

**Vrijheidsbeperkende maatregelen en
fysieke interventies binnen de
gezondheidszorg: naar een duidelijk
wettelijk kader**

naar een beschermend kader voor vrijheidsbewaring

Felten De Meulenaere

August 2026

Contents

Voorlichtende toeschrijving	4
Prolegomena	5
De persoonlijke voorafgaande aanleiding tot het schrijven	13
Bevoegdheid en controle	21
De wettelijke afbakening van de geneeskundige en verpleegkundige bevoegdheid	21
Fysieke beveiliging als verpleegkundige verstrekking	27
De Kwaliteitswet: professionele verantwoordelijkheid, organisatie en	
transparantie	29
<i>Het Patientendossier als instrument van transparantie</i>	30
<i>Procedures en voorspelbaarheid</i>	31
Toezicht als professionele activiteit	32
<i>Toezicht en fysieke beveiliging</i>	34
<i>Toezicht als externe controle</i>	34
<i>Toezicht is geen onbeperkte controle</i>	35
Vrijheid, Afzondering en Toezicht	37
Bewegingsvrijheid en toezicht	40
<i>Toezicht binnen een IB-diens</i>	40
<i>Zorgkundige verantwoordelijkheid binnen een IB-dienst</i>	41
<i>Toezicht is geen zelfstandige grond voor vrijheidsbeperking</i>	42
Tijdelijke afzondering en de inrichting van afzonderingsruimtes	44
<i>De regeling voor tijdelijke afzondering</i>	44
<i>Toezicht én maximale privacy</i>	45
<i>Toegankelijkheid en sanitaire voorzieningen</i>	46
<i>Toezichtstelsel, oproepsysteem en tijdsaanduiding</i>	47
<i>Natuurlijke lichtinval</i>	48
<i>Veiligheid en Comfort</i>	48
<i>Materiaal, verlichting en omgevingskwaliteit</i>	48
<i>De deur en de inrichting van de ruimte</i>	48
Veiligheid en fysieke beveiliging	50
Organisatorische en zorgkundige verantwoordelijkheden binnen psy-	
chiatrische diensten	52
<i>Medische en verpleegkundige verantwoordelijkheid en personeel-</i>	
<i>organisatie</i>	52

<i>Bezettingsnormen en personele verantwoordelijkheid</i>	53
<i>Multidisciplinaire opvolging en verantwoordelijkheid</i>	54
<i>Het aantal patiënten per kamer en de mogelijkheid tot observatie</i>	54
Frequentie, duur en evaluatie van afzondering	57
<i>Toezicht, tijdsduur en opvolging</i>	57
<i>Een belangrijk aanvullend kader: het decreet betreffende GGZ-aanbod</i>	58
<i>De rechtspositie van minderjarigen: een concreter normatief model</i>	59
<i>Betekenis voor het psychiatrische ziekenhuis</i>	60
De wetenschappelijke basis: van psychische aandoening naar betekenisvol handelen	61
Erkenning van de ergotherapie als paramedisch gezondheidszorgberoep	64
Handelen als onderwerp wetenschappelijk onderzoek	66
<i>Functioneren en de domeinen van het leven</i>	68
<i>De domeinen van het functioneren</i>	69
<i>Van functioneren naar handelen</i>	71
<i>Inzake de activiteiten met betrekking op de domeinen van het leven</i>	72
<i>Van activiteit naar de concrete ervaring van het handelen</i>	75
<i>Van occupatie naar de sturing, beheersing en de betekenisverlening van het handelen</i>	78
<i>De weg naar Handelen: Handelingsbekwaamheid</i>	82
De verstoorde controle van het Handelen	87
<i>De handelingsmogelijkheid</i>	90
<i>De bescherming van de handelingsmogelijkheid: occupational injustice als grens aan het beperkend ingrijpen</i>	98
<i>Occupational deprivation en het verlies van dagelijkse handelingsmogelijkheden</i>	114
<i>Institutionele en sociale vormen van occupational injustice</i>	117
<i>Afzondering, fixatie en de occupationele gevolgen van dwang</i>	123
<i>Constraint als grens tussen bescherming en occupational injustice</i>	129
Vlaamse richtlijnen rond Vrijheidsbeperkende maatregelen	133
Definities en begrippenkader van vrijheidsbeperkende maatregelen	134
Wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en onderzoek	141
<i>Het intersectorale richtlijnenkader</i>	141
<i>De multidisciplinaire richtlijn voor de residentiële GGZ</i>	142
<i>Van sectorale naar intersectorale richtlijnen</i>	143
Zorginspectie en vrijheidsbeperkende maatregelen	144
<i>De rol van Zorginspectie</i>	144
<i>Positie van Zorginspectie binnen jeugdhulp, VAPH en geestelijke gezondheidszorg</i>	144
<i>Vergelijking tussen de sectoren</i>	150
<i>Vorming, opleiding en deskundigheidsbevordering</i>	159

Naar een handelingsgericht concept van vrijheidsbewaring	167
De noodzaak van een aanvullend concept	172
Een handelingsgericht kader: het Participatory Occupational Justice	
Framework	175
<i>Occupation: het dagelijks handelen als domein van zorg</i>	175
<i>OEnabling en enablement: hoe zorgkundigen handelen</i>	176
<i>Occupational justice: waarom occupation mogelijk maken?</i>	177
<i>Kritische reflexiviteit</i>	178
<i>Participatie en gedeelde besluitvorming</i>	178
Zes vaardigheden voor een handelingsgerichte praktijk	181
<i>Bewustzijn van occupationele onrechtvaardigheid vergroten</i>	181
<i>Collaboratief samenwerken met partners</i>	182
<i>Overeenstemming bereiken over een plan</i>	182
<i>Strategieën ontwikkelen voor het vinden van middelen</i>	183
<i>Implementatie en voortdurende evaluatie ondersteunen</i>	184
<i>Belangenberhartiging voor duurzaamheid of berusting inspireren</i>	184
<i>De zes vaardigheden als handelingsgericht proces</i>	185
Occupationele rechtvaardigheid en de bewaring van handelingsvrijheid	186
<i>De vier occupationele rechten</i>	187
<i>Vormen van occupationele onrechtvaardigheid</i>	189
<i>Occupationele rechtvaardigheid en de beroepsmatige zorgpraktijk</i>	191
<i>Kritische reflexiviteit en beroepsmatige zorgkundige macht</i>	192
<i>Naar de bewaring van handelingsvrijheid</i>	192

Voorlichtende toeschrijving

aan KDS *Aan de medebewoner die mij tijdens een gedwongen opname liet zien hoe een uitzonderlijke afzonderingsmaatregel kon uitgroeien tot een dagelijks apart regime. Aan wie een dagelijks schema werd opgelegd waarin dagelijkse afzondering en opsluiting als een "activiteit" werd omschreven. En aan allen voor wie woorden niet alleen beschrijven wat gebeurt, maar ook bepalen wat gerechtvaardigd wordt.*

Voor iedereen die heeft ervaren hoe vrijheid kan verdwijnen achter woorden, hoe gehoorzaamheid zelf een voorwaarde wordt voor menselijkheid, en hoe een maatregel die bedoeld is als uitzondering ongemerkt een dagelijkse werkelijkheid kan worden.

