

## Afzondering en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg. De juridische fundamenten van een multidisciplinaire richtlijn

TIM OPGENHAFFEN<sup>a</sup>, KATHLEEN DE CUYPER<sup>b</sup>, TINE PEETERS<sup>c</sup>,  
INEZ BUYCK<sup>d</sup>, JOHAN PUT<sup>e</sup> & CHANTAL VAN AUDENHOVEN<sup>f</sup>

- <sup>a</sup> Jurist, docent, sociaal recht, UHasselt; Doctor-assistent, Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven (corresp.: tim.opgenhaffen@kuleuven.be)  
<sup>b</sup> Klinisch psycholoog, projectleider en postdoctoraal onderzoeker, LUCAS, KU Leuven  
<sup>c</sup> Klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker, LUCAS, KU Leuven  
<sup>d</sup> Klinisch psycholoog, postdoctoraal onderzoeker, LUCAS, KU Leuven; Praktijk-assistent, UGent; lector, HoGent en kinder- en jeugdpsycholoog in een psychologiepraktijk  
<sup>e</sup> Jurist, gewoon hoogleraar, Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven  
<sup>f</sup> Klinisch psycholoog, directeur, LUCAS, KU Leuven; Gewoon hoogleraar, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

*De Vlaamse overheid besteedt in toenemende mate aandacht aan afzondering en fixatie. Een van de beleidsinitiatieven is een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij agressie en escalatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Deze richtlijn, die we aan de KU Leuven ontwikkelden in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, is niet enkel klinisch-wetenschappelijk maar ook juridisch onderbouwd. Deze bijdrage staat stil bij de juridische onderbouwing en gaat daarbij in op de mensenrechtelijke en nationaalrechtelijke aspecten van afzondering en fixatie. Aan het einde komt aan bod hoe de combinatie van klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie tot nieuwe inzichten leidt.*

### 1. TOENEMENDE BELEIDSMATIGE AANDACHT

De Vlaamse overheid besteedt in toenemende mate aandacht aan afzondering en fixatie in de residentiële zorg. Katalysator is een inspectieronde van Zorginspectie, eerst in de geestelijke gezondheidszorg en vervolgens in andere zorg- en welzijnssectoren (ZORGINSPECTIE, 2017; 2018a; 2018b). Hieruit blijkt dat afzondering en fixatie te vaak veelvuldig en langdurig worden toegepast, soms ook op een onveilige wijze. Dat staat in contrast met de internationale consensus om afzondering en fixatie zo kort en zo weinig mogelijk toe te passen.

De vaststellingen van Zorginspectie leid(d)en tot beleidsinitiatieven om afzondering en fixatie te voorkomen en om ze zo kwaliteitsvol en menswaardig mogelijk uit te voeren indien zorgaanbieders er niet in slagen ze te vermijden. Zo werd een uniform begrippenkader ontwikkeld (AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, n.d.), wordt een gegevensset uitgebouwd om een zicht te krijgen op de toepassing, duur en frequentie van afzondering en fixatie (ICOPA, n.d.) en werd in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in drie fasen gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. In een eerste fase werd een MDR ontwikkeld voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij agressie en escalatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (PEETERS, et al., 2019a; 2019b: te raadplegen via steunpuntwvg.be). Een tweede fase breidde deze MDR uit met technieken, die bovendien ook op de brede residentiële jeugdhulp van toepassing zijn (VANLINTHOUT, et al., 2020a; 2020b). In een derde fase – die loopt tot medio 2021 – wordt de MDR opnieuw uitgebreid. Ten eerste wordt het toepassingsgebied

verbreed tot de residentiële jeugdhulp. Ten tweede worden aanbevelingen ontwikkeld voor andere finaliteiten van afzondering en fixatie dan het onder controle krijgen van acute en ernstige agressie of escalatie. Zo wordt i.h.b. fixatie soms gebruikt als zorghandeling, bijvoorbeeld om valrisico of dwaalgedrag te vermijden.

