

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

Els Vanlinthout¹, Kathleen De Cuyper¹, Jasper Vanhoof², Tine Peeters¹, Tim Opgenhaffen³,
Sara Nijs^{4,5}, Theo van Achterberg² & Chantal Van Audenhove¹

¹ LUCAS KU Leuven – Zorgonderzoek & Consultancy

² Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

³ Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

⁴ Faculteit voor Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven

⁵ Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University

Juni 2020

Inhoudstafel

A.	Inleiding	- 5 -
I.	Finaliteit en inhoud van de aanbevelingen	- 5 -
II.	Richtlijnwerkgroep	- 7 -
III.	Ontwikkeling van de aanbevelingen: Onderzoeksvragen en methode.....	- 8 -
IV.	Definities van begrippen die gebruikt worden in deze set van aanbevelingen	- 11 -
B.	Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ.....	- 12 -
I.	Fysieke interventie	- 13 -
Het team.....	- 13 -	
Handelingen en technieken.....	- 13 -	
Duurtijd van een fysieke interventie	- 14 -	
Observeren, evalueren en registreren	- 15 -	
II.	Mechanische fixatie.....	- 16 -
Het team.....	- 16 -	
Handelingen, materialen en technieken	- 16 -	
Duurtijd van een mechanische fixatie	- 18 -	
Observeren, evalueren en registreren	- 19 -	
III.	Afzondering	- 21 -
Het team.....	- 21 -	
Handelingen en technieken.....	- 21 -	
Duurtijd van een afzondering.....	- 21 -	
Observeren, evalueren en registreren	- 22 -	
VI.	Impact van de leeftijd van de zorggebruiker	- 24 -
C.	Randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen.....	- 25 -
I.	Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen.....	- 25 -
1.	De plaats van de aanbevelingen in een brede richtlijn	- 25 -
2.	Vertalen van bepaalde aanbevelingen voor bepaalde zorggebruikers.....	- 26 -
3.	Ondersteuning van hulpverleners.....	- 26 -
3.1	Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving	- 26 -
3.2	Collectief leren	- 26 -
3.3	Vorming en training van hulpverleners.....	- 27 -

II. Randvoorwaarden op het niveau van de sectoren residentiële GGZ en residentiële jeugdhulp	- 28 -
1. Een 'only once' intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem.....	- 28 -
2. Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers	- 28 -
3. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering	- 29 -
4. Architecturale aanpassingen	- 29 -
III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving.....	- 29 -
VI. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek	- 29 -
Referenties	- 31 -

A. Inleiding

I. Finaliteit en inhoud van de aanbevelingen

In opdracht van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hebben LUCAS KU Leuven en het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde KU Leuven aanbevelingen ontwikkeld voor de **praktische uitvoering van afzondering en fixatie** in residentiële voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. De aanbevelingen hebben betrekking op **afzondering, fysieke interventie** en **mechanische fixatie** in de context van agressie en/of escalatie. De aanbevelingen gaan over onder andere concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een afzondering en fixatie, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie, enzovoort. Medicamenteuze fixatie komt niet aan bod. Om aanbevelingen te ontwikkelen over deze vorm van fixatie is een aparte studie nodig, mede uitgevoerd door experts in de betrokken disciplines.

Deze aanbevelingen hebben betrekking op de praktische uitvoering van afzondering en fixatie, in geval van **agressie en/of escalatie** bij de zorggebruiker. De aanbevelingen vormen enerzijds een aanvulling op de bestaande multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie in de *residentiële GGZ* (Peeters et al., 2020). De nieuwe aanbevelingen en de bestaande MDR vormen een geheel. Anderzijds staan de nieuwe aanbevelingen voor de *residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ* voorlopig nog op zichzelf. Ook voor deze sectoren wordt - in 2020 en 2021 - een brede richtlijn ontwikkeld waarin allereerst de preventie en vervolgens de verschillende aspecten van de toepassing van afzondering en fixatie aan bod zullen komen. Alle aanbevelingen zijn zowel van toepassing wanneer hulpverleners de maatregelen **onder dwang** uitvoeren als wanneer de zorggebruiker **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**.

Er bestaat internationale consensus dat afzondering en fixatie in gezondheidszorg, jeugdhulp en gehandicaptenzorg zo kort en zo min mogelijk mogen worden toegepast. In principe dient het vermeden te worden. Indien geen enkele preventieve maatregel tot een veilige situatie leidt en afzondering of fixatie het laatste redmiddel kan zijn, is het belangrijk dat hulpverleners deze maatregelen zo humaan mogelijk en conform de mensenrechten uitvoeren. Het is vanuit deze visie dat hulpverleners elke aanbeveling over de uitvoering van afzondering of fixatie dienen toe te passen.

Vertrekkende vanuit deze visie bestaat de doelstelling van deze nieuwe set van aanbevelingen erin het proces van **kwaliteitsverbetering** met betrekking tot de praktische uitvoering van afzondering en fixatie te ondersteunen in **residentiële voorzieningen** van de GGZ en de brede jeugdhulp. De aanbevelingen zijn ook van toepassing bij zorggebruikers die enkel overdag aanwezig zijn in deze voorzieningen. De **intersectorale aanbevelingen** werden dus voor volgende sectoren ontwikkeld:

- Alle types residentiële voorzieningen voor minderjarigen
 - Centra voor kindercare en gezinsondersteuning
 - Centra voor integrale gezinszorg
 - Onthaal-, oriëntatie, en observatiecentra
 - Observatie- en behandelcentra
 - Organisaties voor bijzondere jeugdzorg met module 'verblijf'
 - Centra voor ernstige gedrags- en emotionele stoornissen (GES+)
 - Gemeenschapsinstellingen
 - GGZ-voorzieningen voor kinderen en jongeren
 - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis, waaronder ook de forensische kinder- en jeugdpsychiatrische diensten
 - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis
 - Revalidatievoorzieningen (voor verslaving) voor kinderen en jongeren
 - Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een handicap met ondersteuningsfunctie 'verblijf'
 - Internaten met permanente openstelling
- Alle types residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen:
 - Psychiatrische afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van psychiatrische ziekenhuizen
 - Psychiatrische afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van algemene ziekenhuizen
 - Revalidatievoorzieningen (voor verslaving) voor volwassenen (+ 18 jaar)
 - Psychiatrisch verzorgingstehuizen

Dit impliceert dat deze aanbevelingen ontwikkeld werden om toe te passen bij volgende populaties:

- Kinderen en jongeren
 - Met een psychische aandoening, hetgeen ook ontwikkelingsstoornissen inhoudt, en/of
 - Afkomstig uit een verontrustende opvoedingssituatie, en/of
 - Die één of meerdere jeugddelicten hebben gepleegd, en/of
 - Met een verstandelijke beperking, of
 - Met een meervoudige beperking: verstandelijke en fysieke beperking
- Volwassenen en ouderen met een psychische aandoening (DSM-5), al dan niet gecombineerd met een verstandelijke beperking.