Zijn verhaal roept fundamentele vragen op over de grenzen van de psychiatrische praktijk, de betekenis van wetenschappelijke begrippen en de rechtsbescherming van mensen die aan vrijheidsbeperkende maatregelen worden onderworpen.

Moge dit werk bijdragen aan een zorg waarin wetenschap, recht en menselijke waardigheid steeds onlosmakelijk met elkaar verbonden blijven.

Verklaring inzake het gebruik van artificiële intelligentie

Dit boek werd gedeeltelijk opgesteld met behulp van artificiële intelligentie (AI). De inzet van AI had uitsluitend een **ondersteunende functie** en werd voornamelijk gebruikt als schrijfhulpmiddel, onder meer bij het structureren en formuleren van teksten en bij het opstellen en verbeteren van LaTeX-syntax.

De inhoudelijke keuzes, interpretaties, argumentatie en uiteindelijke inhoud van dit boek blijven de verantwoordelijkheid van de auteur. AI werd niet beschouwd als auteur of als inhoudelijke eindverantwoordelijke voor het gepresenteerde werk. De door AI gegenereerde of ondersteunde output werd door de auteur beoordeeld, aangepast en waar nodig gecorrigeerd.

Indien de lezer onduidelijkheden, onjuistheden of andere inhoudelijke onvolkomenheden vaststelt, wordt deze uitgenodigd om de auteur hiervan op de hoogte te brengen. Als auteur en afzender van dit boek neem ik persoonlijk de **volledige verantwoordelijkheid voor de inhoud ervan**.

Prolegomena

De toelichting van dit onderzoekswerk is ontstaan vanuit een persoonlijke ervaring, maar heeft niet de bedoeling om bij die persoonlijke ervaring te blijven.

Wat mij is overkomen binnen een High & Intensive Care-afdeling, die volgens de wettelijke bepalingen erkend werd als een **A-Dienst**, dat is, "*Dienst neuropsychiatrie: deze dienst richt zich op de observatie en behandeling van volwassen patiënten met psychiatrische problemen. De behandeling kan ook in dagverpleging (ad-plaatsen) of nachtverpleging (an-bedden) plaatsvinden*", **Hoofdstuk III van de Gecoördineerde wet van 11 juli 2008 inzake ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen** handelt over de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, waarbij **art. 66** bepaalt dat de Koning normen kan vaststellen voor verschillende soorten ziekenhuisdiensten.

Deze normen zijn worden verder uitgewerkt in het **koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd**. Dit KB vormt een belangrijk normatief kader voor organisatie van onder andere psychiatrische ziekenhuiszorg. **Artikel 1** van het koninklijk besluit bepaalt dat de ziekenhuizen en hun diensten moeten beantwoorden aan de normen die in de bijlage bij het besluit zijn vastgesteld.

Voor het vraagstuk van vrijheidsbeperking zijn in het bijzonder de bijzondere normen voor psychiatrische diensten relevant. Het besluit bevat bepalingen die betrekking hebben op de inrichting van ruimten voor tijdelijke afzondering, waarbij onder meer rekening moet worden gehouden met de doelgroep, de frequentie en de gemiddelde duur van het gebruik van de afzondering. Tevens worden voorwaarden gesteld aan de mogelijkheid tot toezicht, de veiligheid en de privacy van de patiënt.

Daarnaast is de bepaling betreffende de psychiatrische SP-diensten relevant. Daarin wordt als uitgangspunt een maximale bewegingsvrijheid vooropgesteld, terwijl tegelijkertijd moet worden verhinderd dat de zorgvrager de dienst zonder toezicht kan verlaten. Deze bepaling illustreert dat het besluit een spanningsveld erkent tussen de bewegingsvrijheid van de zorgvrager enerzijds en de noodzaak van toezicht en veiligheid anderzijds.

Het KB van 23 oktober 1964 moet evenwel worden onderscheiden van een wettelijke bevoegdheidsgrond voor vrijheidsbeneming. Het besluit bepaalt voornamelijk organisatorische en infrastructurele voorwaarden ziekenhuisdiensten moeten voldoen. Het feit dat het besluit voorwaarden stelt aan afzonderingsruimten of toezicht, betekent bijgevolg niet dat het op zichzelf een algemene bevoegdheid verleent om een zorgvrager in zijn bewegingsvrijheid te beperken, te fixeren of af te zonderen. De bepalingen zijn vooral van belang voor de wijze waarop een

ziekenhuis dergelijke maatregelen organisatorisch en materieel moet omkaderen.

Voor de psychiatrische context zijn bijgevolg drie aspecten van het KB bijzonder relevant.

1. De bescherming van de bewegingsvrijheid van (de oudere)zorgvrager
2. De voorwaarden waaronder tijdelijke afzondering organisatorische wordt gefaciliteerd.
3. De vereisten inzake toezicht, veiligheid en privacy

Deze elementen bieden een eerste aanknopingspunt voor de beoordeling van de rechtmatigheid en proportionaliteit van vrijheidbeperkende of afzonderingsmaatregelen binnen een psychische ziekenhuisomgeving.

Het **KB van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke**, specificeert de voorschriften voor psychiatrische diensten die personen opnemen onder een beschermingsmaatregel. In **Art. 1**, de algemene bepalingen van dit KB, kan men de *soorten psychiatrische diensten vaststellen*. Het bepaalt evenzeer dat de diensten die onder de beschermingswetgeving vallen, *over een huishoudelijk reglement moeten beschikken*. Dit reglement moet, overeenkomstig **artikel 3, 1**, ter goedkeuring worden voorgelegd aan de bevoegde overheid en wordt bovendien ter kennis gebracht van de procureur des Konings en de bevoegde vrederechter.

Het reglement heeft daarbij niet louter een organisatorische functie. **Artikel 3, 2**, bepaalt dat het ten minste bepaalde aangelegenheden moet regelen, waaronder de **interne beschermingsmaatregelen en de wijze waarop de rechten van de zieke worden gewaarborgd** in het bijzonder de rechten die voortvloeien uit **artikel 32** van de wet van 26 juni 1990. Het huishoudelijk reglement vorm daarmee een belangrijk kader waarbinnen de rechten en vrijheden van personen die aan een beschermingsmaatregel zijn onderworpen, in de dagelijkse praktijk moeten worden gewaarborgd.