Deze bijdrage focust op de eerste fase van de MDR, waarvan wij de auteurs zijn. Dit voor de klinische praktijk ontwikkelde instrument is ook vanuit juridisch oogpunt relevant. Bij de ontwikkeling ervan stonden niet enkel klinisch-wetenschappelijke, maar ook juridische doelstellingen voorop. Ten eerste moest de richtlijn naast klinisch-wetenschappelijk ook mensenrechtelijk onderbouwd zijn. Ten tweede moest de richtlijn afgestemd zijn op het Belgische rechtskader. Beide doelstellingen komen in wat volgt aan bod. Tot slot bespreken we hoe we klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie integreerden en hoe dit tot nieuwe inzichten heeft geleid.

## 2. EEN KWESTIE VAN MENSENRECHTEN

Het gebruik van afzondering en fixatie als dwangmaatregel bij agressie en escalatie krijgt veel mensenrechtelijke aandacht. Het gaat immers om een verregaande beperking van het recht op privéleven en recht op vrijheid. Bovendien raken deze maatregelen aan de menselijke waardigheid, waardoor ze in het vizier komen van het verbod op een onmenselijke en vernederende behandeling. Waar het toelaatbaar is om het privéleven en de vrijheid op een proportionele wijze in te perken als er een wettelijke grondslag voor bestaat en de inperking een laatste redmiddel is om een gerechtvaardigd doel te bereiken, geldt er een absoluut verbod om zorggebruikers onmenselijk en vernederend te behandelen (OPGENHAFFEN, 2020).

Er bestaat onenigheid over de mate waarin afzondering en fixatie in de GGZ als dwangmaatregel gebruikt mogen worden. De meeste mensenrechtenorganen, waaronder ook het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna EHRM) en het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (hierna CPT) aanvaarden het als laatste redmiddel om onmiddellijke of dreigende schade bij de zorggebruiker of bij derden te vermijden.<sup>1</sup> Een strengere benadering is terug te vinden bij het Comité van de Verenigde Naties dat toezicht houdt op de naleving van het Verdrag van 13 december 2006 inzake de rechten van personen met een handicap. Omdat er nagenoeg steeds een verband bestaat met een psychosociale handicap, beschouwt het Comité elke (dwang)toepassing van afzondering en fixatie als een vorm van discriminatie op grond van handicap (CALLAGHAN & RYAN, 2014). Vanuit een principiële standpunt is dat niet onbegrijpelijk: wereldwijd worden beide immers vaak (en langdurig) toegepast wegens een gebrek aan gepaste zorg (HUMAN RIGHTS WATCH, 2020). Echter, zelfs met gepaste zorg kunnen er zich incidenten voordoen. Het Comité verduidelijkt niet wat er dan dient te gebeuren. Het gebrek aan een antwoord leidt tot een lacune, te meer omdat ook alternatieve vormen van dwang – bijvoorbeeld een dwangbehandeling of minder verregaande beperkingen op de bewegingsvrijheid – worden afgewezen (OPGENHAFFEN, 2020).<sup>2</sup> De benadering van het Comité lijkt ons daarom momenteel (nog) niet toepasbaar; de ontwikkelde MDR is dan ook gebaseerd op de klassiekere benadering van onder meer het EHRM en het CPT. Dit sluit niet uit

- 1 EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureg t. Tsjechië, § 96; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S. t. Kroatië (n°2), § 104; Standards of the CPT on Means of Restraint in Psychiatric Establishments for Adults (21 maart 2017), CPT/Inf(2017)6, §1.4.
- 2 General Comment N°1 of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities on Article 12 (Equal Recognition Before the Law)(19 mei 2014), UN Doc. CRPD/C/GC1 (2014), p. 10.

dat het Comité een sterk signaal geeft: afzondering en fixatie zijn mensenrechtelijk allerm minst vanzelfsprekend.