II. Richtlijnwerkgroep

De onderzoekers stelden een richtlijnwerkgroep samen waarin alle betrokken stakeholders vertegenwoordigd waren, enerzijds om van hen feedback te krijgen over de onderzoeksmethode en de resultaten van de studie, anderzijds om het draagvlak voor (het gebruik van) de aanbevelingen te kunnen uitbouwen. De richtlijnwerkgroep bestond uit

- de betrokken beroepsorganisaties,
- de patiënten- en familieplatformen,
- de koepelorganisaties,
- de overheidsinstanties die betrokken voorzieningen uitbaten,
- de auteurs van de aanbevelingen. Aangezien het Instituut voor Sociaal Recht en de onderzoeksgroep Gezins- en orthopedagogiek van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (KU Leuven) voornamelijk een consult-functie hadden maakten zij geen deel uit van de richtlijnwerkgroep.

De samenstelling van de richtlijnwerkgroep wordt weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1 Samenstelling van de richtlijnwerkgroep

Naast de richtlijnwerkgroep werden de onderzoeksmethode en de resultaten van de studie opgevolgd, en de onderzoeksmethode indien nodig bijgestuurd door de stuurgroep. Deze bestond uit

- het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid,
- het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- het Vlaams Agentschap Opgroeien, onderdeel Jongerenwelzijn en onderdeel Gemeenschapsinstellingen,
- Kind & Gezin,
- het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap,
- Zorginspectie,
- het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- de auteurs van de aanbevelingen.

III. Ontwikkeling van de aanbevelingen: Onderzoeksvragen en methode

De nieuwe set van aanbevelingen had als doel om minimaal de volgende **onderzoeksvragen** te beantwoorden:

1. Welke technieken kunnen aanbevolen worden voor de toepassing van afzondering en fixatie in de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ?
2. Kunnen er leeftijdsgrenzen aanbevolen worden voor afzondering en voor de verschillende vormen van fixatie? Zo ja, welke?
3. Kunnen er maximale tijdsduren aanbevolen worden voor afzondering en voor de verschillende vormen van fixatie? Zo ja, welke? En hoe dienen de hulpverleners ermee om te gaan wanneer het ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen aanwezig blijft na het verlopen van deze tijdsduur.

Voor de ontwikkeling van deze aanbevelingen kozen de onderzoekers voor de Delphi-methode. De Delphi-methode is een consensusmethode die expert-opinies over een controversieel of gevoelig thema op een systematische en efficiënte manier verzamelt en uitwisselt om tot een gedeelde consensus te komen. Er wordt onderzocht of de stap kan gezet worden van individuele opinies naar een groepsstandpunt (Fink, Kosecoff, Chassin, & Brook, 1984; Kieft, 2011). Drie factoren hebben een rol gespeeld in de keuze voor de Delphi-methode binnen deze studie: (1) de bestaande wetenschappelijke literatuur gaf over dit onderwerp onvoldoende en/of tegenstrijdige informatie, (2) de visie van expert-professionals en ervaringsdeskundigen is van groot belang met betrekking tot dit onderwerp, en (3) afzondering en fixatie vormt een gevoelig en ook maatschappelijk relevant thema waarover mogelijks verschillende visies bestaan bij de betrokken stakeholders.

De Delphi-studie is als volgt verlopen:

1. Op basis van een literatuurstudie van 41 wetenschappelijke reviews en 12 richtlijnen en rapporten ontwikkelden de onderzoekers een vragenlijst met stellingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie in de betrokken sectoren. De stellingen werden ook vanuit juridisch perspectief beoordeeld, door het Instituut voor Sociaal Recht (KU Leuven).
2. De onderzoekers rekruteerden de deelnemers voor de Delphi-studie, zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen. Expert-professionals waren afkomstig uit de kinder- en jeugd GGZ, volwassenen GGZ, jeugdhulp en VAPH-sector voor kinderen en jongeren. De ervaringsdeskundigen hadden ervaring binnen de kinder- en jeugd GGZ en/of volwassenen GGZ.
3. De Delphi-studie, het formulier voor geïnformeerde toestemming en de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde werden goedgekeurd door het Sociaal-Maatschappelijke Ethische Comité van de KU Leuven (dossiernummer G-2019 07 1690).
4. Vervolgens werd het consensuscriterium vastgelegd. Dit werd gedefinieerd aan de hand van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met een stelling. Opdat een stelling zou opgenomen worden in de finale set van aanbevelingen, diende meer dan 65% van de expert-professionals én meer dan 65% van de ervaringsdeskundigen (eerder) akkoord te gaan met de betreffende stelling.
5. De deelnemers ontvingen een e-mail met daarin een link naar de online vragenlijst. Zestig expert-professionals en 18 ervaringsdeskundigen namen deel aan de eerste Delphi-ronde. Bij elke stelling gaven de deelnemers aan in welke mate ze al dan niet akkoord waren om de stelling op te nemen

in een geheel van aanbevelingen voor goede praktijk. De deelnemers kregen ook de kans om aan te duiden dat ze geen expertise hadden over de stelling en om hun antwoord toe te lichten.