Artikel 32 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon met een psychiatrische aandoening vormt een belangrijke waarborg voor de rechtspositie van de persoon die aan een beschermingsregel is onderworpen. Het artikel vertrekt vanuit het uitgangspunt dat een psychiatrische aandoening of het onderworpen zijn aan een beschermingsmaatregel niet betekent dat iemand zijn fundamentele rechten verliest. Integendeel, ook binnen een residentiële of beschermde zorgcontext blijft de persoon een onderwerp binnen het recht, wiens vrijheid, waardigheid en persoonlijke overtuigingen die alsdusdanig moeten worden gerespecteerd.

In **1 van Art. 32** wordt bepaald dat iedere persoon met een psychiatrische aandoening wordt behandeld met de eerbiediging van zijn vrijheid van

mening en van zijn godsdienstige en filosofische overtuigingen. Daarnaast moet de behandeling gericht zijn op het bevorderen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid, de sociale en familiale contacten en de culturele ontplooiing van de persoon. Deze bepaling gaat daarmee verder dan het louter aanbieden van medische zorg. Zij legt ook een verplichting op om de persoon als een geheel te benaderen en ruimte te laten voor familiale, culturele en persoonlijke eigenheid.

Van bijzonder belang is dat deze rechten niet verdwijnen doordat iemand in een residentiële instelling verblijft. **2 van Art. 32** bevat daarom verschillende concrete waarborgen. Verzoekschriften en klachten die gericht zijn aan gerechtelijke of administratieve overheden mogen niet worden ingehouden, geopend of vernietigd. Het recht om zich tot bevoegde instanties te wenden wordt daarmee uitdrukkelijk beschermd. Dit is essentieel omdat een persoon die aan een beschermingsmaatregel is onderworpen zich juist in een situatie kan bevinden waarin er een afhankelijkheidsrelatie bestaat ten aanzien van de zorginstelling en de zorgverleners.

Ook het recht op contact met andere wordt beschermd. De persoon kan in de residentiële instelling bezoek ontvangen van zijn advocaat en van een door hem gekozen arts. Daarnaast kan hij overeenkomstig het huishoudelijk reglement, bezoek ontvangen van een vertrouwenspersoon of, behoudens geneeskundige contra-indicatie, van iedere andere persoon. Het huishoudelijk reglement mag daarbij niet worden begrepen als een vrijbrief om contacten naar eigen goeddunken te beperken en gelezen moet worden binnen het ruimere kader van de wettelijke rechten die artikel 32 waarborgt.

Artikel 32 kan daarom worden beschouwd als een belangerijke tegenhanger van de bevoegdheden die binnen een beschermingsmaatregel aan de instelling en de betrokken zorgverleners worden toegekend. Het artikel maakt duidelijk dat bevoegdheid en bescherming niet hetzelfde zijn. Dat een instelling, of zorgverlener bevoegd is om bepaalde beslissingen te nemen geen afbreuk mag doen aan fundamentele rechten. Integendeel, juist waar bevoegdheden ingrijpen in de vrijheid van een persoon moeten de mogelijkheid tot inspraak, vertrouwelijk contact, rechtsbijstand, en externe toetsing daadwerkelijk kan worden gewaarborgd.

Vanuit dit perspectief heeft artikel 32 niet alleen een juridische, maar ook een praktische betekenis. De rechten die het artikel opsomt, mogen niet uitsluitend op papier bestaan. Zij moeten ook kenbaar, toegankelijk, toetsbaar en daadwerkelijk uitoefenbaar zijn binnen de dagelijkse werking van de instelling. Het eerder besproken huishoudelijke reglement krijgt hierin een bijzondere betekenis: het reglement moet niet alleen de beschermingsmaatregelen die vrijheid, toestemmingen en vermogens van de betrokken persoon beperken, maar moet mede waarborgen op welke wijze deze rechten in de praktijk, die fundamenteel zijn, kunnen worden gerealiseerd. Het is op dit punt dat het verschil tussen een formeel recht en een daadwerkelijk beleefd recht zichtbaar kan worden.

Ook voor het **toepassen van dwangmaatregelen** voorziet het KB van 18 juli 1991 in specifieke waarborgen. **Artikel 5 1** bepaalt dat Wanneer een persoon wordt ondergebracht in een **daartoe aangewezen isoleer- en observatiekamer**, deze maatregelen moet door de geneesheer-hoofd van dienst worden geregistreerd, met vermelding van onder meer de **duur, aard en medische indicatie van de maatregel**. Het register wordt dagelijks geparafeerd door de behandelende geneesheer van dienst, die er tevens zijn bevindingen in noteert. Daarnaast bepaalt **Artikel 5 2** dat het verpleegkundig personeel bij het toepassen van dergelijke maatregelen intensief en regelmatig toezicht moet houden.

Deze bepalingen tonen aan dat beschermingsmaatregelen en vrijheidsbeperkende interventies niet uitsluitend een kwestie zijn van interne organisatie of professioneel handelen. Zij moeten worden ingebed in een kader waarin zowel de noodzakelijkheid en de medische verantwoording van de maatregel als de bescherming van de rechten van de persoon zichtbaar, aantoonbaar en controleerbaar zijn. Het interne reglement krijgt hierdoor niet alleen een organisatorische betekenis, maar fungeert eveneens als een instrument om de rechtspositie van de zorgvrager of zorgontvanger binnen de inrichting daadwerkelijk te waarborgen.

Tijdens mijn verblijf op deze A-dienst viel ik onder een **beschermende observatiemaatregel**, zoals voorzien in de gewijzigde wetgeving betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Deze regelgeving werd gewijzigd door de wet van **16 mei 2024 houdende diverse bepalingen betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke**, die op 1 januari 2025 in werking trad en de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke hervormde.

Een belangrijke doelstelling van deze **hervorming was om de bescherming en rechtspositie van de betrokken persoon met een psychische aandoening te versterken en tegelijkertijd trauma en stigma tot het minimum te beperken**. Daarbij wordt uitdrukkelijk gestreefd naar een zo beperkt mogelijke gebruik van dwangmaatregelen. In dit vernieuwde kader werd onder meer het begrip **”beschermende observatiemaatregel”** ingevoerd als vervanging van het vroegere begrip **”gedwongen opname”**. Deze terminologische en inhoudelijke wijziging benadrukt dat een beschermende maatregel niet louter als een vorm van dwang mag worden beschouwd en dat een vrijheidsbeperkende maatregel steeds vanuit de wettelijke voorwaarden en de concrete situatie van de persoon moet worden gerechtvaardigd. **Dit om te voorkomen dat ’dwang’ niet zonder meer kan worden gerechtvaardigd louter om het feit dat dit vermeld werd in de oude wetgeving.**