Voor het EHRM en CPT zijn afzondering en fixatie niet per definitie in strijd met de mensenrechten, maar kunnen er bij de toepassing mensenrechtenschendingen ontstaan. Hun hoofddoelstelling is om ongerechtvaardigde en mensonterende toepassingen op te sporen (CPT) of te veroordelen (EHRM). Dit roept de vraag op wanneer afzondering en fixatie ongerechtvaardigd en/of mensonterend zijn. Het antwoord vormt voer voor casuïstiek: onder meer de aard van de opname (gedwongen/vrijwillig), de ernst van de agressie of escalatie, de aanwezigheid van voldoende waarborgen en de duur van de maatregel zijn bepalend voor de uitkomst (OPGENHAFFEN, 2020). Wat de duur betreft, bevestigde het EHRM recent dat de 23 uur durende fixatie van een gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt die geweld gebruikte niet per sé een onmenselijke behandeling vormt, voor zover het onmiddellijke of dreigende gevaar dat aanleiding gaf tot de maatregel nog steeds aanwezig is en alternatieven nog steeds ontbreken.<sup>3</sup> Denemarken werd echter veroordeeld omdat bleek dat de maatregel voortduurde ook al was het gevaar geweken: na enkele uren gaven doktersverslagen reeds aan dat de zorggebruiker kalm was en nog slechts een ‘potentieel’ gevaar vormde; gedurende de twaalf uur durende nachtshift was er niemand aanwezig die bevoegd was om de maatregel te beëindigen; het duurde meer dan anderhalf uur vooraleer de beslissing tot stopzetting van de fixatie werd uitgevoerd.<sup>4</sup> De zaak toont aan hoe de organisatie van de zorg een impact heeft op de mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie, en bevestigt zo de nood aan richtlijnen voor zorgaanbieders.

Dat roept de vraag op hoe zorgaanbieders mensenrechtenschendingen kunnen vermijden. Wat zijn bijvoorbeeld passende waarborgen om te vermijden dat de maatregel niet langer duurt dan nodig; wat is een menswaardige omgang met de zorggebruiker tijdens de maatregel; hoe kunnen uitwassen en misbruik vermeden en beteugeld worden? Een antwoord op deze (en andere) concrete vragen vonden we in de landenrapporten en de inspectiestandaard van het CPT. Op basis daarvan stelden we een toetsingskader op, waaraan de richtlijnen in de MDR moesten voldoen. Dat toetsingskader geeft een concrete invulling aan soms vage mensenrechtelijke principes (wettelijkheid, legitimiteit, subsidiariteit en proportionaliteit). Bijvoorbeeld, wat de duurtijd van de maatregel betreft kan een mensenrechtenschending vermeden worden door principiële maximumtijden in de wet en/of het beleid van de voorziening vast te leggen, door voortdurend toezicht uit te oefenen, door ervoor te zorgen dat er steeds een zorgverlener beschikbaar is die bevoegd is om de maatregel te beëindigen en door op vaste tijdstippen de situatie van de zorggebruiker opnieuw te beoordelen (PEETERS, et al., 2019a).

### 3. HET (ONTBREKENDE) RECHTSKADER IN VLAANDEREN

We ontwikkelden het toetsingskader om de aanbevelingen in de MDR te beoordelen en aan te vullen, maar het kan ook gebruikt worden om het rechtskader in Vlaanderen te beoordelen. Een duidelijk en gedetailleerd rechtskader is een noodzakelijke waarborg om mensenrechtenschendingen bij afzondering en fixatie te vermijden (CPT, 2017). Dat rechtskader regelt de toelaatbare vormen van afzondering en fixatie en toepassingsvoorwaarden ervan (OPGENHAFFEN, 2020).

3 EHRM 15 september 2020, nr. 45439/18, Aggerholm t. Denemarken, § 104-105.

4 *Ibid.*, § 111-113.