6. Aangezien de Delphi-methode niet geschikt is voor jongeren (-18 jaar; Cachet vzw, persoonlijke communicatie, 2019) werden de resultaten van de eerste Delphi-ronde aangevuld met een focusgroep met jongeren die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en eventueel de GGZ.
7. De stellingen waarvoor het consensuscriterium niet bereikt werd tijdens de eerste Delphi-ronde werden herwerkt op basis van de input van de deelnemers aan de studie, de richtlijnwerkgroep, de focusgroep met jongeren, de stuurgroep en een beoordeling vanuit juridisch perspectief. De herwerkte stellingen en enkele nieuwe stellingen werden opgenomen in de tweede Delphi-vragenlijst. Stellingen waarvoor tijdens de eerste Delphi-ronde reeds voldoende consensus tussen de deelnemers bereikt werd, werden niet opnieuw aangeboden in de tweede Delphi-ronde.
8. Bij de start van de tweede Delphi-ronde ontving elke deelnemer via e-mail een persoonlijk feedbackrapport. Per stelling werd hierin de visie van beide Delphi-panels – expert-professionals en ervaringsdeskundigen – en van de totale groep weergegeven. De deelnemers konden ook zien waar hun persoonlijke score zich situeerde ten opzichte van de verdeling van de groepsscores. In dezelfde e-mail ontvingen de deelnemers de link naar de tweede online vragenlijst. Op dezelfde manier als in de eerste Delphi-ronde, werd de visie van de deelnemers over deze stellingen gevraagd en konden de deelnemers waar nodig hun antwoord toelichten. Achtenveertig expert-professionals en 17 ervaringsdeskundigen namen deel aan de tweede Delphi-ronde.
9. Na twee rondes werden de stellingen waarvoor in de eerste of tweede Delphi-ronde voldoende consensus bereikt werd tussen de deelnemers, omgezet in aanbevelingen voor gebruik in residentiële voorzieningen voor minderjarigen en residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen. In deze fase werd specifiek aandacht besteed aan (1) de consistentie met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de GGZ, (2) de geschiktheid van de aanbevelingen voor alle doelgroepen van de betrokken sectoren, met bijzondere aandacht voor VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren, en (3) de beoordeling vanuit juridisch perspectief. De onderzoeksgroep Gezins- en Orthopedagogiek van de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (KU Leuven) vulde de aanbevelingen aan voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een fysieke en/of mentale beperking.
10. De set van aanbevelingen werd aangevuld met randvoorwaarden waarop door alle betrokken stakeholders dient ingezet te worden bij de implementatie van de aanbevelingen. Deze randvoorwaarden kwamen tot stand op basis van:
 - de randvoorwaarden van de brede MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (Peeters et al., 2020)
 - een analyse van de opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie bij alle aanvaarde stellingen;
 - opmerkingen uit de richtlijnwerkgroep en stuurgroep;
 - opmerkingen van alle onderzoekers, met bijzondere aandacht voor de conformiteit met de brede MDR, de verschillende doelgroepen waarop de aanbevelingen van toepassing zijn, het mensenrechterlijke toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ.

11. Een aantal aanbevelingen werd door de onderzoekers voorzien van toelichtingen om de betreffende aanbevelingen te verduidelijken of beter in de praktijk te kunnen omzetten. Ook deze toelichtingen kwamen tot stand op basis van

- een analyse van de opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie bij alle aanvaarde stellingen;
- opmerkingen uit de richtlijnwerkgroep en stuurgroep;
- opmerkingen van alle onderzoekers, met bijzondere aandacht voor de conformiteit met de brede MDR, de verschillende doelgroepen waarop de aanbevelingen van toepassing zijn, het mensenrechterlijke toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ.

Naast de toelichtingen wordt er in de set van aanbevelingen gewerkt met een symbool. Bij elke aanbeveling die mogelijk dient aangepast te worden voor toepassing bij bepaalde

deelpopulaties, voegden de onderzoekers volgend symbool toe:



12. De deelnemers van de tweede Delphi-ronde kregen als afsluiting van de studie hun persoonlijke feedbackrapport van de tweede Delphi-vragenlijst toegestuurd.

Verdere uitleg over de manier waarop de aanbevelingen werden ontwikkeld, kan teruggevonden worden in het rapport van deze studie (Vanlinthout et al., 2020).

IV. Definities van begrippen die gebruikt worden in deze set van aanbevelingen

Een aantal begrippen uit de aanbevelingen worden hieronder toegelicht. De definities van afzondering en fixatie werden vastgelegd door het Management Comité van Welzijn Volksgezondheid en Gezin en zijn van toepassing in de integrale jeugdhulp en de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

Afzondering: Het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een andere individuele ruimte, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.

Agressie: Agressie houdt in dat grenzen worden overschreden, of dat iemand daarmee dreigt. Agressief gedrag kan verbaal en/of non-verbaal geuit worden. Het berokkent anderen en/of de persoon zelf materiële, lichamelijke en/of psychische schade. De persoon die zich agressief gedraagt, is zich niet noodzakelijk bewust van de gevolgen en de effecten van zijn gedrag (website ICOBA: <https://www.icoba.be/Agressie%20buitengewoon>).

Escalatie: Toenemende negatieve emotionele spanning bij de zorggebruiker met een risico op agressie of op een crisis.

De-escalatietechnieken: het gebruik van verbale en non-verbale communicatievaardigheden, gericht op het doen afnemen van escalatie en hiermee ook het risico op gevaar of gewelddadig gedrag gedurende een escalatie (Price & Baker, 2012; NICE, 2015).

Fixatie: Elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de persoon niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen. Fixatie kan op drie wijzen worden toegepast:

- Fysieke interventie: fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere hulpverleners op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen.
- Mechanische fixatie: fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden. Ergonomische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, en die niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.
- Medicamenteuze fixatie: *de aanbevelingen hebben geen betrekking op medicamenteuze fixatie.*

Maatregel en (dwang)maatregel: Afzondering of fixatie, al dan niet onder dwang toegepast.

Second opinion: het advies van een bevoegde hulpverlener, die niet betrokken was bij de beslissing van de verantwoordelijke arts, wordt gevraagd.

B. Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ

Onderstaande aanbevelingen zijn gericht naar de **hulpverleners** die afzondering en fixatie uitvoeren. Al deze aanbevelingen hebben betrekking op de praktische uitvoering van afzondering en fixatie, in het geval van **agressie en/of escalatie** bij de zorggebruiker, ook wanneer dit niet uitdrukkelijk in de aanbeveling vermeld staat. Voor de leesbaarheid van de aanbevelingen vermelden we niet in elke aanbeveling dat deze van toepassing is bij agressie en/of escalatie bij de zorggebruiker. Agressie en/of escalatie is ook de focus van de eerder ontwikkelde MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ (Peeters et al., 2020). De aanbevelingen uit de bestaande MDR en deze nieuwe aanbevelingen zijn zowel van toepassing wanneer hulpverleners de maatregelen **onder dwang** uitvoeren als wanneer de zorggebruiker **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**.

Een aantal van deze aanbevelingen dienen hulpverleners **voor bepaalde groepen van zorggebruikers deels aan te passen**, op maat van de individuele zorggebruiker. Deze aanbevelingen worden aangeduid met:



Bij de aanpassing van deze aanbevelingen is het belangrijk om onder andere rekening te houden met één of meerdere van volgende aspecten:

- De manier (en het moment) waarop gecommuniceerd wordt, moet afgestemd worden op de cognitief/verstandelijke en emotionele ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker. Er dient ook ingeschat te worden of de zorggebruiker omwille van de ontwikkelingsleeftijd niet eerder door de communicatie overprikkeld geraakt, dan dat het een positief effect heeft;
- Omdat de inzet op communicatie tussen de zorggebruiker en hulpverlener(s) tijdens een (dwang)maatregel zo belangrijk is, dient het gebruik van hulpmiddelen voor communicatie, zoals een hoorapparaat, spraakcomputer of pictoborden, tijdens de uitvoering van een (dwang)maatregel zo weinig mogelijk belemmerd of verhinderd te worden;
- Wanneer de hulpverlener de zorggebruiker bepaalde lichaamshoudingen laat aannemen (tijdens fysieke interventie of mechanische fixatie), dient rekening gehouden te worden met mogelijke fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren, voorgeschiedenis van psychotrauma en/of ervaringen met voorgaande afzonderingen en/of fixaties.