In het licht van artikel 32 2 krijgt ook het begrip **”residentiele instelling”** een bijzondere betekenis. De hervorming van de wet betreffende de bescherming van de persoon met een psychiatrische aandoening heeft niet alleen de terminologie

gewijzigd, maar ook het kader waarbinnen een beschermende observatiemaatregel wordt uitgevoerd. **Artikel 4/1 bepaalt dat de beschermende observatiemaatregel plaatsvindt in een residentiële instelling.** Onder een **residentiële instelling** wordt vertaan: **een instelling die daartoe is erkend door de overheden die bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid en die voldoende veiligheidsgaranties biedt voor de betrokkene en de samenleving, en observatie mogelijk maakt, indien nodig met tussenkomst van externe diensten.**

Het begrip **'voldoende veiligheids garanties'** verdient daarbij bijzondere aandacht. Dez veiligheidsgaranties kunnen niet uitsluitend worden begrepen als een organisatorische of fysieke vereiste. De residentiële instelling is immers de plaats waar een maatregel wordt uitgevoerd die rechtstreeks ingrijpt in de vrijheid van de persoon. Het is, om die welomschreven reden, verdedigbaar dat de vereiste van voldoende veiligheidsgaranties mede betrekking heeft op de juridische en procedurele waarborgen die noodzakelijk worden geacht om te voorkomen dat de vrijheidsbeperking verder gaat dan door de wet kan worden gerechtvaardigd.

Het is verdedigbaar dit in samenhang te lezen met artikel 5 en 6 van het EVRM. Artikel 5 heeft betrekking op het recht op vrijheid en veiligheid, terwijl artikel 6 het recht op een eerlijk proces waarborgt. Beide bepalingen zijn relevant wanneer een persoon in een residentiële instelling wordt opgenomen en zijn vrijheid daadwerkelijk wordt beperkt. Vrijheidsbeneming kan slecht plaatsvinden binnen die gevallen die door het Verdrag worden erkend en overeenkomstig wettelijke voorgeschreven procedures. De residentiële instelling is daarbij de plaats waar de vrijheidsbeperkende maatregel feitelijk wordt uitgevoerd. De erkenning van de instelling en de vereiste veiligheidsgaranties kunnen daarom niet worden beschouwd als een zelfstandige bevoegdheid om de vrijheid van de persoon verder te beperken dan toegestaan. De veiligheid die van de instelling wordt verland, moet juist mede waarborgen dat de vrijheidsbeperking binnen de grenzen van de wettelijke en gerechtelijke beslissing blijft.

Ook artikel 6 van het EVRM biedt vanuit dit perspectief een belangrijker rechtstatelijk referentiekader. in 2 wordt bepaald dat eenieder tegen wie een vervolging is ingesteld, voor onschuldig wordt gehouden totdat zijn schuld in recht is komen vast te staan. 3 waarborgt vervolgens verschillende rechten die verband houden met de mogelijkheid om zich daadwerkelijk te verdedigen. Een beschermende observatiemaatregel is weliswaar geen strafrechtelijke vervolging en kan niet zonder meer onder het toepassingsgebied van deze bepalingen worden geacht. Toch kan de achterliggende gedachte relevant zijn: een persoon die tegenover een gerechtelijke procedure komt te staan en wiens vrijheid daardoor structureel wordt beperkt, mag niet systematisch worden gereduceerd tot het voorwerp van die procedurele waarborgen.

Dit is des te belangrijker wanneer de procedure wordt verbonden met het

optreden van de procureur des Konings, het verzoekschrift en de rechterlijke beslissing. De persoon wordt niet vrijwillig en zonder voorwaarden in de residentiële instelling opgenomen, maar verblijft daar omdat een beschermende observatiemaatregel werd opgelegd. In deze gevallen is **artikel 3 van de wet van 26 juni 1990 niet van toepassing**. Het verschil met een vrijwillige opname is fundamenteel: bij een vrijwillige opname kan de persoon de instelling te alle tijde verlaten, terwijl een persoon onder een beschermende observatiemaatregel zijn verblijf niet louter door het intrekken van zijn toestemming kan beëindigen.

Daarom moet de term 'voldoende veiligheidsgaranties' ook vanuit de andere zijde van het begrip veiligheid worden bekeken. Veiligheid betekend niet uitsluitend dat de samenleving en de persoon tegen gevaar worden beschermd; zij betekent eveneens dat de persoon wordt beschermd tegen een ongerechtvaardigde, willekeurige of verdergaande vrijheidsbeperking. De instelling moet dus niet alleen veilig genoeg zijn om de maatregel uit te voeren en observatie mogelijk te maken, maar ook voldoende waarborgen inbedden om de grenzen van de maatregel te beschermen tegen willekeur en onrechtvaardigheid.

Hierin ligt een wezenlijke verantwoordelijkheid voor de residentiële instelling. Zij ontvangt door haar erkenning en door de uitvoering van de beschermende observatiemaatregel bepaalde bevoegdheden, maar deze bevoegdheden vormen geen privilege om de vrijheid van de persoon zelf te definiëren. **Bevoegdheid en erkenning zijn noodzakelijke voorwaarden om verantwoordelijkheid te kunnen opnemen, geen privilege om vrijheid te bepalen.** De vereiste 'voldoende veiligheidsgaranties' moet daarom mede worden opgevat als een garantie dat bevoegdheid niet ongemerkt overgaat in een onbeperkte controle.

Wanneer veiligheid uitsluitend wordt vertaald naar toezicht, beheersing van het handelen en het voorkomen van vertrek, dreigt het begrip zijn rechtstatelijke betekenis te verliezen. De veiligheidsgaranties zou dan paradoxoel genoeg kunnen leiden tot een situatie waarin de persoon juist onvoldoende wordt beschermd tegen de instelling zelf. Een voldoende veilige residentiële instelling is daarom niet enkel een instelling waar een persoon niet zomaar kan vertrekken, maar ook een instelling waar zijn rechten, waardigheid, betrokkenheid, inspraak, communicatie en rechtsbescherming daadwerkelijk worden gewaarborgd.

Het begrip "voldoende veiligheidsgaranties" kan op die manier worden gelezen als een tweevoudige opdracht: de instelling moet voldoende veiligheid bieden om een beschermende observatiemaatregel mogelijk te maken en verantwoord te kunnen uitvoeren, maar moet tegelijkertijd voldoende waarborgen bieden om te voorkomen dat veiligheid wordt gebruikt als rechtvaardiging om vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen die buiten de wettelijke en gerechtelijke grondslag van de maatregel liggen. Juist in dit spanningsveld moeten bescherming en vrijheid naast elkaar blijven bestaan.

Hoewel de theorie en de wetgeving een belangrijk kader vormen voor de behandeling en rechtspositie van mensen met een psychische kwetsbaarheid of aandoening, mag de invloed van taal niet worden onderschat. De begrippen die we hanteren, ook in de wetgeving, bepalen immers niet alleen hoe we de werkelijkheid waarnemen, maar beïnvloeden eveneens hoe de praktijk wordt vormgegeven en toegepast.

