, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/geestelijke-gezondheidszorg/vrijheidsbeperkende-maatregelen/uniform-begrippenkader>.

Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 97 p., 2021.

Agentschap Zorg en Gezondheid, *Jaarverslag Woonzorglijn 2021: Klachten over ouderenzorg*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 17 p., 2022.

Beeckmans, D., Droogmans, G., Mertens, N., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Maes, B., van Achterberg, T., Nijs, S., Put, J., Van Audenhove, C. en De Cuyper, K., *De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp*, Leuven, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 379 p., 2022.

Christens, V., Briké, S. en Dierickx, A., Hoofdstuk XIII. De beroepsbeoefenaar en het strafrecht, in Vansweevel, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume I: Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 1671-1706, 2022.

De Herdt, M., Machiels, G. en Thys, E., *Over mijn lijf: bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt*, Antwerpen, Houtekiet, 135 p., 2003.

De Herdt, J., *Fysiek interpersoonlijk geweld*, Antwerpen, Intersentia, xxii + 922 p., 2014.

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Syntheserapport inspecties vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de gehandicaptenzorg voor kinderen en minderjarigen – selectie van voorzieningen*, Brussel, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 54 p., 2019.

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Vlaanderen publiceert proactief inspectieverslagen woonzorgcentra*, 2022, <https://www.departementwvg.be/nieuws/vlaanderen-publiceert-proactief-inspectieverslagen-woonzorgcentra>.

Evans, L. K. en Strumpf, N. E., Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint, *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(1), 65-74, 1989.

Fransen, H., Rechtvaardiging, in Van Den Berge, Y., *Postal memorialis. Lexicon strafrecht, strafvordering en bijzondere wetten*, Mechelen, Kluwer, 280-357, 2001.

Lemmens, C., De dwangopneming van geesteszieken, in Vansweevelt, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, 1093-1190, 2022.

Opgenhaffen, T., Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van de Zorginspectie, *RW*, afl. 3, 83-98, 2018-19.

Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Mortsel, Intersentia, XVII + 556 p., 2020.

Proesmans, J., Veronderstelde toestemming ingeval van spoedhulp, *Jura Falc.*, nr. 2, 421-444, 2007.

Sierens, R., Woonzorgcentra en vrijheid: (on)verzoenbaar?, in VRG-Alumni (Red.), *Recht in beweging. 29<sup>de</sup> VRG-alumnidag*, Antwerpen, Gompel&Svacina, 277-296, 2022.

Van Audenhove, C., Put, J., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Peeters, T. en Buyck, I., *De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst*, Leuven, Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 205 p., 2019.

Vansweevelt, T., Hoofdstuk II Wet Patiëntenrechten: definities en toepassingsgebied, in Vansweevelt, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, 283-296, 2022.

Vansweevelt, T. en Tack, S., Hoofdstuk V Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming, in Vansweevelt, T. en Dewallens, F. (eds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, 361-470, 2022.

Veys, M. N., Fixatie bij bejaarden: een situering in het gezondheids- en aansprakelijkheidsrecht, *T. Gez.*, 214-227, 2008.

Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, [www.zorgkwaliteit.be/QI\\_WZC](http://www.zorgkwaliteit.be/QI_WZC), 4 p.

# INHOUDSTAFEL

## NAAR EEN JURIDISCH CONFORM FIXATIEBELEID IN WOONZORGCENTRA

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	219
<b>2.</b>	<b>FIXATIE EN HET NIEUWE WOONZORGDECREET</b>	221
<b>3.</b>	<b>DE HANDVATTEN VAN EEN FIXATIEBELEID IN WOONZORGCENTRA</b>	222
3.1.	HANDVAT 1. EEN EENVORMIGE DEFINITIE VAN FYSIEKE FIXATIE	223
3.2.	HANDVAT 2. EEN ONDERSCHIED TUSSEN ACUTE EN GEPLANDE ZORG	223
3.3.	HANDVAT 3. TOESTEMMING ALS UITGANGSPUNT, TENZIJ	225
3.4.	HANDVAT 4. ENKEL WIE BEVOEGD IS KAN FIXATIE UITVOEREN, BEHALVE INDIEN ACUTE SITUATIE	231
3.5.	HANDVAT 5. PREVENTIEGERICHT BELEID, DUIDELIJKE INSTRUCTIES EN HEREVALUATIE	234
3.6.	HANDVAT 6. AFDOENDE RECHTSHAARBORGEN VOOR DE BEWONER	236
<b>4.</b>	<b>EEN TOETS VAN HET HUIDIGE BELEID</b>	237
4.1.	DOCUMENTENANALYSE	237
4.2.	BEVINDINGEN DOCUMENTENANALYSE	238
4.3.	DISCUSSIE: ENKELE PIJNPUNTEN	242
<b>5.</b>	<b>EEN BLIK OP DE TOEKOMST</b>	244
	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	246