Naast samenwerking tussen hulpverleners, concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een (dwang)maatregel, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie komt ook **registratie van de observaties en evaluaties** aan bod. Registratie is belangrijk omdat het een “papertrail” vormt van de (dwang)maatregel die wordt toegepast. Voor de zorggebruiker is registratie in het bijzonder van belang omdat het de dwangmaatregel controleerbaar maakt en hem de mogelijkheid biedt de dwangmaatregel in vraag te stellen. Wanneer de zorggebruiker de dwangmaatregel in vraag stelt, is een zorgvuldige registratie ook in het belang van de voorziening en de hulpverleners. Bovendien helpt de geregistreeerde informatie de hulpverleners en beleidsmedewerkers om te kunnen leren uit het verloop van een afzondering of fixatie (zie ook deel C.II.1). Desondanks mag de registratie niet ten koste gaan van de zorg voor de (mede)zorggebruikers.

I. Fysieke interventie

Het team

1. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één hulpverlener de leiding heeft.
2. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.



4. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één hulpverlener uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
5. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
6. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.

Handelingen en technieken



7. Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon al door middel van een fysieke interventie is gefixeerd.

Toelichting: Stem de keuze van de de-escalatietechnieken af op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de zorggebruiker. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken;

8. Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de zorggebruiker te vermijden.
9. Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie.

10. Belemmer tijdens een fysieke interventie bij een persoon nooit diens mogelijkheid tot verbale en non-verbale communicatie (bijvoorbeeld door de ogen, oren of mond af te dekken).



11. Gebruik bij een fysieke interventie het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze.



12. Indien liggend fixeren niet kan vermeden worden, verkies dan rugligging boven buikligging aangezien buikligging een risico op overlijden inhoudt. Indien buikligging onvermijdelijk is, moet er zo snel mogelijk worden overgegaan naar een andere, veilige positie, ook om verbale en non-verbale communicatie terug mogelijk te maken.

13. Voorkom tijdens een fysieke interventie dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar (persoonlijke) kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.

14. Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren.

15. Houd rekening met het geslacht van de hulpverlener(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.



16. Enkel indien er geen tweede hulpverlener beschikbaar is om samen een fysieke interventie uit te voeren, kan bij kleinere kinderen 'de mand-greep' toegepast worden. Het kind zit hierbij op de schoot van de hulpverlener met de rug tegen de borstkas van de hulpverlener. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de hulpverlener de handen vasthoudt. Hierbij dient de hulpverlener op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de hulpverlener kan veroorzaken.



17. Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar betekent voor zichzelf of anderen.

Duurtijd van een fysieke interventie

18. Streef ernaar dat een fysieke interventie - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 15 minuten duurt.

Toelichting: Indien het mogelijk of aangewezen is om de fysieke interventie vroeger te beëindigen dan na 15 minuten, dan wordt dit aangemoedigd.

19. Overweeg afzondering als een alternatief voor een verlengde fysieke interventie (meer dan 15 minuten).

Observeren, evalueren en registreren

Toelichting bij deze sectie: Observeren en evalueren gebeurt bij voorkeur aan de hand van een wederzijds gesprek waarbij de hulpverlener ook aan de zorggebruiker vraagt wat het effect van de (dwang)maatregel volgens hem is. De manier waarop de hulpverlener communiceert, dient daarbij afgestemd te worden op de cognitief/verstandelijke en emotionele ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker. Bij sommige zorggebruikers dient ook ingeschat te worden of de zorggebruiker omwille van de ontwikkelingsleeftijd niet eerder door de communicatie overprikkeld geraakt, dan dat het een positief effect heeft.

20. Observeer de persoon die de fysieke interventie ondergaat voortdurend, en evalueer hierbij ook voortdurend het effect van de maatregel.
21. Observeer en evalueer tijdens een fysieke interventie altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.
22. Registreer na afloop van de fysieke interventie (in de regel na maximaal 15 minuten) zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

23. Streef er bij verlengde fysieke interventie naar (meer dan 15 minuten) om elke 15 minuten observaties en evaluaties te registreren. Indien de registraties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens gemotiveerd.

Toelichting: Idem als bij aanbeveling 22.

II. Mechanische fixatie

Het team

1. Zorg ervoor dat bij het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal steeds één hulpverlener de leiding heeft.
2. Zorg ervoor dat bij mechanisch fixeren de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als hulpverlener niet deel aan het uitvoeren van mechanische fixatie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.



4. Zorg ervoor dat tijdens het mechanisch fixeren één hulpverlener uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
5. De hulpverlener die tijdens het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
6. De hulpverlener die tijdens het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.

Handelingen, materialen en technieken



7. Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon al mechanisch gefixeerd is.
Toelichting: De keuze van de de-escalatietechnieken moet afgestemd worden op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de zorggebruiker. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken;
8. Gebruik bij mechanisch fixeren uitsluitend materiaal dat gemaakt is om schadelijke lichamelijke effecten te minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij zorggebruikers te vermijden.
9. Gebruik voor mechanische fixatie middelen die voor de zorggebruiker qua dragen zo min mogelijk storen.
10. Gebruik voor mechanische fixatie alleen professionele en géén zelfgemaakte materialen.

11. Gebruik voor mechanische fixatie in de context van agressie en/of escalatie nooit kooibedden of bedden met netten.

Toelichting: Ook bedboxen en tentbedden mogen niet gebruikt worden voor mechanische fixatie in de context van agressie en/of escalatie.

12. Gebruik nooit metalen handboeien om een persoon mechanisch te fixeren.

13. Indien verschillende mechanische fixatiemiddelen beschikbaar zijn en evenwaardig zijn in veiligheid en noodzakelijkheid, kies dan in het licht van het welzijn van de zorggebruiker het middel dat het minst opvalt.

14. Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de aard van het materiaal dan door de verkeerde toepassing ervan werd uitgelokt, gebruik dit materiaal dan niet meer.

15. Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de verkeerde toepassing dan door de aard van het materiaal werd uitgelokt, dan is een bijkomende opleiding over het gebruik van het betreffende materiaal noodzakelijk. Enkel nadat de hulpverleners hebben deelgenomen aan deze opleiding, kan het betreffende fixatiemateriaal opnieuw gebruikt worden bij mechanische fixatie.



16. Trek bij het mechanisch fixeren van een persoon eventuele banden niet te vast aan en breng deze op zo'n manier aan dat ze het veilig bewegen van armen en benen maximaal toelaten.