Het komt dan ook voor, en dit is niet per se abnormaal, dat de praktijk zich niet onmiddellijk volledig aanpast aan gewijzigde wetgeving of terminologie. Dit is niet noodzakelijk het gevolg van onwil, maar kan eveneens voorkomen uit het feit dat veranderingen tijd vragen om zich aan te passen en in te voegen. Het professionele handelen wordt immers niet van de ene dag op de andere aangepast door enkel de wijziging van een begrip; ervaringen, routings en bestaande gewoontes blijven vaak nog enige tijd doorwerken in de dagelijkse praktijk.

Dit onderzoekend werk heeft dan ook niet tot doel om individuele gezondheidsbeoefenaars te viseren of hun handelen te beoordelen op hun bekwaamheid in de omgang met mensen. Het moet eerder worden begrepen als een werk dat is ontstaan vanuit een persoonlijke ervaring en beleving, en vanuit de vaststelling dat verzet soms een noodzakelijke voorwaarden kan zijn voor wezenlijke veranderingen. Het vertrekpunt ligt dan ook niet in een beschuldiging van bepaalde toegepaste praktijken of gezondheidsbeoefenaar, maar in mijn eigen ervaringen en belevingen die daaruit zijn voortgekomen en de nieuwsgierigheid die dit bij mij heeft uitgelokt om op zoek te gaan naar praktische oplossingen die deze verandering in de praktijk mogelijk maken. Vanuit die positie wil dit werk kritisch onderzoeken hoe wetgeving, taal en praktijk zich tot elkaar verhouden en tegelijk stof tot nadenken bieden over hoe men hoort om te gaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid of aandoeningen.

De toepassing van veiligheid, vrijheidsbeperkende maatregelen en fysieke beveiliging binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), raakt aan fundamentele spanning tussen enerzijds de veiligheid van de betrokken patient, medepatiënten en zorgverleners en anderzijds het recht van de patiënt op integriteit, menselijke waardigheid, zelfbeschikking en vrijheid. Juist omdat vrijheidsbeperkende maatregelen diep kunnen ingrijpen in deze fundamentele waarden, is het van belang dat een duidelijk onderscheid behouden wordt en dat dit onderscheid kan worden vastgesteld.

Indien dit onderscheid in de praktijk niet duidelijk kan worden vastgesteld, bestaat het risico dat de vertrouwensrelatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener wordt aangetast, evenals de betrokkenheid en de onderlinge communicatie en het wederzijds erkenning en begrip dat aan de basis ligt voor de zorgrelatie. Hierdoor kan de zorgrelatie in de praktijk onder druk komen te staan en bestaat het risico dat de psychische kwetsbaarheid of aandoening zich eerder bestendigd of zelfs versterkt. Het is onmiskenbaar dat dwangmaatregelen die

willekeurig worden toegepast of als zodanig worden ervaren, een psychische aan-
doening kunnen veroorzaken, bestendigen of versterken. Daarbij mogen we
niet uit het oog verliezen dat controle en bevoegdheden verschillende begrip-
pen zijn, die enerzijds betrekking hebben op de dagelijkse werking en ander-
zijds op de organisatorische voorwaarden die de erkenning van kwaliteitsvolle
werking van zowel de zorginrichting als de gezondheidsbeoefenaar waarbor-
gen. Hoewel veiligheid, vrijheidsbeperkende maatregelen en fysieke beveiliging
bepaalde raakvlakken vertonen, is het net daarom noodzakelijk om aandachtig
te blijven en opmerkzaam te zijn voor de onderliggende nuances. Net deze nu-
ances dreigen in de dagelijkse praktijk soms verloren te gaan, terwijl net dit
van wezenlijk belang is voor het behoud van duurzame zorgrelaties, een be-
gripvolle verstandhouding met wederzijdse communicatie en uiteindelijk kwali-
tatieve zorg.

Vrijheid mag daarbij geen begrip worden dat vooraf wordt ingevuld en
bepaald door de inrichtende macht, louter op grond van de bevoegdheid die haar
door haar erkenning wordt verleend, noch door institutionele regels en gewoontes
wordt vastgesteld. Evenmin mag vrijheid worden geïnstitutionaliseerd tot een
hefboommechanisme waarmee gedrag wordt beloond of bestraft. Wanneer vri-
jheid afhankelijk wordt gemaakt van gehoorzaamheid, medewerking of het al dan
niet vertonen van gewenst gedrag, dreigt zij haar betekenis als fundamenteel
recht te verliezen en te veranderen in een instrument van controle. In een
dergelijke opvatting over vrijheid verliest toestemming haar intrinsieke waarde
en wordt zij gereduceerd tot een bijkomstigheid: iets dat slechts relevant is voor
zover het past binnen het vooraf bepaalde kader van de inrichting en de wensen
en doelen die de inrichting voor ogen heeft. De toestemming van de persoon
wordt dan niet langer beschouwd als een wezelijke uitdrukking van zelfbepal-
ing en zelfbeschikking, maar eerder als een aanvullende formaliteit binnen een
proces waarin de feitelijke beslissingsmacht elders ligt. In zo'n opvatting kan
er geen sprake zijn van wederkerigheid, erkenning en uiteindelijk de waardering
van datgene wat ons allemaal menselijk maakt en dreigt zij haar betekenis als
fundamenteel begrip te verliezen en te veranderen in een instrument van controle
die door bevoegdheid kan worden afgedwongen. Het is daarom van belang dat
vrijheidsbeperking steeds afzonderlijk wordt gemotiveerd en niet wordt gebruikt
als een vanzelfsprekend middel om gedrag binnen een zorgcontext te sturen.

In de filosofische literatuur wordt hierbij vaak verwezen naar het onderscheid
tussen negatieve en positieve vrijheid, zoals uiteengezet door **Isaiah Berlin** in
zijn invloedrijke essay '*Two Concepts of Liberty* (1958)'. Negatieve vrijheid
verwijst naar de afwezigheid van externe inmengingen, dwang of belemmeringen,
terwijl positieve vrijheid betrekking heeft op de mogelijkheid van een persoon
om zelf richting te geven aan het eigen handelen en daadwerkelijk zeggenschap
te hebben over het eigen leven. Beide vormen van vrijheid verdienen aanzien-
lijke aandacht binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze beide vormen van
vrijheid hangen samen en kunnen niet los van elkaar worden beschouwd, het
risico bestaat dat, indien vrijheid wordt ingezet als middel om gedrag te belo-

nen of te bestraffen, dat zowel negatieve als positieve vrijheid worden uitgehold of aangetast. Vrijheid wordt dan niet langer beschermd, bestendig of versterkt, maar een instrument waarmee het handelen van de persoon wordt gestuurd.