Het rechtskader in Vlaanderen is lang niet zo robuust als het EHRM en CPT vereisen. De bestaande regelgeving – lagere wetgeving en een oude omzendbrief<sup>5</sup> – is een onvolledig lap-pendecken van vooral technische normen. Zo zijn er (beperkte) regels over de inrichting van de ruimte, veiligheid, comfort, toezicht en registratie bij afzondering. Gelijkaardige regels voor fixatie zijn er niet. Het Koninklijk Besluit dat de bevoegdheid van de verpleegkundigen afbakt, bepaalt dat naast artsen ook verpleegkundigen (zonder voorschrift) zorggebruikers mogen afzonderen of fixeren.<sup>6</sup> De rechtspositie van de patiënt bij afzondering en fixatie is daarentegen niet geregeld. Ook een specifieke rechtsgrond die aangeeft wanneer afzondering en fixatie gebruikt mogen worden, is er niet. Dat is wellicht de belangrijkste lacune: op welke rechtsgrond kan een hulpverlener zich beroepen om een zorggebruiker af te zonderen of te fixeren?

De Wet patiëntenrechten ligt het meest voor de hand. Deze plaatst echter de vrije, voorafgaande en herroepbare toestemming voorop en kent geen ruimte voor dwang.<sup>7</sup> Enkel een spoedgeval zou een kortdurende interventie kunnen verantwoorden als dat in het onmiddellijke belang is van de gezondheid van de zorggebruiker.<sup>8</sup> Het spoedgeval is evenwel enkel toepasbaar als de wil van de zorggebruiker niet gekend is (bv. bij een spoedopname) en mag niet gebruikt worden door een hulpverlener die weet dat de zorggebruiker geen afzondering en fixatie wil. Ook wilsonbekwaamheid is geen vrijgeleide; wilsonbekwame zorggebruikers moeten immers vertegenwoordigd worden.<sup>9</sup> De hulpverlener moet aan de vertegenwoordiger toestemming vragen en moet een weigering respecteren, tenzij dit het leven of de gezondheid van de zorggebruiker ernstig in gevaar brengt.<sup>10</sup> Een vervangende toestemming voor afzondering en fixatie is overigens niet vanzelfsprekend: de vertegenwoordiger mag immers enkel toestemmen met wat de zorggebruiker gewild zou hebben (OPGENHAFFEN, 2020).

Omdat ze moeilijk te onderbouwen zijn via de Wet Patiëntenrechten, worden afzondering en fixatie in acute situaties meestal via de noodtoestand gelegitimeerd. Dat is een algemene rechtvaardigingsgrond uit het strafrecht die toelaat om kortdurend en proportioneel in te grijpen bij een ernstig, dreigend en nabij gevaar voor de integriteit van een persoon (DIERICKX, 2007). De criteria van noodtoestand komen daarmee overeen met het toepassingscriterium voor afzondering en fixatie dat door de mensenrechten en de klinisch-wetenschappelijke literatuur wordt voorop geschoven (PEETERS, et al., 2019a). Het toepassingscriterium vormt daardoor geen probleem; wel problematisch is dat de noodtoestand geen enkele sturing biedt bij de toepassing ervan bij afzondering en fixatie (bv. bevoegdheid, inspraak, keuze van de maatregel ...) en geen enkele garantie biedt dat de fundamentele rechten van de zorggebruiker gerespecteerd worden (bv. duurtijd, toezicht, herbeoordeling ...). Dat staat ook een behoorlijke handhaving in de weg (OPGENHAFFEN, 2018).

5 Omz.Vl. 24 oktober 1990 betreffende afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen van algemene ziekenhuizen.

6 Punt 5, Bijlage I KB 18 juni 1990 houdende 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.

7 Art. 8, § 1 en 4 wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS. 26 september 2002 (Hierna: Wet Patiëntenrechten).