17. Belemmer bij het mechanisch fixeren van een persoon nooit de luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie.



18. Kies altijd voor de rugligging indien het noodzakelijk is om iemand liggend mechanisch te fixeren.

19. Voorkom bij het gebruik van mechanische fixatie dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar (persoonlijke kledij) bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.



20. Vertel de persoon die de mechanische fixatie ondergaat, dat deze maatregel wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.

21. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, houd er dan rekening mee dat het risico op diepe veneuze trombose toeneemt, en er voldoende voorzorgsmaatregelen moeten genomen worden om dit risico te verminderen.

Duurtijd van een mechanische fixatie

22. Streef ernaar dat mechanische fixatie - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 15 minuten duurt.

Toelichting: Indien het mogelijk of aangewezen is om de mechanische fixatie vroeger te beëindigen dan na 15 minuten, dan wordt dit aangemoedigd.

23. Overweeg afzondering zonder mechanische fixatie als een alternatief voor verlengd mechanisch fixeren (meer dan 15 minuten).

24. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de mechanisch gefixeerde persoon minstens elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener¹ VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

25. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener¹. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig van BUITEN DE AFDELING waar de mechanische fixatie plaatsvindt.

Toelichting: Voorzieningen die maar uit één afdeling of leefgroep bestaan, kunnen geen beroep doen op een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling. Zij kunnen als alternatief een second opinion vragen aan de huisarts of aan een hulpverlener van de permanentie. In de vervolgstudie voor de ontwikkeling van een brede intersectorale richtlijn voor de brede jeugdhulp zal verder – ook juridisch – onderzocht worden welke hulpverleners hiervoor de geschikte expertise hebben binnen de jeugdhulp en VAPH sector. Voor de GGZ sector dient dit een arts te zijn (zie MDR voor de residentiële GGZ; Peeters et al., 2020).

26. Een persoon mag in het kader van agressie en/of escalatie nooit langer dan 24 uur mechanisch worden gefixeerd.

¹ Zijn volgens de huidige wetgeving bevoegd tot afzondering en fixatie: artsen, verpleegkundigen voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat en zorgkundigen na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen. Wie deze bevoegde hulpverlener dient te zijn in voorzieningen waarin geen artsen of verpleegkundigen standaard werkzaam zijn, dient nog te worden uitgeklaard in de vervolgstudie (ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp).

Observeren, evalueren en registreren

Toelichting bij deze sectie: Observeren en evalueren gebeurt bij voorkeur aan de hand van een wederzijds gesprek waarbij de hulpverlener ook aan de zorggebruiker vraagt wat het effect van de (dwang)maatregel volgens hem is. De manier waarop de hulpverlener communiceert, dient daarbij afgestemd te worden op de cognitief/verstandelijke en emotionele ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker. Bij sommige zorggebruikers dient ook ingeschat te worden of de zorggebruiker omwille van de ontwikkelingsleeftijd niet eerder door de communicatie overprikkeld geraakt, dan dat het een positief effect heeft.

27. Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 15 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verhoopte de-escalierend effect van de mechanische fixatie in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

Toelichting bij deze aanbeveling voor de GGZ-voorzieningen: deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.6.b uit de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ: Zet bij mechanische fixatie in op continue fysieke aanwezigheid bij de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalierend effect in de weg staat. Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.

Aanbeveling 27 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te observeren, dan wordt dit aangemoedigd.

28. Observeer en evalueer vaker dan eens per 15 minuten, indien er sprake is van een extra kwetsbaarheid bij de persoon die mechanisch is gefixeerd. Onder extra kwetsbaarheid wordt verstaan: een emotioneel trauma in het verleden, voorgaande negatieve ervaring met afzondering en/of fixatie, kwetsbaarheid omwille van de ontwikkelingsleeftijd (op fysiek, cognitief, emotioneel of psychisch vlak), fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals gewicht, kracht, zwangerschap en algemene gezondheid.

Toelichting: Indien het om andere redenen dan de extra kwetsbaarheid van de persoon aangewezen is om frequenter observaties en evaluaties uit te voeren, dan wordt dit aangemoedigd.

29. Controleer tijdens mechanische fixatie het bewustzijn, de hartslag, de ademhaling, de bloeddruk en het bewegingsbereik van de ledematen van de mechanisch gefixeerde persoon.
30. Controleer tijdens mechanische fixatie of de gebruikte materialen niet te strak zitten, en of er een verandering van houding nodig is.
31. Observeer en evalueer bij mechanisch gefixeerde personen altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.
32. Evalueer tijdens observaties ook het effect van de mechanische fixatie.



33. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de mechanische fixatie.

34. Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie in de regel elke 15 minuten te registreren.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

III. Afzondering

Het team



1. Zorg ervoor dat tijdens het toepassen van afzondering één hulpverlener uitleg geeft aan de afgezonderde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.

Handelingen en technieken



2. Geef zorggebruikers de kans om zich zelfstandig naar de afzonderingskamer te verplaatsen.
3. Indien de zorggebruiker zelfstandig meegaat naar de afzonderingskamer mag verbaal verzet geen aanleiding geven tot bijkomende fysieke interventies.



4. Vertel de persoon die wordt afgezonderd, dat de afzondering wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.



5. Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon reeds afgezonderd is.

Toelichting: De keuze van de de-escalatietechnieken moet afgestemd worden op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de zorggebruiker. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken;



6. Voorzie dagstructuur tijdens afzondering om desoriëntatie te voorkomen.



7. Klop op de deur vooraleer je een afzonderingskamer betreedt.

Duurtijd van een afzondering

8. Streef ernaar dat afzondering - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 1 uur duurt.

Toelichting: Indien het mogelijk of aangewezen is om de afzondering vroeger te beëindigen dan na 1 uur, dan wordt dit aangemoedigd.

9. Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de afgezonderde persoon elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener² VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.
10. Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener². Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig VAN BUITEN DE AFDELING waar de afzondering plaatsvindt.
- Toelichting: Voorzieningen die maar uit één afdeling of leefgroep bestaan, kunnen geen beroep doen op een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling. Zij kunnen als alternatief een second opinion vragen aan de huisarts of aan een hulpverlener van de permanentie. In de vervolgstudie voor de ontwikkeling van een brede intersectorale richtlijn voor de brede jeugdhulp zal verder – ook juridisch – onderzocht worden welke hulpverleners hiervoor de geschikte expertise hebben binnen de jeugdhulp en VAPH sector. Voor de GGZ sector dient dit een arts te zijn (zie MDR voor de residentiële GGZ; Peeters et al., 2020).*
11. Een persoon mag in het kader van agressie en/of escalatie nooit langer dan 24 uur worden afgezonderd.