Net daarom is het van wezenlijk belang het onderscheid tussen deze vrijheden te bewaren en te versterken, in plaats van ze verder uit te hollen of in te perken met als doel het gedrag of handelen van een persoon te sturen of te beheersen. Achter iedere patiënt bevindt zich immers een mens met eigen wensen, verlangens, verwachtingen en overtuigingen. Een persoon mag niet worden gereduceerd tot een louter uitvoerend mechanisme dat zich naar een externe wil dient te voegen van de inrichtende macht, noch tot een object waarop een ander zijn bevoegdheid kan uitoefenen. Bevoegdheid is immers geen voorwaarde voor het bestaan van een menselijke wilsuiting, noch van vrijheid. Dat iemand bevoegd is om een beslissing te nemen, betekent niet dat de wil, wensen of stem van de persoon waarop die beslissing betrekking heeft daardoor zonder betekenis moet worden achtergelaten. Bevoegdheid en erkenning zijn voorwaarden om verantwoordelijkheden te kunnen opnemen, maar vormen geen privilege om vrijheid te bepalen, toe te kennen of te ontnemen. Juist binnen een zorgrelatie, waar vertrouwen onontbeerlijk is, moet worden gezocht naar een evenwicht waar bevoegdheid en verantwoordelijkheid kunnen bestaan zonder dat zij de autonomie, waardigheid en de menselijke eigenheid van de zorgvrager verdringen.

De persoonlijke voorafgaande aanleiding tot het schrijven

Op 23 juni werd ik onder een beschermende observatiemaatregel geplaatst en werd mij bevolen, door een vrederechter, om te verblijven in een residentiële instelling. Tijdens deze maatregel verbleef ik op een High Intensive Careafdeling (HIC), een afdeling met een gesloten karakter waarbinnen, afhankelijk van de omstandigheden en toestand van de persoon, verschillende vormen van afzondering en andere vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden toegepast. Mijn verblijf vond daarmee plaats binnen een context waar veiligheid, observatie en bescherming nauw samenkomen met een daadwerkelijke beperking van de bewegingsvrijheid.

Het gesloten karakter van de afdeling had niet alleen gevolgen voor de bewegingsvrijheid, maar ook voor de toegang tot informatie en communicatie. De mogelijkheden om contact te houden met de buitenwereld en gebruik te maken van digitale informatie en communicatiemiddelen werden voornamelijk beperkt tot wat binnen de afdeling zelf werd aangeboden, of werden aan bepaalde voorwaarden verbonden. Zo konden wij gebruik maken van een telefoon die door de interne dienst ter beschikking kon worden gesteld. Ook de computer in de polyvalente ruimte was in haar functionaliteit beperkt: er was enkel toegang tot een webbrowser. Bovendien was ook de toegang tot deze webbrowser zelf

beperkt, aangezien hiervoor een wachtwoord vereist was. Hierdoor werd niet alleen de fysieke bewegingsvrijheid begrenst, maar onstond ook een vorm van institutionele begrenzing van de toegang tot informatie, communicatie en digitale middelen.

Op 16 juli vond een incident plaats dat voor mij de aanleiding vormde over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de wijze waarop zorgvragen binnen een gesloten afdeling worden benaderd. Het betrof een medebewoner die bij mij kwam met bezorgdheden. Hij had een stoma en kwam zichbaar in lichte paniek naar mij toe met de vraag om hulp. Hij vertelde mij dat hij niet langer over een gewone kamer beschikte, maar dat men de beslissing had gemaakt dat zijn verblijfplaats voor een onbepaalde tijd een afzonderingsruimte was. Op de afdeling werden twee vormen van afzondering onderscheiden: een IC-ruimte en een ISO-ruimte. Op dat moment verbleef hij in de IC ruimte, zonder dat voor hem een vooraf bepaalde eindtermijn duidelijk was. Hij kreeg een "dagschema", waarin de afzondering als een dagelijkse activiteit werd opgenomen.

Op het 'dagschema' stond geen datum van aanvang en evenmin een datum van beëindiging vermeld. Ook was niet aangegeven op welk moment de maatregel zou worden geherevalueerd. Het schema vermeldde enkel als voorwaarde dat de medebewoner gehoord moest geven aan de opdrachten van de begeleiding en 'correct gedrag' moest stellen. Wat onder dit 'correct' gedrag moest worden verstaan, werd echter niet omschreven. Evenmin was duidelijk wie deze voorwaarden had opgesteld, wie ze had goedgekeurd en op welke momenten of volgens welke criteria de maatregel en de daaraan verbonden voorwaarden zouden worden geëvalueerd. Hierdoor bleef onduidelijk welke concrete gedragingen van de persoon werden verwacht en op welke wijze hij zelf kon weten aan welke voorwaarden hij moest voldoen om zijn situatie te kunnen veranderen. Het schema zag er als volgt uit:

Dagschema Zorgverlener KDS

Tijd	Activiteit
07:15–08:00	Op afdeling + maaltijd op afdeling
08:00–08:30	Rustmoment op IC 3
08:30–09:15	Afdeling
09:15–09:45	Rustmoment op IC 3
09:45–10:30	Afdeling
10:30–11:00	Rustmoment op IC 3
11:00–12:00	Afdeling
12:00–12:30	Maaltijd op afdeling
12:30–13:00	Rustmoment op IC 3
13:00–13:45	Afdeling
13:45–14:15	Rustmoment op IC 3
14:15–15:00	Afdeling
15:00–15:30	Rustmoment op IC 3
15:30–16:15	Afdeling
16:15–16:45	Rustmoment op IC 3
16:45–17:30	Afdeling
17:30–18:00	Rustmoment op IC 3
18:00–18:45	Maaltijd op afdeling
18:45–19:15	Rustmoment op IC 3
19:15–20:00	Afdeling
20:00–20:30	Rustmoment op IC 3
20:30–21:15	Afdeling
21:15–21:45	Slaapritueel + nachtrust

Indien de begeleiding vraagt om naar kamer te gaan, dan geef je hier gehoor aan.

Indien je niet correct naar IC gaat, zal de deur worden gesloten tot het volgende moment.

IC wordt gesloten tijdens de nacht.

Daarbij rijst ook de vraag of de IC- en de ISO ruimtes en de maatregelen die daarbinnen kunnen worden toegepast, onder dezelfde wettelijke registratieverplichtingen vallen. **Artikel 5, 1, van het koninklijk besluit van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke** bepaalt dat, wanneer een persoon ten aanzien van wie een beschermingsmaatregel werd gelast, wordt ondergebracht in een daartoe in de dienst aangewezen isoleer- en observatiekamer, de geneesheer-hoofd van dienst deze dwangmaatregelen in een register moet laten optekenen, met de vermelding van de **duur, aard en de medische indicatie** van de maatregel. Het register wordt vervolgens dagelijks geparafeerd door de behandelende geneesheer van dienst, die er zijn bevindingen in noteert. 2 bepaalt bovendien dat, wanneer dergelijke maatregelen worden genomen, het verpleegkundig personeel intensief en regelmatig toezicht moet houden.