8 Art. 8, § 5 Wet Patiëntenrechten.

9 Art. 12 en 14 Wet Patiëntenrechten.

10 Art. 15, § 2 Wet Patiëntenrechten.

#### 4. COMPLEMENTAIRE EN TEGENSTRIJDIGE EVIDENTIE

Uit de mensenrechten volgen tal van aanbevelingen om een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie te garanderen (*supra*). Tegelijk blijkt het rechtskader in Vlaanderen te vaag om deze garanties te bieden. Hoewel de ontwikkelde MDR geen wettelijke regeling is, maar niet-bindende aanbevelingen formuleert aan zorgaanbieders, kan ze de juridische lacune ten dele opvangen. De ontwikkelde MDR is evenwel geen juridisch document, maar een voor zorgaanbieders ontwikkelde reeks aanbevelingen vanuit zowel klinisch-wetenschappelijke als mensenrechtelijke hoek. Om beide te integreren werd de GRADE-methode aangepast (BARBUI & CIPRIANI, 2011). Deze methode wordt klassiek gebruikt om richtlijnen op basis van uitsluitend klinische evidentie te ontwikkelen. Omdat ze veelal complementair bleken – het klinische legt de nadruk op preventie, de mensenrechten op de (menswaardige) toepassing – besloten we beide disciplines ook als complementair te behandelen. De aanbevelingen vloeien daardoor voort hetzij uit een combinatie van klinisch-wetenschappelijke en mensenrechtelijke evidentie, hetzij uit klinisch-wetenschappelijke of mensenrechtelijke evidentie. Wel achtten we het niet wenselijk om aanbevelingen op te nemen die door één van beide disciplines worden afgewezen. Dat probleem van tegenstrijdige evidentie kwam meermaals aan het licht, maar was vaak op te lossen door een aanbeveling te herformuleren en hetzij klinische principes van goede zorg (i.e. herstelgerichte, participerende en trauma-geïnformeerde zorg), hetzij mensenrechtelijke principes toe te voegen. Heel uitzonderlijk bleken (onderdelen van) aanbevelingen onverzoenbaar: in zo'n geval werden ze niet in de MDR opgenomen.

Een voorbeeld van deze onverzoenbaarheid is de te volgen procedure bij afzondering en fixatie tijdens een vrijwillige opname. Mensenrechtelijk is er sprake van een vrijheidsberoving in de zin van artikel 5 EVRM, waardoor de zorggebruiker recht heeft op de strenge waarborgen die dat artikel biedt. Het CPT vereist dan ook om van zodra de maatregel een bepaalde tijdsduur overschrijdt, de procedure inzake dwangopname te starten.<sup>11</sup> Met een dwangopname wordt een correcte toepassing van artikel 5 EVRM immers gegarandeerd en heeft de zorggebruiker toegang tot gepaste rechtswaarborgen. Klinisch-wetenschappelijke evidentie wees deze aanbeveling echter af: een gedwongen opname kan immers tot meer agressie leiden (AKHTER, et al., 2019; SEED, et al., 2016) en heeft een negatieve impact op de therapeutische relatie (LAWRENCE, et al., 2019), wat de kans op nieuwe afzonderingen of fixaties doet toenemen (BLAIR & MOULTON-ADELMAN, 2015; GOULET, et al., 2017; HUCKSHORN, 2004). De mensenrechtelijke aanbeveling werd daarom niet in de MDR opgenomen.

Bovenstaand voorbeeld voedt een pleidooi om bij rechtsontwikkeling rekening te houden met inzichten uit andere disciplines. Wanneer de remedie ernstiger blijkt dan de kwaal, dan is het aan te bevelen om het recht te herzien. Een dwangopname – het residentieel opnemen van een zorggebruiker en hem alle bewegingsvrijheid ontzeggen – staat soms niet in proportie met wat ermee vermeden wordt. Tegelijk is het vaak het enige dwanginstrument. Dat sluit niet uit dat rechtswaarborgen belangrijk zijn en dat ook personen die tijdens een vrijwillige opname met dwang geconfronteerd worden, over voldoende waarborgen en rechtsmiddelen moeten beschikken. Het voorbeeld toont o.i. aan dat de dwangopname als enige geregelde dwangvorm voorbijgestreefd is. Een gediversifieerdere regeling over

11 Standards of the CPT on Means of Restraint in Psychiatric Establishments for Adults (21 maart 2017), CPT/Inf(2017)6, titel 10; Report of the CPT on the visit to the Czech Republic from 1 april to 10 april 2014 (31 maart 2015), CPT/Inf (2015) 18, § 163; Report of the CPT on the visit to Malta from 3 september to 10 september 2015 (25 oktober 2016), CPT/Inf (2016) 25, § 153.

dwang, bestaande uit meerdere (minder verregerende en verregerende) instrumenten, telkens omkaderd met gepaste rechtswaarborgen, is wenselijk.