Observeren, evalueren en registreren

Toelichting bij deze sectie: Observeren en evalueren gebeurt bij voorkeur aan de hand van een wederzijds gesprek waarbij de hulpverlener ook aan de zorggebruiker vraagt wat het effect van de (dwang)maatregel volgens hem is. De manier waarop de hulpverlener communiceert, dient daarbij afgestemd te worden op de cognitief/verstandelijke en emotionele ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker. Bij sommige zorggebruikers dient ook ingeschat te worden of de zorggebruiker omwille van de ontwikkelingsleeftijd niet eerder door de communicatie overprikkeld geraakt, dan dat het een positief effect heeft.

12. Voer bij een persoon die afgezonderd werd minstens elke 15 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verhoopte de-escalerend effect van de afzondering in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

Toelichting bij deze aanbeveling voor de GGZ-voorzieningen: deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.6.a.iii uit de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ: Zorg bij afzondering voor voortdurend wederzijds visueel contact met de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat. Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet

² Zijn volgens de huidige wetgeving bevoegd tot afzondering en fixatie: artsen, verpleegkundigen voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat en zorgkundigen na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen. Wie deze bevoegde hulpverlener dient te zijn in voorzieningen waarin geen artsen of verpleegkundigen standaard werkzaam zijn, dient nog te worden uitgeklaard in de vervolgstudie (ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp).

aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.

Aanbeveling 12 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te observeren, dan wordt dit aangemoedigd.

13. Observeer en evalueer tijdens de afzondering altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.

14. Controleer de vitale functies van een persoon in afzondering.

15. Evalueer bij elke observatie ook het effect van de afzondering.



16. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de afzondering.

17. Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de afzondering in de regel om de 15 minuten te registreren.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

IV. Impact van de leeftijd van de zorggebruiker

De volgende stellingen gaan over het hanteren van een leeftijdsgrens voor afzondering en fixatie in het kader van agressie en/of escalatie.

1. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, overweeg dan in eerste instantie om een fysieke interventie toe te passen.

Toelichting: Bij de overweging om bij een kind van 12 jaar of jonger in eerste instantie een fysieke interventie toe te passen, dient rekening gehouden te worden met de mogelijke aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis en met voorgaande ervaringen met fysieke interventie. Op basis van deze factoren kan besloten worden om bij het betreffende kind toch niet in eerste instantie voor fysieke interventie te kiezen, maar wel voor afzondering. Deze aanbeveling maakt deel uit van de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. Het betreft aanbeveling C.II.3.4.a en b: Houd tijdens de uitvoering van de gekozen maatregel en techniek steeds rekening met de kwetsbaarheid van de persoon. Relevant hierbij zijn:

- a. *Aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;*
- b. *Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.*

Houd bij de overweging om bij een kind van 12 jaar of jonger in eerste instantie een fysieke interventie toe te passen, ook rekening met aanbevelingen 14 en 15 onder fysieke interventie:

14. *Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren.*
15. *Houd rekening met het geslacht van de hulpverlener(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.*

2. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, én indien de lengte, het gewicht, de fysieke kracht en/of de voorgeschiedenis van het kind ervoor zorgt dat fysieke interventie niet kan worden toegepast, kies dan voor afzondering.

Toelichting: Met “de voorgeschiedenis van de jongere” verwijzen we naar de mogelijke aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis en naar de mogelijke voorgaande ervaringen met fysieke interventie.

3. Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.

C. Randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden **randvoorwaarden** geformuleerd voor de implementatie van de aanbevelingen in geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. Deze randvoorwaarden situeren zich **op vier niveaus**:

- I. De individuele residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ;
- II. De sectoren residentiële GGZ en residentiële jeugdhulp;
- III. De wetgeving;
- IV. Wetenschappelijk onderzoek.

De doelstelling van de aanbevelingen is het proces van kwaliteitsverbetering met betrekking tot afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie te ondersteunen. Alleen door inzet en samenwerking van alle stakeholders zal er steeds minder afgezonderd en gefixeerd worden. Het betreft hier directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, hulpverleners, betrokken overheden, patiënten- en familievertegenwoordigers en onderzoekers. Verschillende factoren kunnen bijdragen tot de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk en worden hieronder geformuleerd in een aantal randvoorwaarden. Als alle stakeholders hier samen op inzetten, kan de implementatie van deze set van aanbevelingen een succes worden.

I. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen

1. De plaats van de aanbevelingen in een brede richtlijn


De praktische uitvoering van afzondering en fixatie maakt slechts een klein onderdeel uit van de vele aspecten die belangrijk zijn in het kader van de preventie en toepassing van deze (dwang)maatregelen. Een kwaliteitsvol organisatiebeleid inzake afzondering en fixatie vraagt bijgevolg dat zorgvoorzieningen op alle onderdelen van zowel preventie als toepassing van afzondering en fixatie inzetten.

Daarom dienen deze aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie deel uit te maken van een *brede richtlijn* voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. In Vlaanderen bestaat een dergelijke brede richtlijn op dit moment enkel voor de **GGZ**. Om een kwaliteitsvol organisatiebeleid mogelijk te maken, dienen de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg en de intersectorale aanbevelingen voor de praktische toepassing van afzondering en fixatie als een *geheel* toegepast te worden (Peeters et al., 2020). Voor de GGZ worden de intersectorale aanbevelingen voor de praktische toepassing van afzondering en fixatie opgenomen in de bestaande MDR (2020).

Voor zorgorganisaties **buiten de GGZ** werd er nog geen brede intersectorale richtlijn ontwikkeld. In opdracht van de bevoegde minister zal dit in 2020 en 2021 gebeuren. In afwachting kunnen de

zorgvoorzieningen buiten de GGZ zich bij de preventie en toepassing van afzondering en fixatie binnen hun sector laten inspireren door de principes van de MDR voor de GGZ (2020).

2. Vertalen van bepaalde aanbevelingen voor bepaalde zorggebruikers

De aanbevelingen werden uitgewerkt voor een sector-overschrijdende toepassing. Dit betekent dat de aanbevelingen ontwikkeld werden voor de **verschillende doelgroepen** van GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. De verscheidenheid in doelgroepen vereist echter dat een **aantal aanbevelingen vertaald worden** naar de werkwijze en doelpopulatie van bepaalde voorzieningen, steeds op maat van de zorggebruiker. De aanbevelingen waarvoor dit het geval is, zijn aangeduid met het symbool .