De vraag die zich in deze context stelt, is of deze wettelijke verplichting uitsluitend betrekking heeft op de formeel aangewezen isoleer- en observatiekamer, dan wel ook op andere vormen van afzondering of vrijheidsbeperking die binnen een afdeling kunnen worden toegepast. Het is bijvoorbeeld niet zonder meer duidelijk of het verblijf in een IC-ruimte, de verplichte kamermomenten, met open of gesloten deur, hetzij gedurende een bepaald tijdsinterval of op bepaalde momenten van de dag, onder dezelfde registratieverplichtingen vallen. Indien dergelijke maatregelen in de praktijk een daadwerkelijke beperking van de bewegingsvrijheid tot gevolg hebben, rijst de vraag of ook zij moeten worden geregistreerd, gemotiveerd en controleerbaar vastgesteld. De afwezigheid van duidelijkheid hierover creëert het risico dat bepaalde vormen van afzondering en vrijheidsbeperkende maatregelen buiten het formele registratiekader blijven, terwijl zij voor de betrokken persoon wel degelijk een ingrijpende beperking van zijn vrijheid kunnen betekenen. Juist daarom is het van belang dat niet alleen de benaming van de ruimte of maatregel bepalend is, maar ook de feitelijke aard, duur, intensiteit en impact ervan op de vrijheid van de persoon.

Verder moet worden opgemerkt dat tijdens het verplichte verblijf in bepaalde ruimtes ook de toegang tot basisvoorzieningen en logistieke diensten binnen de afdeling wordt beperkt. Dit betrof onder meer de toegang tot water, welk, koffie en fruit, maar ook tot voorzieningen zoals was- en droogplaatsen, de verkleegpost en de ombudsdienst. Daarnaast had een dergelijk dagschema ook gevolgen voor de mogelijkheid om deel te nemen aan therapiemomenten en gebruik te maken van therapeutische ruimtes, waaronder de polyvalente zaal. Ook de mogelijkheid om zich gedurende bepaalde momenten op de koer te begeven, werd hierdoor beperkt. Dit kreeg bijzondere betekenis tijdens de hittegolf, aangezien de leefruimte mogelijkheden boden om verkoeling te zoeken. Hierdoor had het verplichtend karakter in de aangewezen ruimte niet alleen gevolgen voor de bewegingsvrijheid, maar kan het eveneens rechtsreeks infrijpen op de toegang tot noodzakelijke voorzieningen, zorg, therapie, sociale contacten en omstandigheden die het lichamenlijk welzijn kunnen ondersteunen.

Wat mij in deze situatie bijzonder trof, was de vraag in hoeverre het gedrag van deze medebewoner kon worden begrepen vanuit een onvoldoende erkende zorgbehoefte. Zijn gedrag leek niet uitsluitend voort te komen uit een psychiatrische problematiek maar hield ok verband met concrete lichamelijke en persoonlijke behoeftes. Er was een sterke aanwijzing dat zijn problematiek een psycho-sociale dimensie had die onvoldoende werd erkend. Hij had onder meer een sterke behoefte aan nicotine, tabak en roken, maar daarnaast stond ook nood aan specifieke en aangepaste stomazorg.

Er was daarnaast ook een sterke psycho-sociale dimensie aan zijn problematiek verbonden. De stoma zelf was zichtbaar maar voor veel medebewoners onvoldoende bekend, terwijl wij hierover evenmin werden geïnformeerd of gerustgesteld, waardoor bij sommigen de overtuiging ontstond dat de stoma onhygiënisch was en er in de sociale omgang weinig met hem werd gedeeld. Daarbovenop was hij thuis- en dakloos en beschikte hij over weigen eigen middelen om in zijn behoefte te voorzien - hij had geen gsm of computer, slechts beperkte kleding en beperkte toegang tot tabak en nicotine - waardoor hij binnen de afdeling reeds sterk sociaal geïsoleerd was en meermaals werd uitgesloten van de groepen en contacten die zich onder de medebewoners vormden.

De situatie riep bij mij daarom de vraag op of gedrag dat binnen een gesloten afdeling als problematisch of ontregelend werd ervaren, soms mede het gevolg kan zijn van behoeften die onvoldoende werden gehoord, erkend of op een andere manier konden worden geuit en een gebrek aan psycho-educatie rond een complexe zorgbehoefte. Deze vaststelling vormde een belangrijk vertrekpunt voor het incident dat ik verder zal beschrijven en nodigde mij uit na te denken over de grens tussen zorg, veiligheid, agzondering en controle, en over de vraag in hoeverre een vrijheidsbeperkende maatregel een zorgprobleem daadwerkelijk oplost, dan wel het de sociale en materiële deprivatie bestendige en versterkte wanneer de onderliggende behoefte onvoldoende erkend wordt.

Op 16 juli liep de situatie uit de hand. De bewoner weigerde gehoor te geven aan de instructies van de begeleiding om naar zijn kamer te gaan. Hij uitte daarbij zijn bezorgdheid over zijn stoma en gaf aan dat deze jeukte en dat er sprake was van lekkages. Hij vroeg om een klinisch, onafhankelijke evaluatie door gespecialiseerde diensten in stomazorg, maar dit verzoek werd meermaals geweigerd. Vervolgens wilde hij met de telefoon contact opnemen met zijn advocaat, maar ook deze toestemming werd hem niet verleend. Aan het gebruik van de telefoon werden voorwaarden verbonden: hij moest zich eerst 'correct gedragen', gehoor geven aan de instructie om naar zijn kamer te gaan en voldoende 'rustig' zijn, alvorens hij de mogelijkheid zou krijgen om zijn advocaat te bellen. Ik was hiervan getuige en stelde vast dat hij in die concrete situatie juist niet in staat leek om aan deze voorwaarden te voldoen. Zijn bezorgheid over zijn lichamelijke toestand, het gebrek aan nicotine, de problemen met zijn stoma en het uitbluiven van de gevraagde medische evaluatie maakten dat van hem werd verwacht eerst rustig te worden en te gehoorzamen, terwijl net deze

omstandigheden het voor hem bijzonder moeilijk maakten om aan die voorwaarden te voldoen. Wat precies onder 'correct gedrag' of voldoende 'rustig' moest worden verstaan, bleef onduidelijk. Evenmin was duidelijk wie deze criteria bepaalde, op welke grond zij werden gehanteerd en of van deze persoon, gelet op zijn concrete toestand en zorgbehoeften, redelijkerwijs kon worden verwacht dat hij eraan zou kunnen voldoen. Hij bleef daarom weigeren om naar zijn kamer te gaan. Ik was als medebewoner getuige van deze situatie en was bereid hem hierin verbaal bij te staan.