## REFERENTIES

- AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID. (n.d.). *Begrippenkader vrijheidsbeperkende maatregelen*. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/uniform-begrippenkader>.
- AKHTER, S. F., MOLYNEAUX, E., STUART, R., JOHNSON, S., SIMPSON, A., & ORAM, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detection under mental health legislation: Systematic review and qualitative meta-synthesis. *British Journal of Psychiatry Open*, 5(37). doi: 10.1192/bjo.2019.19
- BARBUI, C., & CIPRIANI, A. (2011). What are evidence-based treatment recommendations? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 29–31. doi: 10.1017/S2045796011000084
- BLAIR, M., & MOULTON-ADELMAN, F. (2015). The engagement model for reducing seclusion and restraint: 13 years later. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53, 39–45. doi: 10.3928/02793695-20150211-01
- CALLAGHAN, S. M., & RYAN, C. (2014). Is there a future for involuntary treatment in rights-based mental health law? *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(5), 747–766.
- DIERICKX, A. (2007). Over de putatieve noodtoestand. *Nullum Crimen*, 395–403.
- GOULET, M., LARUE, C., & DUMAIS, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139–146. doi: 10.1016/j.avb.2017.01.019
- HUCKSHORN, K. A. (2004). Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42, 22–33.
- HUMAN RIGHTS WATCH. (2020). *Living in Chains. Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide*. [https://www.hrw.org/sites/default/files/media\\_2020/10/global\\_shackling1020\\_web\\_2.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_2.pdf).
- ICOPA. (n.d.). *minimale en intersectorale gegevensset voor de toepassing van afzondering en fixatie*. <https://www.icoba.be/minimale%20en%20intersectorale%20gegevensset#>.
- LAWRENCE, R. E., PEREZ-COSTE, M. M., BAILEY, J. L., DESILVA, R. B., & DIXON, L. B. (2019). Coercion and the inpatient treatment alliance. *Psychiatric Services*, 70, 1110–1115.
- OPGENHAFFEN, T. (2018). Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van Zorginspectie. *Rechtskundig Weekblad*, 82(3), 83–98.
- OPGENHAFFEN, T. (2020). *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*. Intersentia.
- PEETERS, T., DE CUYPER, K., OPGENHAFFEN, T., BUYCK, I., PUT, J., & VAN AUDENHOVE, C. (2019a). *De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg: Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>.
- PEETERS, T., DE CUYPER, K., OPGENHAFFEN, T., BUYCK, I., PUT, J., & VAN AUDENHOVE, C. (2019b). *De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef21-mdr-afzondering-en-fixatie-eindrapport>.
- SEED, T., FOX, J. R. E., & BERRY, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82–94. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014

- VANLINTHOUT, E., DE CUYPER, C., VANHOOF, J., PEETERS, T., OPGENHAFFEN, T., NIJS, S., VAN ACHTERBERG, T., & VAN AUDENHOVE, C. (2020). *De ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- VANLINTHOUT, E., DE CUYPER, C., VANHOOF, J., PEETERS, T., OPGENHAFFEN, T., NIJS, S., VAN ACHTERBERG, T., VAN AUDENHOVE, C. (2020b). *Intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. Voor toepassing in de context van agressie en escalatie*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- ZORGINSPECTIE. (2017). *Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderspsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen*. [https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017\\_Zorginspectie\\_beleidsrapport\\_VBM.pdf](https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017_Zorginspectie_beleidsrapport_VBM.pdf).
- ZORGINSPECTIE. (2018a). *Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij jongeren in de gemeenschapsinstellingen en het Vlaams Detentiecentrum*. [https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Rapport\\_VBM\\_GI\\_2018.pdf](https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Rapport_VBM_GI_2018.pdf).
- ZORGINSPECTIE. (2018b). *Inspectieverslag thematische inspectie vrijheidsbeperkende maatregelen (sector voor personen met een handicap)*. [https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/20180524\\_modelverslag\\_thema\\_VBM.pdf](https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/20180524_modelverslag_thema_VBM.pdf).