3. Ondersteuning van hulpverleners

3.1 Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving

Afzondering en fixatie zijn verregaande inmengingen in de fysieke integriteit van de zorggebruiker en de hulpverlener en mogen bijgevolg enkel gebruikt worden als laatste hulpmiddel, indien de hulpverleners geen andere uitweg zien. Deze maatregelen dienen daarenboven zo kort mogelijk en steeds veilig toegepast te worden. Voor de hulpverleners betekent dit dat ze verantwoorde risico's dienen te nemen binnen een algemeen veilige behandel- en/of begeleidingsomgeving. Het voorzien van **basisveiligheid** van deze omgeving – op architecturaal vlak, technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting – is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde.

Het is bovendien noodzakelijk om personeel in te zetten dat voldoende **kennis en expertise** heeft over (dwang)maatregelen en over de doelgroep. Deze kennis draagt immers bij tot het nemen van verantwoorde risico's. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor een **optimale verdeling van hulpverleners met betrekking tot de verschillende diversiteitsaspecten**, gezien onder andere het geslacht, de cultuur en de religie van de hulpverlener van belang kan zijn bij de toepassing van enkele aanbevelingen. Hierbij doelen we in het bijzonder op aanbevelingen 14 en 15 bij fysieke interventie.

3.2 Collectief leren

Om de aanbevelingen toe te passen in de praktijk is het belangrijk dat voorzieningen inzetten op collectief leren. Collectief leren betekent dat medewerkers samen een leerproces doormaken om tot gedeelde gemeenschappelijke inzichten of **praktijken** te komen. Hiervoor moeten ze met elkaar interageren, herhaaldelijk oefenen, afspraken maken, betekenissen en informatie delen. Het doel van dit leerproces is een duurzame verandering in kennis, houding en **vaardigheden** teweeg te brengen (de Laat, Poell, Simons, & van der Krogt, 2001). Het collectief leren kan bovendien bijdragen tot het creëren van een **lerende organisatie**. Binnen een lerende organisatie is er een continu proces waarbij medewerkers van elkaar leren door met elkaar in dialoog te gaan en te reflecteren over hun handelen. Leren en uitvoeren zijn hierbij verbonden met elkaar en zorgt voor het verbeteren en ontwikkelen van praktijken (Smeijsters, 2009). Collectief leren is niet alleen belangrijk binnen en tussen de afdelingen van zorgorganisaties, maar ook binnen de bestaande gezondheids- en jeugdhulpnetwerken.

Hulpverleners ondersteunen bij de preventie en toepassing van afzondering en fixatie vormt een belangrijk onderdeel van dit collectief leren. Met betrekking tot de **praktische uitvoering** van afzondering en fixatie is het van belang om te focussen op het omgaan met angst voor aansprakelijkheid, omgaan met andere negatieve of gemengde gevoelens, het opnemen van

medeverantwoordelijkheid, het opnemen van eigen leiderschap, het inoefenen van concrete technieken en afspraken maken rond wie wat doet (taakverdeling tijdens een interventie).

Begeleiding en/of ondersteuning aanbieden is ook van belang **ná het toepassen** van dwang, onder andere in de vorm van een debriefing. De toepassing van dwang is voor alle betrokkenen een ingrijpende gebeurtenis, waarbij niet enkel de hulpverleners ondersteund moeten worden. Eveneens met de zorggebruiker, omstaanders en naasten dient er een nabespreking te volgen om het gebeuren te kunnen verwerken (zie aanbevelingen B.III.6 en C.II.5 in de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ, Peeters et al., 2020). Daarnaast verhoogt het zo kort mogelijk toepassen van deze vrijheidsbeperkende maatregelen de kans dat hulpverleners en medezorggebruikers vaker getuigen zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag van zorggebruikers. Dit kan angst en een *gevoel* van onveiligheid aanwakkeren. Het opvolgen en **beschermen van hun psychisch welbevinden** is dan ook een belangrijk aandachtspunt. Hier dienen de voorzieningen de nodige aandacht, tijd en expertise in te investeren.

De bescherming van het psychisch welbevinden van de hulpverlener draagt bij tot het voorkomen dat een hulpverlener 'second victim' wordt. Dit kan gebeuren wanneer een hulpverlener betrokken is bij een ernstig (klinisch) incident, een medische fout, schade die toegebracht werd aan een zorggebruiker, en een eventuele klachtenprocedure die hiervoor door de zorggebruiker wordt ingesteld. Deze gebeurtenis kan ervoor zorgen dat de betrokken hulpverlener zelf een slachtoffer wordt doordat hij getraumatiseerd geraakt tijdens de toepassing van afzondering of fixatie, en de klachtenprocedure die er eventueel kan op volgen (Bourne et al., 2016; Scott, Hirschings, Cox, McCoig, Brandt, & Hall, 2009). Door in te zetten op goede begeleiding en samenwerking, wordt de gebeurtenis samen gedragen en wordt het bespreekbaar gemaakt.

3.3 Vorming en training van hulpverleners

Om afzondering en fixatie volgens de aanbevelingen te kunnen uitvoeren, dienen hulpverleners over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. In dit opzicht is het belangrijk dat voorzieningen wetenschappelijk onderbouwde vorming en training aanbieden aan hun medewerkers, waardoor de hulpverleners hun theoretische en praktische kennis vergroten en deze kunnen inoefenen.

De noodzakelijke elementen van deze trainingen met betrekking tot de praktische uitvoering van afzondering en fixatie zijn:

- kennis over de oorzaak, het beloop en de instandhoudende factoren van agressief gedrag en escalatie;
- vaardigheden met betrekking tot respectvolle bejegening van de zorggebruiker in de context van agressie en escalatie;
- verbale en andere de-escalerende vaardigheden;
- creatief en kritisch denken over het gebruik van alternatieven in het kader van de-escalatie en preventie van escalatie;
- het aanleren en inoefenen van veilige technieken;
- aandacht voor de verschillende rollen die een hulpverlener kan opnemen tijdens een dwangmaatregel. Tijdens het toepassen van een dwangmaatregel kan een hulpverlener één of meerdere rollen op zich nemen. Mogelijke rollen kunnen zijn: een leidinggevende rol (de interventie leiden), een uitvoerende rol en een ondersteunende rol (uitleg geven aan de zorggebruiker, zich ontfermen over medezorggebruikers). Het is van belang dat een hulpverlener de verschillende rollen kent en kan toepassen, gezien de wisselende aanwezigheid van personeelsleden bij het werken in shiften;

- emotieregulerende vaardigheden: als hulpverlener omgaan met de eigen emotie tijdens escalatie, crisis en agressie.

Het is belangrijk dat hulpverleners deze vaardigheden niet enkel aangeleerd krijgen, maar eveneens de mogelijkheden krijgen om deze in te oefenen.

Daarnaast zijn er nog andere vaardigheden en elementen die van belang zijn in de vorming en training van hulpverleners inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Deze worden besproken in de aanbevelingen B.I.2.2 en C.I.2 van de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ (Peeters et al., 2020).