Vervolgens werd aangekondigd dat men zou overgaan tot een fysieke interventie indien de persoon geen gehoor zou geven aan de instructie om naar zijn kamer te gaan. Ondertussen was hem reeds meegedeeld dat de deur zou worden gesloten voor een pop dat moment onbepaalde periode. Dit kon worden begrepen als een verblijf tot de begeleiding oordeelde dat hij voldoende rustig was. Mij werd daarop gevraagd de ruimte te verlaten. Omdat ik op dat moment bereid was mijn rechten verbaal te verdedigen omdat hij hier zelf niet in staat toe was, en tevens een vertrouwensband met hem had opgebouwd en een getuige wilde zijn van de aangekondigde fysieke interventie, heb ik duidelijk aangegeven dat ik niet fysiek zou tussenkomen tijdens de fysieke interventie. Ik bleef bij de waterfontein staan en gaf aan dat ook dit een plaats was waar ik mij mocht bevinden. Gedurende enige tijd heb ik mijn rechten verbaal verdedigd. Daarbij wees ik er onder meer op dat afzonderingsmaatregelen niet zonder meer als een 'dagelijkse activiteit' kan worden beschouwd, en onderbouwde ik dit vanuit inzichten uit de occupational science. Daarnaast verdedigde ik mijn recht op informatie, betrokkenheid en dialoog zoals gewaarborgd in de artikelen 7, 8 en 8/1 van de patiëntenrechtwetgeving. Ik bracht eveneens onder de aandacht dat zijn toegang tot water, zijn mogelijkheid om deel te nemen aan de therapie-momenten, de mogelijkheid om contact op te nemen met een advocaat en zijn verzoek om een onafhankelijke klinische beoordeling van zijn stoma eerder waren geweigerd of aan onhaalbare voorwaarden werden verbonden. Mijn tussenkomst was daarbij niet gericht op het fysiek verhinderen van de interventie, maar op het verbaal kenbaar maken en verdedigen van de rechten en zorgbehoeften van de persoon die op dat moment aan een vrijheidsbeperkende maatregel werd onderworpen en een ingrijpende gebeurtenis, die ons, als medebewoners, allemaal zou kunnen overkomen.

Ik werd meermaals gevraagd om naar mijn kamer te gaan. Aanvankelijk heb ik dit meerdere malen geweigerd, maar uiteindelijk heb ik aan de instructie gehoor gegeven. Mij werd opgedragen om en kwartier naar mijn kamer te gaan. Op het moment waarop deze instructie werd gegeven, was het volgens de klok 16u28. Ik ben vervolgens naar mijn kamer gegaan en daar gebleven tot ongeveer 16u42 à 16u43, waarbij ik rekening houd met een mogelijk klein tijdsverschil tussen de klok aan de muur en de tijdsaanduiding die ik op mijn kamer tot mijn beschikking had. Tijdens dit kamermoment vroeg ik om de deur open te houden - men vertelde mij dat de deur dicht moest, maar niet op slot hoefde.

Na dit kamermoment begaf ik mij opnieuw naar buiten. Op dat ogenblik kwamen vier medewerkers naar buiten en werd mij meegedeeld dat ik 'te vroeg' van mijn kamer zou zijn gekomen. Mij werd vervolgens opgedragen om nog een half uur extra op mijn kamer te blijven. Ik gaf aan dat ik bij de oorspronkelijke instructie geen duidelijk begin -en einduur was meegedeeld en dat ik, uitgaande van de klok waarop ik had gekeken, gedurende ongeveer een kwartier op mijn kamer was gebleven. Er werd naar mijn inbreng geen gehoor verleend. In plaats daarvan werd mij meegedeeld dat ik, indien ik, niet opnieuw een half uur naar mijn kamer zou gaan, naar de ISO ruimte zou worden gebracht.

Op dat moment ben ik in verzet gegaan. Ik gaf aan dat ik reeds gehoor had gegeven aan de opgelegde instructie om gedurende een kwartier naar mijn kamer te gaan, en dat ik niet bereid was om opnieuw naar mijn kamer te gaan, maar evenmin bereid was om naar de ISO-ruimte te worden gebracht. Ik heb mij daarop in kleermakerszit neergezet, met mijn handen voor mijn lichaam gevouwen. Mijn verzet bestond op dat moment uit het niet langer gehoor geven aan bijkomende instructies, zonder dat ik daarbij fysiek geweld gebruikte of fysieke confrontatie zocht.

Vervolgens werd met twee begeleiders mijn gevouwen handen losgemaakt en werden mijn beide armen in een armgreep achter mijn rug gebracht. Een derde begeleider oefende daarbij druk uit op mijn hoofd en nek, waarbij mijn kin naar mijn borst werd geduwd en mijn hoofd naar de grond werd gebracht. Dit gebeurde terwijl ik mij nog steeds in kleermakerszit op de grond bevond. Tijdens deze interventie heb ik ervaren dat iedere poging om adem te halen gepaard ging met bijkomende druk op mijn hoofd en nek. De druk werd gedurende enige tijd aangehouden, totdat ik uiteindelijk "meewerkte". Vervolgens werd ik onder fysieke dwang naar de ISO-ruimte gebracht. De wijze waarop deze interventie werd uitgevoerd, en in het bijzonder de uitgeoefende druk op mijn hoofd en nek en de invloed daarvan op mijn ademhaling, vorme voor mij een belangrijker onderdeel van de aanleiding om de toepassing, proportionaliteit en de registratie van dergelijke vrijheidsberovende maatregelen nader te onderzoeken.

In de ISO-ruimte, die binnen de afdeling werd aangeduid als een EKB (Extra beveiligde kamer), werd mij vervolgens onder dwang medicatie toegedient. Men achtte dit 'nodig'. Het betrof een lorazepam van 2,5 mg. Ik mocht de tablet zelf uit de blister halen, maar de toening vond plaats binnen de context van de voorafgaande fysieke interventie en mijn verblijf in de ISO-ruimte. Ik kon deze medicatie niet weigeren - omdat deze medicatie een voorwaarde was om sneller uit de ISO ruimte te komen - zodat ik deze medicatie niet vrijwillig, zonder externe druk, in de gebruikelijke betekenis van het woord heb kunnen innemen. Na ongeveer een half uur werd de deur opnieuw geopend. Mij werden vervolgens voorwaarden opgelegd en meegedeeld dat ik het "werk" van de medewerkers zou hebben belemmerd. Ik wil hierbij benadrukken dat ik tijdens de eerdere situatie rond mijn medebewoner niet fysiek heb ingegrepen of ben tussengekomen. Mijn tussenkomst bestond uitsluitend uit het verbaal verdedi-