II. Randvoorwaarden op het niveau van de sectoren residentiële GGZ en residentiële jeugdhulp

1. Een 'only once' intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem

De ontwikkeling van een intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem wordt aanbevolen. Hierbij is een '**only once**' **registratiesysteem** aangewezen: een eenmalige registratie van afzondering en fixatie dient te gebeuren in het dossier van de zorggebruiker. Deze registratie zorgt er enerzijds voor dat de toepassing van de (dwang)maatregel zichtbaar wordt en laat anderzijds toe om data te genereren op verschillende niveaus, conform de regelgeving inzake het beroepsgeheim:

- a. voor de **zorggebruiker** en eventueel zijn vertegenwoordiger: als input voor de nabespreking van de (dwang)maatregel. Daarnaast maakt de registratie de dwangmaatregel voor de zorggebruiker controleerbaar, en biedt het hem de mogelijkheid om de dwangmaatregel in vraag te stellen;
- b. voor de **afdeling**: als input voor de nabespreking van de (dwang)maatregel met de hulpverleners en voor post-incident analyse van bepaalde casussen;
- c. voor de **voorziening**: voor de kwantitatieve analyses op alle uitgevoerde afzonderingen en fixaties en voor post-incident analyse van bepaalde casussen;
- d. voor de betrokken **overheden**: om kwaliteitsindicatoren inzake afzondering en fixatie te kunnen meten en voor de audits door Zorginspectie;
- e. voor **onderzoek**: voor interventie-studies inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie en voor benchmarking tussen regio's en landen.

In het **dossier van de zorggebruiker** dienen minimaal volgende aspecten van de (dwang)maatregel geregistreerd te worden: type maatregel, aanleiding/motieven, uitgeprobeerde alternatieven, tijdstip van begin en einde, naam van de verantwoordelijke hulpverlener, eventuele verwondingen bij zorggebruiker of hulpverleners, eventuele opmerkingen van de zorggebruiker met betrekking tot het verloop van de maatregel, en de tijdstippen van de observaties tijdens het toezicht (zie MDR voor de residentiële GGZ: Peeters et al., 2020).

2. Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers

Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis vereist een hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers. Het is tevens een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen.

3. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering

Opdat de voorzieningen ervoor kunnen zorgen dat de hulpverleners over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om afzondering en fixatie volgens de aanbevelingen te kunnen toepassen, dienen de voorzieningen:

- ondersteund en begeleid te worden in het onderling uitwisselen van kennis en best practices;
- de nodige toegang te krijgen tot goed onderbouwde kennis, bv. wetenschappelijke tijdschriften;
- kwalitatieve opleidingen en training aangeboden te krijgen die in lijn zijn met de aanbevelingen. Deze vormingen en trainingen dienen wetenschappelijk onderbouwd te zijn en up to date gehouden te worden. Ook de uitwisseling van kennis en expertise tussen trainers en expert-hulpverleners dient gefaciliteerd te worden.

4. Architecturale aanpassingen

Aanpassingen aan architectuur en interieurarchitectuur kunnen nodig zijn om alle aanbevelingen in de praktijk te kunnen omzetten. Net zoals de andere randvoorwaarden die onder dit deel C. opgesomd worden, vraagt dit om de nodige financiële investeringen.

III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een **juridisch kader** dat de toepassing ervan voldoende duidelijk regelt. De uitwerking van noodzakelijke beginselen – onder andere legitimiteit, subsidiariteit, proportionaliteit, toerekenbaarheid – biedt **bescherming aan zowel zorggebruikers als hulpverleners**. Een gedragen brede richtlijn die zowel ingaat op de preventie als op de toepassing van afzondering en fixatie, speelt hierbij een belangrijke rol. Voor de GGZ bestaat deze reeds, en wordt deze nu aangevuld met de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie. Voor de residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ wordt een analoge brede richtlijn ontwikkeld in 2020 en 2021.

Naast deze brede richtlijnen dienen er **op wetgevend vlak duidelijke regels** ontwikkeld te worden die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer (3) en door wie mogen worden toegepast, en die (4) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden. Naast de implementatie van de ontwikkelde aanbevelingen is de tussenkomst op het niveau van de wetgeving – te begrijpen in de ruime zin – een noodzakelijke randvoorwaarde voor een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie.

IV. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek

Bijkomend kwantitatief en kwalitatief onderzoek wordt aanbevolen met betrekking tot de volgende aspecten:

- Onderzoek naar vernieuwende preventieve, alternatieve - en ook veilige - interventies voor afzondering en fixatie;
- Concretisering van veilige en humane technieken voor de handeling van het fixeren zelf. Aangezien degelijk onderzoek naar deze technieken ethisch niet altijd te verantwoorden is, is het belangrijk om ook practice-based expertise van expert-professionals uit zorgvoorzieningen te betrekken bij de concretisering van dergelijke technieken;

- Up-to-date houden van de aanbevelingen, door deze regelmatig te vernieuwen op basis van:
 - o nieuwe wetenschappelijke inzichten vanuit klinisch, (ortho-)pedagogisch, verpleegkundig en juridisch perspectief;
 - o de feedback van alle belangrijke betrokkenen binnen de Vlaamse GGZ en brede jeugdhulp: patiënten- en familievertegenwoordiging, GGZ-voorzieningen, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, onderzoekers en ethici.

Referenties

- Bourne, T., De cock, B., Peters, M., Timmermans, D., Van Calster, B., Jalmbro, M., & Van Audenhove, C. (2016). Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data. *British Medical Journal Publishing Group, BMJ Open*, 6(7), 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2016-011711
- De Laat, M., Poell, R., Simons, P. R. J., & van der Krogt, F. (2001). Organiseren van leren op de werkplek. In A. Wald, & J. van der Linden (reds.). *Leren in perspectief* (pp. 69-84). Leuven: Garant
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984). Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *American Journal of Public Health*, 74(9), 979-983
- Kieft, M. (2011). *De Delphi-methode nader bekeken*. Nijmegen: Samenspraak Advies Nijmegen
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Geraadpleegd op 7 februari 2020 via <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
- Peeters, T., Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Buyck, I., Nijs, S., van Achterberg, T., Put, J., & Van Audenhove, C. (2020). De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg: Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst. Versie 2. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. [Na vrijgave aanvullen met de url van de tweede versie van de MDR]
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 310-319. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x
- Scott, S. D., Hirschings, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandst, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality Safety Health Care Journal*, 18, 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *TH&MA Hoger Onderwijs*, 16(1), 4-13
- Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Vanhoof, J., Peeters, T., Opgenhaffen, T., Nijs, S., van Achterbergen, T., & Van Audenhove, Ch. (2020). De ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. [Na vrijgave aanvullen met de url van het rapport]

